

Hål i samhällsvården

Behov av och uppfattningar om tandvård och munhälsa hos unga på särskilda ungdomshem

INSTITUTIONSVÅRD I FOKUS, NR 12 2025



FORSKNINGSRAPPORT

Torbjörn Kalin, Elsa Carlson, Sofia Enell, Birgitta Ander,
Agneta Stenebrand & Ulrika Lindmark

ISBN 978-91-89770-13-3

Torbjörn Kalin, Elsa Carlson, Sofia Enell, Birgitta Ander, Agneta Stenebrand
och Ulrika Lindmark

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

Engelsk titel: Institutional Care in Focus

Publikationsseriens adress:
Statens institutionsstyrelse
Box 1062, 171 22 Solna

Copyright: Statens institutionsstyrelse
Produktion: Stibo Complete 2025

Innehåll

Sammanfattning.....	5
English summary.....	7
Inledning	9
Tidigare forskning.....	12
Munhälsa och munhälsoproblem.....	12
Munhälsan hos unga i Sverige.....	13
Munhälsan hos unga som möter olika svårigheter	14
Munhälsan hos unga i samhällsvård.....	15
Att komma till tandvården.....	16
Studiens utgångspunkter.....	17
Syfte och frågeställningar	18
Studiens kontext.....	18
Metod	21
Urval och undersökningsdeltagare	21
Material.....	22
Procedur för datainsamling.....	26
Rekrytering.....	26
Insamling av data	27
Databearbetning och analys	30
Etiska överväganden.....	31
Metoddiskussion.....	31
Resultat	34
Ungas munhälsa.....	34
<i>Vanligt förekommande med kariessjukdom i flera tänder.....</i>	<i>34</i>
<i>Även andra munhälsoproblem förekommer i hög utsträckning.....</i>	<i>36</i>
Ett fåtal fick vård efter remiss	37
Brister i kostvanor och skötsel av munhälsan.....	39
Ungas uppfattningar om munhälsa och tandvård.....	41
<i>Vikten av att sköta sina tänder.....</i>	<i>42</i>
Tändernas utseende och de ungas självkänsla	42
<i>Makt- och orkeslöshet.....</i>	<i>44</i>
<i>Tandvården som inte blir av.....</i>	<i>45</i>
<i>(Bristen på) munvårdsrutiner vid ungdomshemmen</i>	<i>46</i>
Diskussion.....	49
Omfattande brister i munhälsan	49
Bristande vårdkedja.....	50

Utmaningar avseende de ungas livsstilsvanor	51
Placerade unga efterfrågar bättre stöd.....	52
Övergripande slutsatser och implikationer.....	55
Utbilda ungdomshemmens personal i allmänhet och sjukvårdspersonal i synnerhet.....	55
Inför rutiner på ungdomshemmen	56
Utbilda tandvårdspersonal om gruppens utsatthet.....	57
Samarbete med regionerna för uppsökande tandvård på de särskilda boendena.....	57
Gemensamt myndighetsansvar och förbättrad kommunikation.....	58
Se över hanteringen av betalningsansvar och dagens riksavtal	59
Referenser	61
Författarpresentation	71

Sammanfattning

I denna studie undersöks munhälsan hos unga som är placerade på Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem. I Sverige har regionerna ett långtgående ansvar att verka förebyggande och uppsökande och samtidigt säkerställa att det finns tillräckliga resurser för patienter som har särskilda behov av tandvårdsinsatser. När barn och unga, mot sin vilja, placeras på särskilda ungdomshem har samhället tagit ett särskilt ansvar för deras liv och hälsa, ett ansvar som delas mellan socialtjänst, region och de särskilda ungdomshemmen. Barn och unga på dessa låsbara institutioner har samma rätt till bästa möjliga hälsa, inklusive en god munhälsa, som andra jämnåriga. Tidigare forskning har dock visat att institutionsvårdade unga löper särskilt hög risk för bristfällig munhälsa. Samtidigt saknas studier som undersökt hur munhälsan är och uppfattas av unga vid särskilda ungdomshem och hur ansvariga verksamheter ser till att deras eventuella vårdbehov blir tillgodosett.

Syftet med studien är att öka kunskapen om munhälsan hos unga placerade på särskilda ungdomshem, hanteringen av konstaterade vårdbehov samt de ungas uppfattningar om munhälsa och stöd före och under placering.

Samtliga delar av studien har genomförts på två ungdomshem. Data bygger på klinisk undersökning med mobil tandvårdsutrustning, inklusive röntgen (N=107) samt intervjuer med unga (N=23). Eventuell remisshantering på grund av behandlingsbehov, följdes upp via journaler och återrapportering till forskargruppen. För en enkätundersökning om hälsa, munhälsa och tandvård samlades material in från unga vid ytterligare ett ungdomshem (sammanlagt tre ungdomshem) (N=77).

Resultaten visar att nästintill samtliga undersökta unga uppvisade munhälsoproblem. Mest frekvent var hög förekomst av plack på tänderna. Antalet kariesskadade tänder var mer än det dubbla som för unga i allmänhet. Färre än var femte som undersöktes hade inte behov av lagning av hål i tänderna (manifest karies) och färre än var tionde ung person var helt fri från kariesskada (initial och manifest karies). Tandköttsinflammation, frätskador och tecken på begynnande tandlossning var vanligt förekommande. Över 80 procent av de unga var i behov av vidare tandvård hos den reguljära tandvården, men av dessa var det färre än hälften som genomgick behandlingen de remitterats för. Enkätsvaren ger indikationer på att de unga hade sämre kostvanor och munhygienvanor än ungdomar i allmänhet. Ett fåtal uppfattade att de under sina olika placeringar fått information om hur de ska ta hand om sin mun och sina tänder. I både intervjuerna och enkäterna framkom att de unga förstod vikten av att ta hand om sin munhygien och ville ha fina tänder. Samtidigt gav de unga i intervjuer uttryck för att de på grund av sitt mående inte själva orkade prioritera sin hälsa. De unga förklarade också att ungdoms-

hemmens säkerhetsrutiner och riskbedömningar kunde försvåra för dem att sköta sin munhälsa på det sätt de önskade, till exempel att använda tandtrådsbygel eller komma till tandvården. Genomgående uppfattade de unga att de saknade stöd från ungdomshemmen och socialtjänsten att ta hand om sin munhälsa. Det stöd de efterfrågade handlade om att få sin munhälsa uppmärksammas, hjälp i att skapa rutiner och möjlighet att komma till tandvården.

Sammanfattningsvis bör grundantagandet vara att unga är i behov av behandling för bristfällig munhälsa när de placeras på särskilda ungdomshem. SiS egna inskrivningsintervjuer underskattar dock gravt omfattningen av behandlingsbehov, där mindre än var tredje inskriven uppger problem med tänderna. Vid remiss till tandvården brister vårdkedjan påtagligt och unga som av socialtjänsten bedömts behöva vård under ytterst begränsande former, tillskrivs i stället ett stort egenansvar då de själva ska ordna så att de får komma till tandvården. Såväl rättsliga, ekonomiska och kunskapsmässiga hinder finns för att unga på särskilda ungdomshem ska behandlas värdigt och beredas tillgång till tandvård samt ges förutsättningar till god hälsa. Studien mynnar ut i flera implikationer för ungdomshem, socialtjänst, region, nationella organisationer och myndigheter (som Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och regioner) och lagstiftande politiker.

English summary

In this study, the oral health of young people placed in secure residential care is explored. In Sweden, regional authorities hold an extensive responsibility to engage in preventive and outreach dental care efforts while ensuring adequate resources are available for patients with specific dental care needs. When children and young people are placed in secure residential care against their will, society assumes an extended responsibility for their lives and health. This responsibility is shared among child welfare services, regional health care authorities, and secure residential care. Children and young people in these locked institutions have the same right to the highest attainable standard of health, including good oral health, as their peers. However, previous research has shown that children in out-of-home care are at a significantly higher risk of poor oral health. At the same time, there is a lack of studies exploring the state of oral health among young people in secure residential care, their perceptions of oral health, and how responsible agencies address their potential dental care needs.

The aim of this study is to increase knowledge about the oral health of young people placed in secure residential care, the management of identified care needs, and the young people's perceptions of oral health and support before and during placement. All parts of the study were conducted at two secure residential care institutions. Data were collected through clinical examinations using mobile dental units, including X-rays (N=107), and interviews with young people (N=23). Any referrals for treatment needs were followed up through dental records and referral responses to the research team. For a survey on health, oral health, and dental care, data were also collected from young people at a third secure residential care institution (a total of three institutions, N=77). The findings reveal that almost all examined young people exhibited oral health problems. The most frequent issue was a high prevalence of dental plaque. The number of teeth with carious lesions was twice as many in comparison to young people in the general population. Fewer than one in five of those examined did not require fillings for cavities (manifest caries), and fewer than one in ten were entirely free from caries (both initial and manifest). Gingivitis, dental erosion, and signs of early periodontal disease were also common. Over 80% of the young people required further dental care from regular dental services, but fewer than half of these individuals received the treatment for which they had been referred.

Survey responses indicate that the young people had poorer dietary and oral hygiene habits compared to the general young people population. Only a few reported receiving information during their placements on how to care for their oral health. Both in the interviews and survey responses, the young people highlighted that they understood the importance of maintaining good oral hygiene and aspired to have healthy teeth. At the

same time, the interviews revealed that their mental health often prevented them from prioritising self-care. The young people also explained that the security routines and risk assessments at the secure residential care facilities hindered their ability to maintain oral hygiene as desired, such as using floss picks or attending dental appointments.

Consistently, the young people perceived a lack of support from the secure residential care facilities and child welfare services in addressing their oral health. The support they requested involved recognising their oral health needs, assistance in establishing oral health routines, and opportunities to access dental care.

In summary, the main assumption should be that young people placed in secure residential care facilities need treatment for poor oral health. However, the intake interviews conducted at the secure residential institutions, severely underestimate the extent of treatment needs. In these interviews, fewer than one-third of the newly arrived young people report dental problems. Access to dental care is notably poor, and young people assessed by child welfare services as requiring out-of-home care under highly restrictive conditions are instead assigned significant personal responsibility to arrange their dental appointments. Legal, financial, and knowledge-related barriers exist, hindering young people in secure residential care facilities from being treated with dignity, granted access to dental care, and provided with the conditions necessary for good health. The study concludes with several implications for secure residential care facilities, child welfare services, regional healthcare authorities, national organisations and policymakers (such as the Swedish National Board of Health and Welfare, and the Swedish Association of Local Authorities and Regions), and legislative decision-makers.

Inledning

Denna studie handlar om munhälsan hos unga som är placerade på särskilda ungdomshem.¹ De särskilda ungdomshemmen är, liksom familjehem, hem för vård eller boende (HVB) och stödboende, en placeringsform för barn och unga som anses behöva vård utanför hemmet. Till skillnad från de övriga placeringsformerna är de särskilda ungdomshemmen statligt drivna. Ungdomshemmen utmärker sig också genom att det endast är här som socialtjänsten kan placera unga upp till 21 år som bedöms ha så omfattande vårdbehov att de behöver stå under *särskilt noggrann tillsyn* (Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), § 12). Detta innebär att de allra flesta placeras med stöd av tvångslagstiftning (LVU) och på låsbara avdelningar. Då syftet med placeringarna är vård ska såväl de ungas vardagliga behov av omsorg som deras behov av mer riktad behandling tillgodoses. Målsättningen är att de unga efter placering ska kunna återgå till ett mer välfungerande liv i samhället. Med anledning av hur genomgripande en placering på särskilt ungdomshem är och att de unga själva inte valt att vara där, kan samhället anses ha ett särskilt stort ansvar för dessa placerade unga. Ibland talas det om att placerade barn och unga har fått samhället som förälder (Mattsson & Vinnerljung, 2016). Samtidigt har forskningen visat att detta föräldraskap ofta har brustit. Bristerna har inte minst handlat om placerade barns och ungas fysiska hälsa och hur deras rättigheter tillvaratas under placeringar. I denna studie har vi intresserat oss för munhälsan hos unga som är placerade på särskilda ungdomshem och hur den tillgodoses under placering i samhällsvård.

Artikel 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter, Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen), anger att alla barn har rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt till rehabilitering. I barnkonventionen anses alla människor under 18 år vara barn. När det kommer till munhälsan är ambitionsnivån i Sverige högre än att enbart gälla barn. I tandvårdslagen (1985:125) anges att personer upp till och med det år de fyller 19 har rätt till avgiftsfri, regelbunden och fullständig tandvård som regionerna ska svara för.² Det innebär att merparten av den grupp av barn och unga som vårdas på de särskilda ungdomshemmen omfattas av den avgiftsfria tandvården. Regionerna har ett långtgående ansvar att verka förebyggande och uppsökande med utgångspunkt i befolkningens behov, och ska säkerställa att det finns tillräckliga resurser för patienter som har särskilda behov av

1. I rapporten använder vi i huvudsak begreppet "unga" för de personer som rapporten handlar om då de kan vara upp till 21 år. För att förtydliga att de flesta av de som ingår i studien också är barn (under 18 år) använder vi ibland begreppet "barn och unga".

2. Proposition från Socialdepartementet 2023/24:158 Ändrad åldersgräns för avgiftsfri tandvård från 23 till 19 år. Ny lag började gälla 1 januari 2025.

tandvårdsinsatser. I likhet med de flesta myndigheter som kommer i kontakt med barn och unga ska även tandvården särskilt beakta barnets bästa.

För tandvården gäller kapitationsersättning, så kallad barnpeng. Regionerna ersätter tandvårdsklinikerna baserat på antal listade barn och unga enligt folkbokföringsadress. Detta innebär att vid en placering där den unge vistas i en annan region än den där hen är folkbokförd, regleras kostnaden för tandvården genom ett kostnadsförslag och betalningsförbindelse mellan vistelseregionen och hemmaren. Endast undersökningsåtgärd samt akut tandvård eller tandvård som inte kan avvaktas kan utföras utan att betalningsansvar utreds innan behandlingen påbörjas. Sedan år 2017 finns även en lagreglerad skyldighet för regionerna att de på initiativ av socialnämnden ska erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds (SFS 2017:209). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2019:19) ska denna undersökning innefatta en medicinsk bedömning av bland annat behovet av tandvård, den ska ge underlag till socialtjänsten för hur de ska verka för att behovet ska tillgodoses, samt klargöra tandvårdens fortsatta kontakt med patienten. Samtidigt visar Socialstyrelsens (2021) egna kartläggningar att ett fåtal hälsoundersökningar initieras av socialnämnden och att majoriteten av tandvårdsklinikerna aldrig har utfört någon hälsoundersökning av placerade barn på initiativ av socialtjänsten. Att endast ett fåtal placerade barn och unga fått en hälsoundersökning bekräftas också av regeringsuppdraget *Integrerad vård* som under ledning av Socialstyrelsen genomförts av Statens institutionsstyrelse (SiS), huvudmannen för de särskilda ungdomshemmen, och tre regioner (SiS, 2023a). Majoriteten av de placerade i pilotprojektet hade inte genomgått den lagstadgade hälsoundersökningen i samband med placering och därmed inte heller kunnat få en medicinsk bedömning av munhälsan. Socialstyrelsens (2020) registerbaserade uppföljning av munhälsan visar därtill på en påtagligt sämre munhälsa hos placerade barn och unga. De nedslående resultaten i Socialstyrelsens registeruppföljning utgör dock troligtvis en påtaglig underskattning av problematiken, då en sådan uppföljning kräver att barnen och de unga har undersökts av tandvårdspersonal och på en tandvårdsklinik eller med motsvarande mobil utrustning. Underskattningen bedöms inte minst gälla de unga som placeras på särskilda ungdomshem som, liksom andra unga som placeras utanför hemmet, inte folkbokförs på det särskilda ungdomshemmet. När de unga inte folkbokförs där de befinner sig, innebär det att vistelseregionen inte automatiskt får kännedom om att de finns i regionens upptagningsområde (Socialstyrelsen, 2020).

Resultaten från Socialstyrelsens uppföljning bekräftas också av en studie genomförd på ett urval av de särskilda ungdomshemmen (Kling m.fl., 2016a). I studien, där en barnläkare undersökte de placerade ungas hälsa, uppdagades hög förekomst av munhälsoproblem hos de unga vilket särskilt gällde de placerade flickorna. Studien genomfördes genom en enklare okulär munundersökning och alltså inte av tandvårdspersonal, vilket forskarna själva påtar sig sannolikt har lett till en underskattning av graden av munhälsoproblem hos ungdomsgruppen.

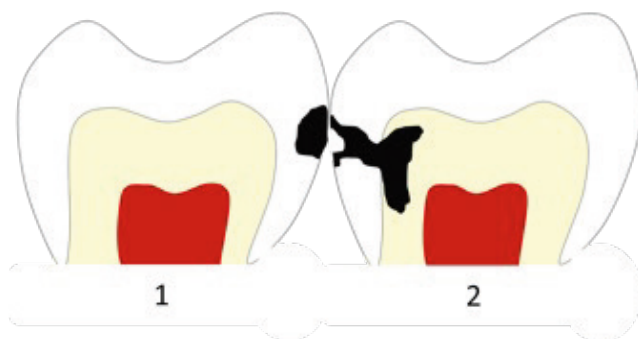
Vi kan alltså konstatera att trots det ansvar som samhället övertagit för unga i samhällsvård, det generella och ambitiösa tandvårdsstödet i Sverige och den lagreglerade skyldigheten att vid placering av barn och unga göra en medicinsk bedömning, så undersöks inte placerade barns och ungas munhälsa. Vi kan också konstatera att studier visar på omfattande brister i munhälsan. Detta problem gäller barn och unga som är placerade i samhällsvården i allmänhet och på särskilda ungdomshem i synnerhet (Kling m.fl., 2016a; Vinnerljung m.fl., 2018; Kirkinen, 2023). Samtidigt vet vi inte hur omfattande behoven är och hur behoven hanteras när de uppdagas under en placering på särskilt ungdomshem. I denna studie söker vi därför svar på vilka munhälsoproblem som barn och unga placerade i särskilda ungdomshem har, samt om och i så fall hur dessa omhändertas av regionerna.

Tidigare forskning

Munhälsa och munhälsoproblem

Munhälsa definieras enligt Världshälsoorganisationen, WHO, som ett tillstånd där mun, tänder och orofaciala strukturer tillåter funktioner såsom att äta, andas och tala. Psykosociala dimensioner inkluderas också, såsom välbefinnande, självförtroende och att kunna arbeta och umgås socialt med självkänsla och frihet från smärta, obehag eller förlägenhet (WHO, 2022).

Munhälsoproblem kan bero på flera sjukdomar och tillstånd i munhålan. Vanligast är karies som är den mest förekommande icke-smittsamma sjukdomen globalt (Kassebaum m.fl., 2015). Kariessjukdom uppstår vid en demineralisering av tandens hårda ytskikt, emaljen. Detta sker genom att socker bryts ned till syra av bakterier som finns i munnen. Bakterierna finns i den vita, mjuka beläggningen som bildas på tänderna, så kallat plack. I första skedet av kariessjukdom ses en vit, matt fläck på tanden där syran etsat. Detta kallas initial karies, se Figur 1. Initial karies kan läka ut om remineralisering av emaljen sker, genom ökad tillförsel av fluorid och minskat plack genom tandborstning. Fortsätter demineraliseringen blir det ett manifest kariesangrepp, se Figur 1. Då har bakteriernas syra brutit ner emaljen och fortsatt in i tanden. Ett manifest kariesangrepp måste åtgärdas av tandvården då det annars kan orsaka smärta och infektion, som i värsta fall kan sprida sig i kroppen och bli livshotande (Peres m.fl., 2019). Risken att utveckla kariesskador på tänderna är störst före 20-årsåldern då nya tänder är omogna och mjukare i ytskiktet. Även initial karies har visat sig vara problematiskt i de senare tonåren. En longitudinell studie som följde kariesprogressionen hos unga mellan att de var 15 och 20 år visade att för gruppen som enbart hade initial karies som 15-åringar hade mer än vart tredje barn utvecklat manifest karies som 20-åringar (Isaksson m.fl., 2013).

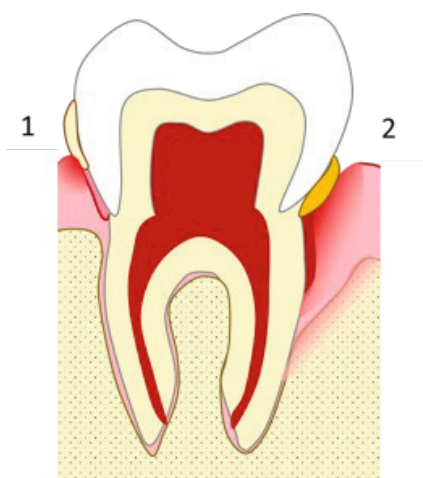


Figur 1. Approximal karies på tändernas kontaktytor

- 1: Initial karies går inte igenom tandens hårda ytskikt, emaljen
- 2: Manifest karies har spridit sig i tanden som måste åtgärdas

Röntgendiagnostik är en vedertagen metod för att upptäcka kariessjukdom. Genom att använda röntgen vid undersökningar kan karies upptäckas i ett tidigt skede innan det blir visuellt synligt. Röntgen gör det också möjligt att diagnostisera approximal karies, det vill säga karies på en yta som gränsar till närstående tand (mellan tänder), se Figur 1. Sannolikt underskattas därmed kariesförekomst i studier som inte använder röntgen.

Bakterierna i placket skapar toxiner som ger inflammation i tandköttet, gingivit. Bakterierna kan också infektera tandens fäste i käkbenet och orsaka tandlossning, parodontit, se Figur 2. Obehandlad parodontit kan leda till att tänder tappas och går förlorade.



Figur 2. Parodontal sjukdom

- 1: Bakteriebeläggning (plack) ger inflammation och blödning i tandköttet (gingivit)
- 2: Toxiner från bakterierna infekterar tandbenet och ger tandlossning (parodontit)

Bristande munhälsa och orala sjukdomar som karies och parodontit kan alltså leda till livshotande infektioner, smärta, svårigheter att äta, sämre estetik och stora kostnader för tandvård men också bidra till försämrad livskvalitet och hälsa för individen (Petersen, 2003).

Munhälsan hos unga i Sverige

Munhälsan hos unga i Sverige har successivt förbättrats över tid. På 1950-talet och 1960-talet var karies ett omfattande hälsoproblem hos barn och unga i Sverige. Att laga mjölkttänder (primära tänder) var ovanligt, åtgärder mot karies i permanenta tänder hos unga varierade stort och kariessjukdom ledde ofta till infektioner och att många tänder gick förlorade i ett snabbt och allvarligt sjukdomsförlopp. På 1970-talet kom lagstiftning som gjorde att barn och unga i Sverige fick tillgång till fri tandvård med regelbundna undersökningar, förebyggande insatser och behandling av kariessjukdom. Detta ledde till en snabb och positiv utveckling av munhälsan i befolkningen. I den stora epidemiologiska Jönköpingsundersökningen var inga ungdomar i 15- och 20-årsåldern kariesfria år 1973 (Koch m.fl., 2017). I kohorten som undersöktes 2013 var 43 procent av 15-åringarna kariesfria, likaså 19 procent av 20-åringarna (intakta tänder utan några kariesangrepp). Antalet både initiala och manifesta kariesade och fyllda tänder, DFT (Decayed or Filled Teeth), var i snitt 15,0 tänder för 15-åringar och 17,3 tänder för 20-åringar år 1973 (Norderyd, Koch, Papias, Anastassaki Köhler, Nydell Helkimo, Brahm, Lindmark, Lind-

fors, Mattsson, & Rolander, 2015). Detta reducerades till 2,3 tänder för 15-åringar och 4,3 tänder för 20-åringar år 2013. Den senaste rapporten från Socialstyrelsen (2022), baserad på nationella registerdata – däribland det nationella registret för karies och parodontit, SkaPa – visar på ett genomsnittligt DFT om 1,9 hos 19-åringar, och att 46 procent av 19-åringarna var kariesfria (utan manifesta kariesangrepp).

Munhälsan hos unga som möter olika svårigheter

Samtidigt som det skett en påtaglig förbättring i den generella munhälsan hos barn och unga visar studier att det kvarstår en mindre grupp barn och unga med omfattande kariessjukdom (Koch m.fl., 2017). Storleken på den gruppen med omfattande kariessjukdom har inte minskat i samma takt som den generella minskningen i samhället i stort, där orsakerna kan vara andra än de rent biologiska faktorer som beskrivits ovan.

Munsjukdom, i synnerhet kariessjukdom, orsakas inte enbart av biologiska faktorer, utan är en multifaktoriell sjukdom som även indirekt påverkas av socioekonomiska och psykosociala faktorer, så kallade sociala bestämningsfaktorer. Detta är mellanliggande faktorer som påverkas av individens omgivning och den situation som individen lever i, något som i sin tur påverkar beteenden och attityder relaterade till munhälsan (Watt, 2012). När det handlar om unga personer kan det röra sig om vilka förutsättningar som finns där den unge lever och bor. Exempelvis kan det handla om familjeekonomi och föräldrars utbildningsnivå samt tillgång till skola, hälsovård och tandvård, men också om olika psykosociala förhållanden såsom föräldrars psykiska hälsa och upplevelse av stress (Chouchene m.fl., 2021). Därmed kan bristande munhälsa ses som en social markör för ojämlikhet (Pine m.fl., 2004), och något som i synnerhet drabbar redan utsatta barn i större utsträckning än andra jämnåriga barn och ungdomar (Anderson m.fl., 2021; André Kramer m.fl., 2018).

Dessa samband bekräftas av svenska kartläggningar som visar på en förhöjd risk för karies hos unga som har en lägre socioekonomisk status (Socialstyrelsen, 2013). Det handlar om faktorer såsom föräldrarnas utbildningsnivå och försörjningsgrad samt huruvida föräldrarna har utländsk bakgrund (André Kramer m.fl., 2018). Att föräldrarna har bristfällig munhälsa har också ett tydligt samband med att barnen har bristfällig munhälsa (Östberg m.fl., 2017).

Barn med beteendeproblematik i olika former verkar genomgående ha sämre munhälsa, ha svårare att delta i behandling, missa fler besökstider samt i större utsträckning ha behov av specialisttandvård (Arnrup m.fl., 2002; Arnrup m.fl., 2007; Blomqvist m.fl., 2004; Blomqvist m.fl., 2006; Staberg m.fl., 2018; Staberg m.fl., 2014; Wigen m.fl., 2009). De har också oftare sämre munhälsovanor, exempelvis dricker de mer söta drycker och borstar tänderna i lägre utsträckning. Föräldrar till dessa barn verkar också vara mindre nöjda med bemötandet från tandvården. Även för barn som varit med om övergrepp och försummelse i hemmet finns det en väl belagd koppling till sämre munhälsa (Bradbury-Jones m.fl., 2021; Kvist m.fl., 2013).

Munhälsan hos unga i samhällsvård

Barn och unga i samhällsvård verkar vara en särskilt utsatt grupp för brister i munhälsan. Orsakssambanden till detta är troligtvis komplexa. Dels består gruppen av unga vars ursprungsföräldrar generellt sett har en påtagligt lägre socioekonomisk status (Franzén m.fl., 2007), dels är förekomsten av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i gruppen relativt hög (Karlsson & Lundström, 2019). Därtill är det vanligt att unga i samhällsvård har varit utsatta för övergrepp och/eller försummelse under barndomen (Vinnerljung & Sallnäs, 2008). Som vi redogjort för tidigare utgör samtliga uppräknade förhållanden riskfaktorer för sämre munhälsa. De fåtal studier av placerade barn och unga som har gjorts i Sverige bekräftar detta, och visar på hög förekomst av bristfällig munhälsa. En studie genomförd på särskilda ungdomshem visar exempelvis att 43 procent av de placerade flickorna och 7 procent av de placerade pojkarna hade omfattande karies (Kling m.fl., 2016a; Vinnerljung m.fl., 2018). Därutöver hade 35 procent av pojkarna och 44 procent av flickorna indikationer på andra munhälsoproblem såsom tandköttsinflammation.

Vid inskrivning till särskilda ungdomshem ställs frågor om den unge uppfattar problem med sina tänder. I en av de senare sammanställningarna framkommer att 27 procent av alla som svarat hade uppgett att de hade problem med sina tänder. I sammanställningen finns det en tendens till högre förekomst av munproblem ju äldre den unge var och att fler flickor uppgav problem (SiS, 2022). I en studie av Kling med flera (2016b) framkommer att drygt hälften av de unga hade obehandlade munhälsoproblem när de undersöktes i anslutning till sin placering utanför hemmet. En senare studie visar på något lägre förekomst; drygt 30 procent av de undersökta unga hade någon form av obehandlade munhälsoproblem (Randsalu & Laurell, 2018). Data till dessa studier är dock insamlade av professioner utanför tandvården och med enklare metoder såsom att visuellt undersöka munnen med enbart god belysning som verktyg. I en registerbaserad studie från Socialstyrelsen (2020) framkom att 17-åringar placerade på hem för vård eller boende (HVB) under åren 2010–2015 i snitt hade DFT 3,0 för pojkar och i snitt DFT 2,0 för flickor.

Utanför Sverige finns det något fler studier på området, framför allt av barn som befinner sig i ungdomsfängelse vilket är en överlappande målgrupp med de unga som i Sverige placeras på särskilda ungdomshem. I enlighet med Pekingreglerna, vilka är FN:s enhetliga minimiregler för rättskipning rörande ungdomsbrottslighet, ska unga i fängelse ges full tillgång till vård och stöd i alla avseenden som de är i behov av. Sättet att rapportera munrelaterad ohälsa skiljer sig också mellan svenska och internationella studier. DFT används i Sverige som ett mått på munrelaterad ohälsa. DMFT (Decayed, Missing, or Filled Teeth) används i stället internationellt för motsvarande mätningar. Anledningen till att Sverige inte rapporterar missing (M) för barn och unga är att det är ovanligt att permanenta tänder dras ut av kariesrelaterade skäl i Sverige. I de fallen detta sker så är huvudregeln i Sverige att ersätta tänderna protetiskt eller med tandreglering.

I en studie utförd i USA uppvisade drygt 79 procent av de unga i fängelse någon form av munhälsoproblem, DMFT var i snitt 3,58 (Bolin & Jones, 2006). Motsvarande fynd uppvisades i Australien, i snitt DMFT 3,56 (Haysom m.fl., 2015). I en kanadensisk master-uppsats framkommer något högre DMFT, i snitt 4,39, där mer än 80 procent hade någon form av karies (van Harten, 2012). Denna undersökning utmärker sig också genom att den, till skillnad från andra undersökningar, vid behov använt röntgendiagnostik.

De högsta noteringarna av kariessjukdom i liknande grupper som vi funnit var i en studie från Saudiarabien, där DMFT i snitt var 9,09 för de äldsta unga i fängelse (Alkhadra, 2017). En argentinsk studie av unga i fängelse visade 8,94 DMFT i snitt (Barnetche & Cornejo, 2017) medan en annan studie av flickor i ungdomsfängelser i Sydkorea visade 7,58 DMFT i snitt (Jeon & Baek, 2016). Den lägsta förekomsten av kariessjukdom hos intagna unga återfanns i en studie från Brasilien. I studien redovisades D, M, F var för sig där D i genomsnitt var 1,06 (Fernandes m.fl., 2020; Muniz m.fl., 2022). Även en studie från Spanien visade på en något lägre förekomst, om än hög, där drygt 40 procent av de intagna unga hade någon form av munhälsoproblem (Oliván Gonzalvo, 2002).

Det förekommer även studier på andra grupper av barn och unga som av olika skäl inte bor med sina föräldrar. I en indisk studie av barn på barnhem hade drygt hälften av barnen någon form av karies (Khare m.fl., 2012). DMFT var i snitt 1,36, men något lägre för de äldre barnen i undersökningen. I en australiensisk undersökning av yngre barn som genomgick en hälsoundersökning i anslutning till placering framkom någon form av munhälsoproblem (i huvudsak manifest karies) hos drygt 30 procent av de undersökta (Nathanson & Tzioumi, 2007).

Sammantaget visar studierna på en kraftigt förhöjd risk för sämre munhälsa hos barn som är placerade i samhällsvård. Detta kan dels bero på faktorer som föranledde placeringen på institution (inkl. fängelse), dels kan det bero på hur samhället är organiserat för att ge stöd till utsatta barn före och under pågående placeringar.

Att komma till tandvården

De flesta (ca 95 %) av Sveriges barn och unga kommer till tandvården regelbundet (von Bültzingslöwen m.fl., 2019). För placerade barn och unga är siffran betydligt lägre, där endast 40 procent deltagit i den reguljära tandvården (Randsalu & Laurell, 2018). Placerade barn och unga genomför färre regelbundna undersökningar och uteblir oftare från tandvården än icke placerade barn i samma ålder (Gustafsson m.fl., 2010; Socialstyrelsen, 2020). Skälen till att alla barn och unga inte har samma tillgång till tandvård som andra jämnåriga kan vara flera. I ett internationellt perspektiv lyfts organisatoriska orsaker som kostnad fram som en barriär för tillgång till tandvård, liksom väntetid och restid (Australian Research Centre for Population Oral Health, 2012; Como m.fl., 2022; Puthiyapurayil m.fl., 2022; Rajput m.fl., 2021; Vali m.fl., 2023; Vignarajah, 1997). Även socioekonomiska förutsättningar kan påverka barns tillgång till tandvård, däribland föräldrarnas utbildningsnivå, ekonomi och civilstånd (Badri m.fl., 2014; Hallberg m.fl., 2008). I ett nordiskt

sammanhang beskrivs i högre utsträckning faktorer som kan tillskrivas familjen eller individen. Föräldrar beskriver att de är överbelastade i vardagen och har svårt att motivera barnen att gå till tandvården, något som särskilt gällde barn som uppvisar svårigheter att samarbeta i tandvårdssituationen, det vill säga att utföra det som tandvårdsteamet och barnet kommit överens om (Gustafsson m.fl., 2010; Hallberg m.fl., 2008). För unga finns det förhöjd risk att utebli från tandvård om de har en hög kariesförekomst, negativa föreställningar om tandläkare och ofta anger som skäl till att de uteblir att de har glömt bort bokade besök (Skaret m.fl., 2000). Pojkar uteblir från tandvård i högre grad än vad flickor gör, och unga i övre tonåren uteblir oftare än de i yngre tonåren (Fägerstad m.fl., 2016; Östberg m.fl., 2010). Tandvårdsrädsla och erfarenhet av sexuella övergrepp kan också påverka att barn och unga kommer mer sällan till tandvården (Australian Research Centre for Population Oral Health, 2012; Kvist m.fl., 2018; Skaret m.fl., 1999).

Tandvårdens utformning har också betydelse för i vilken utsträckning barn och unga kommer till tandvården. Unga som haft mer än ett besök med smärtsam tandvård eller som har erfarit många byten av tandläkare uteblir i högre grad än andra (Gustafsson m.fl., 2010; Skaret m.fl., 1999).

Studiens utgångspunkter

Sammanfattningsvis är munnen ingen frikopplad del av kroppen (Peres m.fl., 2019). Därmed påverkar munhälsan den allmänna hälsan hos individer och vice versa. Sociala bestämningsfaktorer, såsom bristfällig ekonomi, socialt stöd och psykisk ohälsa har ett samband med sämre munhälsa även i länder med mer utbyggd välfärd och mer välstånd (SBU, 2024). Munhälsan påverkas också av livsstils- och kostvanor. Vidare är tillgång till tandvård en faktor av betydelse för förekomsten av munhälsoproblem.

En förutsättning för att arbeta med hälsofrämjande och förebyggande åtgärder för att förbättra munhälsan är att det finns epidemiologisk kunskap om munhälsan hos den grupp som åtgärderna är tänkta att riktas till (Watt m.fl., 2019). I detta behövs kunskap om förekomst av munhälsoproblem, om tillgång till behandling, samt om riskfaktorer som kan påverka hälsoförloppet.

Syfte och frågeställningar

Inom ramen för denna studie har vi undersökt munhälsan hos unga som är placerade på särskilda ungdomshem. Projektets övergripande syfte har varit att öka kunskapen om munhälsan hos unga placerade på särskilda ungdomshem, hanteringen av konstaterade vårdbehov samt de ungas uppfattningar om munhälsa och stöd före och under placering. Mer specifikt har studien utgått från följande frågeställningar:

Vilka former av munhälsoproblem förekommer hos unga på särskilda ungdomshem och i vilken utsträckning kräver munhälsoproblemen vård och behandling?

I vilken utsträckning får de unga med identifierade munhälsobehov vård efter remiss och hur kommuniceras identifierade vårdbehov?

Hur skattar de unga på särskilda ungdomshem sin munhälsa, allmänhälsa och sina livsstilsvanor?

Hur uppfattar de unga sin munhälsa och vilka erfarenheter har de av stöd för sin munhälsa under uppväxt och placering på särskilt ungdomshem?

Studien är den hittills mest omfattande som gjorts om placerade barns och ungas munhälsa i Sverige. Studien är ett samarbete mellan discipliner inom socialt arbete, oral hälsovetenskap och odontologi vilket ger en unik utgångspunkt med bred kompetens. Den bidrar med värdefull kunskap om hur omfattande de ungas tandvårdsbehov är, hur de själva uppfattar sin munhälsa och tillgången till tandvården under placering samt hur deras munhälsoproblem hanteras av de särskilda ungdomshemmen och av regionerna. Ytterst bidrar studien med kunskap om hur placerade barns och ungas lagstiftade rättigheter till bästa möjliga hälsa, tillgång till tandvård samt till rehabilitering blir tillgodosedda av ansvariga myndigheter i enlighet med barnkonventionen.

Studiens kontext

SiS är sedan 1993 huvudman för de särskilda ungdomshemmen. De särskilda ungdomshemmens historia är dock längre än så. För mer än hundra år sedan blev institutionsvård en del av lösningen på hur samhället skulle ta hand om, vad som då ansågs vara, vanartiga och svårfostrade barn och unga (Enell m.fl., 2018). Flera av de byggnader som användes till den tidens institutionsvård är desamma som i dag inrymmer barn och unga som bedöms ha behov av tvångsvård. Dessa byggnader ligger ofta på landsbygden och inte sällan på otillgängliga platser. Liksom sina föregångare utmärker sig ungdomshemmen från andra hem för vård eller boende (HVB) i Sverige, då det endast här är möjligt för personal att besluta om tvångsåtgärder såsom låst avdelning, kroppsvisitering och yttlig kroppsbesiktning, vård i enskildhet och avskiljning. Dessa institutioner har också

under flera perioder tagit emot unga med vårdbehov och unga som dömts för allvarliga brott. Sedan 1999 har SiS också haft ansvar för verkställigheten av sluten ungdomsvård, en påföljd unga mellan 15 och 17 år kan dömas till. Denna grupp ingår inte i föreliggande studie.

Under de senaste åren har SiS ansvarat för 21 ungdomshem med sammanlagt ungefär 700 platser. De flesta ungdomshemmen är könsseparerade, det vill säga – unga med flicka eller pojke som juridiskt kön placeras oftast på olika ungdomshem och alltid på olika avdelningar. Ungdomshemmens storlek varierar från fyra avdelningar och 20 platser till ungefär tio avdelningar och 60 platser. Ungdomshemmens avdelningar har olika inriktningar, där några tar emot akuta placeringar eller placeringar för bedömning och utredning medan andra är mer inriktade på placeringar för (mer långvarig) behandling.

Varje år genomförs ungefär 1 000 placeringar på de särskilda ungdomshemmen (SiS, 2024). Nära samtliga placeringar (95 procent) sker med stöd av 3 § i Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Det innebär att det är de ungas eget beteende som är grunden för den beslutade tvångsvården. Merparten av de som placeras här har erfarenheter av placeringar i familjehem och HVB. De flesta är pojkar och mellan 16 och 17 år. Samtidigt har flickor stadigt utgjort en tredjedel av de placerade, och åldersspannet på de placerade kan vara brett då det saknas en nedre åldersgräns (medan 21 år är en övre åldersgräns). Majoriteten av de unga kommer från familjer i socioekonomisk utsatthet och en hög andel har utländsk bakgrund (Vogel, 2012; SiS, 2021). Vogels (2012) studie visar också att de unga rapporterar om en komplex kombination av problematik vid placering, såsom missbruk, kriminalitet, psykisk ohälsa samt skol- och familjeproblem. Den genomsnittliga placeringstiden är drygt fem månader (SiS, 2024) och, i de flesta fall, får de placerade undervisning på ungdomshemmets skola.

På senare tid har säkerheten på ungdomshemmen förstärkts (SiS, 2023a). Denna utveckling har skett mot bakgrund av rymningar och ökat antal våldsincidenter. Det ökade fokuset på säkerhetsfrågor, som förstärkning av det yttre skyddet (larm och stängsel), har lett till färre rymningar men har också inneburit förändringar i vardagen på ungdomshemmen och påverkat de ungas utevistelser samt vilka husgeråd som kan användas.

Tidigare studier har visat att placering på särskilt ungdomshem kan ge upphov till känslor av vanmakt och kontrollförlust, något som kan förstås utifrån den obestämda vårdtiden, de ofta snabba placeringsförloppen och utformningen av den fysiska miljön (Nolbeck m.fl., 2020; Vogel, 2020). Därtill kan de unga uppfatta tiden på ungdomshemmen som enformig och utan adekvat stöd, vård och behandling (Bengtsson, 2012; Vogel, 2020). Det finns också de unga som berättar att de för första gången fått hjälp med sina problem och blivit behandlade med respekt (Enell m.fl., 2023). Flera studier har också visat att kön och etnicitet har en stor betydelse för hur både socialsekreterare och personal bemöter de unga (Gradin Franzén, 2015; Gruber, 2013; Vogel, 2020).

Både dominerande maskulinitets- och femininitetsnormer har visat sig forma förståelsen av pojkar respektive flickor och på så sätt också institutionsvardagen.

Institutionernas geografiska belägenhet, säkerhetsfokus samt de ungas egen upplevelse av placeringen utgör således föreliggande studies kontext och kan bidra med en mer nyanserad förståelse av resultaten, inte minst när de unga själva resonerar om sin munhälsa och tillgång till tandvård under placering på särskilt ungdomshem.

Metod

För att besvara studiens syfte och frågeställningar har vi med ett tvärdisciplinärt anslag (oral hälsovetenskap, odontologi och socialt arbete) valt att kombinera kvantitativa och kvalitativa metoder. På så sätt kommer studien att bidra med både bredd och djup. Bredden nås genom att sammanlagt 107 placerade ungas munhälsa kliniskt undersökts och de med behandlingsbehov följts upp vid remiss. Djupet nås genom enkätsvar från 77 placerade unga om deras uppfattningar av den egna munhälsan och hälsa i övrigt samt genom intervjuer av 23 unga om deras erfarenheter av tandvård och egen munhälsa. Den primära datainsamlingen genomfördes från den 1 april, 2021 till den 31 mars, 2022. Under hösten 2023 följdes samtliga remitterade unga upp genom inkomna remissvar och journaldata.

Urval och undersökningsdeltagare

För den kliniska undersökningen samt intervjuundersökningen har urvalet varit strategiskt och bestått av två särskilda ungdomshem belägna inom samma region. Det strategiska urvalet av dessa två ungdomshem avser deras geografiska närhet till medverkande forskare samt att ungdomshemmen tillhör samma region. Vidare valdes ungdomshemmen för att få en någorlunda jämn fördelning mellan pojkar och flickor.

De två ungdomshem som ingår i samtliga delar av studien kan ses som mellanstora, där den ena har sju avdelningar för flickor och pojkar mellan 15 och 21 år (icke skolpliktiga) med sammanlagt drygt 40 platser och den andra har fyra avdelningar (varav en för utslussning) för pojkar mellan 15 och 21 år (icke skolpliktiga) med sammanlagt 30 platser (SiS, 2020). Tillsammans tar ungdomshemmen emot ungefär 115 placerade unga under ett år. Båda ungdomshemmen har en målgrupp av unga med en psykosocial problematik som berör kriminalitet och missbruk.

Vår ambition var att tillfråga samtliga unga som placerades under undersökningsperioden på de två ingående ungdomshemmen om deltagande i den kliniska undersökningen. Urvalskriterierna för att de unga skulle inkluderas i den kliniska undersökningen var således följande:

1. att den unge var placerad på något av de två särskilda ungdomshemmen samt,
2. att placeringen inletts eller varit pågående mellan 1 april 2021 och 31 mars 2022, att den unge befunnit sig på ungdomshemmet och ej haft symtom på smittbara sjukdomar (exempelvis influensasymtom) vid undersökningstillfället.

Utifrån bortfallsnoteringarna beräknas att 115 unga har tillfrågats och av dessa har 107 ingått i den kliniska undersökningen. Totalt ingår 68 pojkar, 63,5 procent, och 39 flickor, 36,4 procent i den kliniska undersökningen. Detta utgör drygt 10 procent av det totala antalet unga som årligen placerades på samtliga särskilda ungdomshem under undersökningsperioden (SiS, 2020). Fördelningen mellan pojkar och flickor i vårt urval representerar även väl fördelningen mellan pojkar och flickor inom SiS.

För enkätundersökningen var vår plan att utöver de två ovan beskrivna ungdomshemmen inkludera ytterligare två ungdomshem. Även här var urvalet strategiskt då vi ville ha en ungdomsgrupp som liknande den på de två andra ungdomshemmen. Urvalskriterierna för att inkluderas i enkätundersökningen var desamma som för de unga som deltog i den kliniska undersökningen, bortsett från att de kunde ingå i enkätundersökningen trots symtom på smittbara sjukdomar. Då det tillfrågade ungdomshem som vände sig till flickor mellan 16 och 21 år (icke skolpliktiga) inte fullföljde sitt deltagande, deltog enbart det ungdomshem som tog emot pojkar mellan 16 och 21 år (icke skolpliktiga) med psykosociala problem samt kriminalitets- och missbruksproblem. Tillsammans hade de tre ungdomshemmen som fullföljde sitt deltagande i enkätundersökningen 89 platser för unga från 15 år och äldre.

För intervjuerna tillfrågades unga vid de två första särskilda ungdomshemmen om de ville delta i en intervju om sina erfarenheter av tandvård och om munhälsans betydelse. Sammanlagt har 23 unga intervjuats (av 24 av oss tillfrågade) och av dessa var 13 flickor och tio pojkar där alla var i åldrarna 16–20 år.

Material

Materialet till den här rapporten består av tre datakällor och ligger till grund för vidare analyser. Data från den kliniska undersökningen (N=107), från enkätundersökningen (N=77) samt från intervjuerna (N=23).

För den kliniska undersökningen redovisas följande mått, se Tabell 1.

Tabell 1. Mått i den kliniska undersökningen

Mått	Förklaring
	% unga
Ingen manifest karies	- utan manifest karies
Ingen initial eller manifest karies	- utan initial eller manifest karies
Ingen manifest karies på kontaktytor	- utan manifest approximalkaries
Ingen initial eller manifest karies på kontaktytor	- utan initial eller manifest approximalkaries
Ingen tandköttsinflammation	- utan ytor som blöder vid sondering
Inga tecken på begynnande tandlossning	- utan ytor med fickdjup ≥ 4 mm
Inga snuslesioner	- utan snuslesioner i tandköttet
Andel med plack	- utan mjuka bakteriebeläggningar på tänder
	Antal tänder (0–28) med karies eller fyllningar
DFT – manifest	- enbart manifest karies
DFT – manifest och initial	- initial och manifest karies
	Antal kontaktytor (0–56) med karies eller fyllningar
DFSa – manifest	- enbart manifest karies
DFSa – manifest och initial	- initial och manifest karies
Antal ytor med tandköttsinflammation	Antal ytor (0–112) som blöder vid sondering
Antal ytor med fickdjup ≥ 4 mm	Antal ytor (0–56) med fickdjup ≥ 4 mm

För enkätundersökningen redovisas följande mått, se Tabell 2.

Tabell 2. Mått i enkätundersökningen

Mått	Förklaring	Ursprung
Utländsk bakgrund	Fråga om vilket land den unge, mamma och pappa är födda i. 1 = Utländsk bakgrund om barnet/den unge eller båda föräldrarna är födda utanför Sverige.	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (Inchley m.fl., 2020).
Låg SES	Sju poäng eller lägre av totalt 13 möjliga poäng på sex frågor om materiell status.	Family Affluent Scale (Corell m.fl., 2021).
Tidigare placerad	Fråga om tidigare placering före aktuell placering.	
Använt narkotika	Om den unge uppgett användning av någon narkotika.	Substansfrågorna från ADAD (Börjesson m.fl., 2007).
Information om tandvård från samhällsvård	Om den unge angett att fosterföräldrar eller personal på HVB/SiS informerat om hur tänder ska skötas. Nio möjliga svarsalternativ.	
Tandborstning minst två ggr/dag	Svarat två ggr/dag eller fler än två ggr/dag på fråga om hur ofta de borstar tänderna	Jönköpingsstudien (Lindmark m.fl., 2011; Norderyd, Koch, Papias, Anastassaki Köhler, Nydell Helkimo, Brahm, Lindmark, Lindfors, Mattsson, m.fl., 2015).
Varit hos tandvården i önskad utsträckning	Svarat att hen kommit till tandvården i den utsträckning som hen önskat de senaste åren.	Jönköpingsstudien (Lindmark m.fl., 2011; Norderyd, Koch, Papias, Anastassaki Köhler, Nydell Helkimo, Brahm, Lindmark, Lindfors, Mattsson, m.fl., 2015).
Tandvårdsrädsla	Skala om tandvårdsrädsla baserat på fyra scenarion. Skalan varierar mellan 4 och 20.	Corah's dental anxiety scale, Revised (Corah m.fl., 1978). 13–14 poäng eller högre innebär tandvårdsrädsla. Validerat i Sverige (Hakeberg m.fl., 1992).
Psykosomatiska symtom	Skala om åtta påståenden om besvär upplevda de senaste sex månaderna, exempelvis "känt mig nervös". Skattas på femgradiga skalor. Summaskala som varierar mellan 0 och 32.	Psychosomatic complaints (Haugland & Wold, 2001).
Vikten av god munhälsa	Fråga: "Hur viktigt är det för dig att ha en god munhälsa (friska tänder och tandkött)?" Tio-gradig skala.	Jönköpingsstudien (Lindmark m.fl., 2011; Norderyd, Koch, Papias, Anastassaki Köhler, Nydell Helkimo, Brahm, Lindmark, Lindfors, Mattsson, m.fl., 2015)
Självupplevd tandstatus	Fråga: "Hurdana tänder anser du att du har?". Tiogradig skala.	Jönköpingsstudien (Lindmark m.fl., 2011; Norderyd, Koch, Papias, Anastassaki Köhler, Nydell Helkimo, Brahm, Lindmark, Lindfors, Mattsson, m.fl., 2015)

Tabell 2. Mått i enkätundersökningen, fortsättning

Mått	Förklaring	Ursprung
Självupplevd hälsa	Fråga: "Hur tycker du att din hälsa är?". Fyragradig skala.	
Meningsfullt liv	Fråga som skattas på tiogradig skala där det bästa liv du kan tänka dig är 10 och det sämsta liv du kan tänka dig är 1.	Cantril Ladder (Levin & Currie, 2014).
Frukost på veckodagar och frukost på helger	Frågor om frukost på veckodagar och frukost på helger (mer än t.ex. ett glas mjölk eller juice). Två skalor, 0–5 dagar, 0–2 helgdagar.	HBSC (Inchley m.fl., 2020)
Kostvanor	Hur många gånger i veckan äter eller dricker du vanligtvis ...? Sjugradig skala, från (0) aldrig till varje dag, flera gånger om dagen (6).	HBSC (Inchley m.fl., 2020)
- Äter frukt	... äter frukt?	HBSC (Inchley m.fl., 2020)
- Äter grönsaker	... äter grönsaker?	HBSC (Inchley m.fl., 2020)
- Äter sötsaker	... äter sötsaker (godis, choklad eller kakor/bulle)?	HBSC (Inchley m.fl., 2020)
- Dricker söta drycker	... Coca-Cola eller andra drycker som innehåller socker (saft, energidryck)?	HBSC (Inchley m.fl., 2020)
- Dricker osötade läskedrycker	... sockerfria drycker, ex energidryck, Nocco, Coca-Cola Zero?	

Procedur för datainsamling

Inledningsvis kontaktades institutionscheferna vid respektive ungdomshem som godkände ungdomshemmens medverkan. För att öka genomförbarheten av studien involverades sjuksköterskor vid ett av hemmen i planering av projektet redan vid idéstadiet och ansökan om forskningsmedel.

Rekrytering

Samtycke inhämtades först genom att sjuksköterskan på ungdomshemmet informerade de unga skriftligt och muntligt om studien. Vid två av ungdomshemmen erbjöds de unga möjlighet att delta i både den kliniska undersökningen och i enkätundersökningen. De hade också möjlighet att välja att enbart delta i en av undersökningarna. De unga som var intresserade av klinisk undersökning bokades in till projektets tandläkare, och i samband med undersökningen informerades och tillfrågades de unga på nytt om deltagande. Inför den kliniska undersökningen visades bilder på tandläkaren och tandsköterskan utan skyddsutrustning såsom munskydd och visir (undersökningar utfördes under covid-19-pandemin). De unga erbjöds också att komma och titta på utrustningen och träffa tandläkaren och tandsköterskan innan de bestämde om de ville medverka. I samband med undersökningen fick också samtliga unga en genomgång av de olika momenten som ingick i undersökningen och förväntad tidsåtgång. Ungdomarna fick bestämma om de ville att personal från boendet skulle sitta utanför undersökningsrummet eller vara med i rummet som stöd samt om de önskade att dörren till undersökningsrummet skulle vara öppen eller stängd. Undersökningsbritten var vänd mot dörren och samtliga deltagare informerades om att de kunde resa sig och gå närhelst de önskade. Metoden Tell-Show-Do³ användes som stöd vid undersökningen, liksom tydlighet i påbörjande och avslutande av varje moment och pauser mellan om så önskades. Stoppklocka/nedräkning, pop-it och fidget-spinner användes som stöd för de unga, som också fick välja om, och vilken musik de önskade lyssna på under undersökningen. I de fall som ungdomarna inte hade svenska som förstaspråk användes tolk till modersmål via telefon. Tandläkaren och sjuksköterskan som genomförde undersökningarna har specialistkompetens inom barntandvård och stor vana av att ge tandvård till unga med särskilda behov.

För enkätundersökningen tillfrågade sjuksköterskorna vid de tre ungdomshemmen inskrivna och nyinskrivna unga om de ville delta. Vid samtycke försåg sjuksköterskorna de unga med enkäter och kuvert, så att de kunde försegla sina enkätsvar innan de

3. Inskolningsmetod till tandvård med syfte att skapa trygghet, delaktighet och samarbete i tandvårdssituationen. Se <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/information-till-patienter/om-publicerade-riktlinjer/tandvard/>

lämnades åter till sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna skickade därefter med regelbundna intervaller enkäterna till forskargruppen, alternativt överlämnade enkäterna i samband med att forskningspersonal var på plats på ungdomshemmen.

För intervjuerna tillfrågades unga vid två av ungdomshemmen om deltagande i intervju. De flesta fick både information och förfrågan om intervju av intervjuaren i anslutning till det kliniska undersökningstillfället. Ett fåtal av de intervjuade unga informerades och tillfrågades av personal vid ungdomshemmen. Vid intervjutillfället informerade intervjuaren de unga både muntligt och skriftligt om studien och att intervjun skulle spelas in. Av de som tillfrågades i samband med den kliniska undersökningen var det en som tackade nej till intervju då den unge inte ville spelas in. Samtliga unga som deltog lämnade även ett skriftligt samtycke för sitt deltagande. De flesta intervjuades i samband med den kliniska undersökningen, tre intervjuer genomfördes vid senare tillfälle. Målsättningen var att intervjua 20 ungdomar (tio unga på vardera ungdomshem) för att få ta del av olika erfarenheter från både flickor och pojkar. Att det till slut blev 23 intervjuer handlar om att alla unga som undersöktes kliniskt vid de tillfällen som intervjuaren var med också blev tillfrågade om intervju.

Insamling av data

Den kliniska undersökningen av de ungas munhälsa genomfördes med hjälp av tandvårdsinstrument, pannlampa samt mobil tandvårds- och röntgenutrustning (NSK Dentalone, MyRay RXDC). Detta förfarande innebär att undersökningen genomfördes med god kvalitet jämförbar med undersökning på tandvårdsklinik. De kliniska undersökningarna utfördes av projektets tandläkare med assisterande tandsköterska. Visdomständer har inte ingått i registreringen.

Följande områden undersöktes: klinisk och röntgenologisk undersökning av initial och manifest kariesskada samt antal fyllda/lagade tandytor (tidigare kariesskador). Vidare registrerades förekomst av bakteriebeläggningar (plackindex enligt vedertagen metod) och tandköttsinflammation (gingivalindex enligt vedertagen metod). För registrering av tandlossningssjukdom, parodontit, noterades antal tandköttsfickor ≥ 4 millimeter. För registrering av frätskador på tänderna (erosion) undersöktes kindtänder (molarer) och framtänder i överkäken (incisiver och lateraler) genom en femgradig skala (Isaksson m.fl., 2013).

Förekomst av andra skador och/eller symtom i munhålan, exempelvis snuslesioner, diagnostiserades och dokumenterades vid behov med hjälp av intraorala fotografier. De unga svarade på en kort medicinsk anamnes i anslutning till den kliniska undersökningen. En individuell munhygieninstruktion gavs i samband med undersökningen. Undersökningen tog cirka 60 minuter. Vid den kliniska undersökningen gavs återkoppling till den unge och SiS-sjuksköterskor om munhälsostatus och rekommendationer för egenvård, därtill om extra stöd av personal erfordrades. Bedömning av munhälsan utmynnade i två möjliga

scenarion, 1) inget behov av ytterligare tandvård utöver ordinarie kontroller alternativt 2) behov av tandvård utförd på tandvårdsklinik. Vid alternativ 2 skrevs en remiss riktad till tandvården.

För de flesta unga innebar detta att remiss ställdes till Folktandvården i den aktuella regionen, vilka på förhand var informerade om forskningsprojektet. Vid nära förestående ändring av den unges placering följde remissen som journalhandling till den nya vistelseorten för att lämnas till tandvården där. Varje folktandvårdsklinik ansvarade för eventuell vidareremittering i händelse av att den unge flyttat/omplacerats under behandlingsperioden.

Efter den kliniska undersökningen fyllde undersökande tandläkare i medicinskt viktiga uppgifter, övergripande status samt orsak till remissen i remissmallen (se bilaga 1). Remiss och röntgenunderlag (på usb-minne) överlämnades sedan till sjuksköterska med en muntlig genomgång av remissens innehåll och den unges behov av tandvård. Sjuksköterskorna uppmanades att fylla i, på anvisat utrymme i blanketten, information om hemmaregion, fakturaadress, ansvarig socialsekreterare inklusive kontaktuppgifter, samt ansvarigt socialkontor och kommun.

Sjuksköterskorna ansvarade för att remissen skickades till tandvården, eller följde den unge till nytt boende för hantering där om flytt/omplacering var nära förestående. Vi saknar information om hur många remisser som följt de unga till ny vistelseort. Information gavs till sjuksköterskor att kopia på remissen skulle läggas till den unges journal på det särskilda ungdomshemmet för att säkerställa att den unge, och socialtjänsten, har tillgång till information om det behandlingsbehov som finns. Sjuksköterskorna skulle även meddela ansvarig socialnämnd kring munhälsostatus.

I remissmallen fanns information att den tandvårdsklinik som mottagit remissen skulle skicka remissbekaftelse och remissvar till forskningsgruppen, detta för att få in uppgifter även om ungdomar som behandlats utanför regionen. Av informationen i blanketten framgick också att en kopia på remissen skulle skickas till ansvarig socialsekreterare och att detta även gäller vid avslutad/avbruten behandling.

Ett och ett halvt år efter att den sista remissen skickats gjordes en genomgång av, till forskningsgruppen inkomna remissbekaftelser och remissvar samt tandvårdsjournalerna för ungdomarna som behandlats inom regionen. Uppgifter inhämtades även från sjuksköterskorna på boendena om det fanns noterat att remisser skickats därifrån. För att följa remissgången och tandvårdsomhändertagandet granskades om remissen skickats från de särskilda ungdomshemmen samt om tandvården mottagit remissen, gjort kostnadsförslag, påbörjat behandling, behandlat patienten och haft kontakt med ansvarig socialsekreterare (se Figur 3 längre ner). Tiden det tog mellan att remissen mottagits och till dess att kostnadsförslaget godkänts räknades ut i dagar.

För enkätundersökningen var instruktionen från forskargruppen att enkäten skulle fyllas i enskilt, men att det skulle finnas personal, såsom sjuksköterska eller lärare, som inte var inblandade i den dagliga vården, tillgänglig för frågor och stöd med att läsa enkäten. De uppmanades också att dokumentera vilka som blivit tillfrågade att svara på enkäten och huruvida de samtyckt till deltagande.

Vid ett av ungdomshemmen fick de unga fylla i enkäten på skoltid och kunde få stöd av lärarna att läsa frågorna vid behov. Ett annat ungdomshem lät de unga sitta enskilt och fylla i enkäten, medan ett tredje lät de unga fylla i enkäten på sjuksköterskemottagningen.

Enkäten togs fram med stöd i den europeiska hälsoundersökningen, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (Inchley m.fl., 2020). Till enkäten tillfördes frågor om droger från ADAD-S, frågor om tandvårdsrädsla från Corah's dental anxiety scale, Revised (Corah m.fl., 1978) och frågor om tandvårdsdeltagande som tidigare använts i epidemiologiska studier i Jönköping (Lindmark m.fl., 2011; Norderyd, Koch, Papias, Anastassaki Köhler, Nydell Helkimo, Brahm, Lindmark, Lindfors, Mattsson, m.fl., 2015), samt unikt utformade frågor om placeringserfarenheter och tandvårdsinformation.

Enkäten testades före datainsamling med hjälp av personal på ett av ungdomshemmen och modifierades därefter layoutmässigt för att underlätta ifyllandet.

För intervjuundersökningen genomfördes semistrukturerade intervjuer som följde en frågeguide med teman som berörde de ungas erfarenheter av tandvård, munhälsans betydelse för dem, vilket stöd de fått för sin munhälsa från sin ursprungsfamilj, av socialtjänst och vårdgivare i tidigare och nuvarande placering samt deras tankar om sin munhälsa och framtiden. Samtliga intervjuer utom två genomfördes i ett enskilt rum på ungdomshemmet. På grund av pandemin intervjuades två unga över digital länk. Vid flera intervjuer befann sig personal i närliggande rum till rummet där intervjun gjordes, och i ett fall var personal med under intervjun då personalen bedömt att det fanns en risk för att den unge skulle avvika. De flesta intervjuer genomfördes mellan september 2021 och mars 2022 och då i samband med den kliniska undersökningen. Intervjuerna genomfördes av forskare, och tillika socionomer, med erfarenhet av att intervjua ungdomar. Tiden för intervjuerna varierade mellan 15 och 35 minuter, och samtliga har spelats in och transkriberats.

Databearbetning och analys

Data för den kliniska undersökningen, remissuppföljningen och för enkätundersökningen har redovisats deskriptivt. För den kliniska undersökningen och enkätundersökningen har data analyserats genom Chi-2-tester och T-tester för att undersöka skillnader mellan undersökningsgruppen och referensdata från grupper av unga i Sverige i liknande ålder. För den kliniska undersökningen har även skillnader mellan pojkar och flickor undersökts genom Chi-2-tester. För medelvärdesskillnader har Cohen's d räknats fram som effektmått, och för proportionsskillnader har relativ risk räknats fram som effektmått.

Referensdata som använts har valts ut utifrån kriterierna att de ska vara baserade på en svensk normalpopulation som är så aktuell som möjligt i jämförbar ålder med vår population. Flertalet av dessa referensdata kommer från publikationer baserade på Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SkaPA). Vi har prioriterat stora undersökningar före mindre undersökningar. Om referensdata innehållit flera särredovisade åldersgrupper, där ingen motsvarat exakt den åldersgrupp vi har undersökt, så har vi genomgående valt den äldsta åldersgruppen. Detta då munhälsan tenderar att bli sämre över tid, varpå våra jämförelser därmed underskattar storleken på skillnaderna mellan vår studiepopulation och normalpopulationen.

För enkätundersökningen har vi också haft tillgång till HBSC:s öppna dataset för 2017/18 års undersökning, vilket gör att vi kan redovisa skillnader med standardavvikelser. HBSC är en internationell studie som genomförs i samarbete med WHO. Den äldsta gruppen i detta dataset var 15 år vid undersökningstillfället. Hur trenderna ser ut kring kostvanor för äldre åldersgrupper är inte fullt ut klarlagt vilket gör att vi inte kan avgöra om vi underskattar eller överskattar skillnaderna mellan grupperna.

Intervjuerna har analyserats utifrån en generell induktiv metod som syftar till att identifiera återkommande teman (Thomas, 2006). Först lästes de utskrivna intervjuerna igenom flera gånger för att sedan koder och med hjälp av dessa koder skapades teman. Dessa teman diskuterades sedan i samråd mellan de två forskare som genomfört intervjuerna (BA, SE). I dessa diskussioner reviderades vissa teman och andra teman uppstod. Analysprocessen kan ses likna det som Braun och Clarke (2006) kallar tematisk analys och följde i huvudsak de olika stegen för analys i denna analysmetod. Analysen mynnade slutligen ut i fem teman. I resultatredovisningen har citat valts ut som illustrerar aktuellt tema och återger de ungas tankar och ord. Samtliga namn som används i rapporten på de intervjuade är fingerade.

Etiska överväganden

I projektet samlades känsliga personuppgifter in om ungdomarna, såsom uppgifter om hälsa. Det innebär att studien har behövt genomföras med etiktillstånd (Etikprövningsmyndigheten, dnr 2020-00528).

Samtliga unga har informerats både muntligt och skriftligt om de olika undersökningarna i studien och har lämnat skriftligt samtycke för sitt deltagande. Det innebär att de unga har informerats om studiens syfte, genomförande och hur resultaten kommer användas. Särskilt viktigt har varit att använda enkel svenska, likaså att undvika facktermer och i de fall sådana använts har de varit tydligt beskrivna. Detta för att säkerställa att informationen når fram till de unga oberoende av deras eventuella svårigheter. I de fall den unge inte hade svenska som förstaspråk användes under den kliniska undersökningen tolk för att inhämta samtycke och säkerställa god förståelse av informationen. Bildstöd användes för att ytterligare förtydliga vad som ingick i den kliniska undersökningen.

Alla data som samlats in i projektet i syfte att analyseras av forskare har förvarats i säkerhetsskåp hos huvudmannen för projektet.

De kliniska uppgifterna i remissmallen har skannats in till ungdomshemmens journaler som omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400).

Metoddiskussion

Den här studien, med flera olika sätt att kartlägga munhälsan hos unga på särskilda ungdomshem, har flera styrkor. Dessa styrkor är bland annat att det är den första undersökningen i Sverige där målgruppen undersöks av tandvårdspersonal med tillgång till röntgenutrustning på ungdomshemmen. Men studien har även en del brister som bör noteras.

För både den kliniska undersökningen och enkätundersökningen uppmanades personalen på ungdomshemmen att notera bortfall. Dessa noteringar har inte varit fullständiga vilket gör att vi inte kan beräkna huruvida det finns gruppskillnader mellan de som deltagit och de som inte deltagit. Båda ungdomshemmen har också akutavdelningar och det har varit upp till respektive ungdomshem att värdera vilka av de unga som skrivits in som beräknats vara kvar till respektive undersökningstillfälle. Det innebär att det finns en diskrepans mellan antalet unika individer som varit inskrivna på de två ungdomshemmen (N=185) och antalet tillfrågade individer (n=115). Av de muntliga beskrivningar vi fått från ungdomshemmen framgår att det är ett fåtal av de som fallit bort som gjort detta på grund av bristande samtycke, utan främst har det handlat om att de av olika skäl inte funnits på ungdomshemmen vid dagen för inplanerad undersökning, framför allt på grund av tillfälliga akutplaceringar.

Det är känt sedan tidigare att tandvården i Sverige har stora utmaningar med personalförsörjning samt att det är relativt stora regionala skillnader i personalförsörjningen. För

den kliniska undersökningen och intervjustudien avgränsades urvalet till två särskilda ungdomshem lokaliserade i samma region. Det saknas skäl att anta att urvalet i sig påverkat vilka unga som undersökts, utöver den avgränsning i ålder som respektive ungdomshem har. På de särskilda ungdomshemmen placeras unga från hela Sverige, vilket medför att de variationer i tillgång till tandvård som finns i Sverige också fördelar sig någorlunda jämnt över tid på ungdomshemmen. Däremot kan vårt urval ha påverkat tillgången till tandvård efter remiss utifrån att dessa remisser i första hand ställdes till regionen som de unga var placerade i. Regionen som undersökningen har gjorts i har dock en genomsnittlig personalförsörjning per invånare, vilket tyder på att våra fynd går att generalisera till riket. Samtidigt bör det tas i beaktande att tillgången till vård både kan vara högre och lägre än vad våra siffror visar beroende på var i riket som de unga är placerade.

En annan svårighet avser granskningen av remissförfarandet, där det varit särskilt utmanande att följa de unga när de flyttat från ungdomshemmen. Anledningar till dessa svårigheter är bland annat att regionerna använder olika journalsystem och att endast 63 av de unga finns noterade i journalsystemet för den region som de unga var placerade i. Det har också funnits brister i de särskilda ungdomshemmens egen dokumentation och i 17 fall saknas information om remissen vidarebefordrats för tandvårdsomhändertagande. Flera unga har haft eller har under uppföljningen fått skyddad identitet, utvisats eller haft tillfälliga personnummer vilket också försvårat uppföljning. För 41 av de unga finns minst en flytt/omplacering noterad. Flera av dessa har inneburit att behandling avbrutits och vidare uppgifter saknas. Endast i ett fåtal fall har vårdbehovet kommunicerats vidare till den nya vistelseorten.

För enkätundersökningen noterar vi två bekymmer. Dels var ambitionen att ytterligare ett ungdomshem skulle ingå i enkätundersökningen, det vill säga totalt fyra ungdomshem. Detta i syfte att få en jämn könsfördelning. Det fjärde ungdomshemmet påbörjade dock aldrig datainsamlingen trots upprepade påminnelser. Det innebär att andelen flickor som deltagit i enkätundersökningen är lägre, drygt en fjärdedel, än andelen flickor som placeras på särskilt ungdomshem, drygt en tredjedel.

Det andra bekymret är att enkätundersökningen har ett påtagligt bortfall. Vi har beräknat bortfall i relation till bortfallsloggar och samtyckesloggar. Bortfallet varierar mellan ungdomshemmen, 44,4–54,5 procent, där det ungdomshem som valde att låta ungdomarna fylla i enkäterna utan tillgång till personal har lägst svarsfrekvens.

Fynden från enkätundersökningen bör därmed tolkas försiktigt. Detta gäller framför allt när det handlar om skillnader mellan pojkar och flickor, då skillnaderna skulle kunna bero på det låga antalet deltagande flickor vilket gör data mer känsliga för outliers.

För enkätundersökningen synliggör det stora bortfallet att det krävs andra angreppssätt för att höja svarsfrekvensen hos den här målgruppen. Valet att ta hjälp av personalen på

ungdomshemmen grundade sig i en resursfråga, både i termer av kostnader och tid. För framtida undersökningar är vår starkaste rekommendation att det avsätts tid i forskningsprojekten till att låta forskare eller forskningsassistenter genomföra enkätundersökningarna på plats med de unga.

En utmaning i alla delar av studien men särskilt för intervjuundersökningen har varit covid-19-pandemin som innebar att vi i perioder inte fick besöka ungdomshemmen. Utöver att vi inte kunde genomföra alla intervjuer på plats så begränsade de periodvisa besöksförbuden våra möjligheter att ha samtal med personal och rekrytera unga till intervjuerna. Att vi inte kunde vara på plats ställde därför högre krav på kommunikationen och samarbetet mellan oss och personalen. Även om projektet inleddes våren 2021 kunde vi enbart genomföra två intervjuer fram till hösten 2021. Att genomföra intervjuerna i anslutning till den kliniska undersökningen har styrkor och svagheter. En styrka var att det dels underlättade rekryteringen genom att vi kunde tillfråga de unga utan att gå genom personalen, dels att ämnet var högaktuellt för dem då de just fått sin munhälsa undersökt. En svaghet var dock att den kliniska undersökningen tog tid och kunde vara påfrestande för dem, och när den var över var de ofta trötta. De relativt korta intervjuerna kan alltså förklaras av att de unga precis avslutat en för dem krävande undersökning.

Under intervjuerna på ungdomshemmen följde intervjuaren boendets säkerhetsrutiner och hade en larmtelefon tillgänglig. Telefonen låg på en väska bredvid intervjuaren och var delvis skyddad för de unga. Trots att de unga är vana vid att personal finns med och bär larm kan larmtelefonens närvaro ha uppfattats som störande. På ett av ungdomshemmen väntade också personal utanför och vid ett tillfälle var personal med i rummet vilket kan ha påverkat vad de unga delade med sig av samt att de kan ha upplevt stress. Några sådana signaler uppfattades dock inte under intervjuerna. Intervjuaren har hela tiden strävat efter att skapa ett tryggt samtal genom att påtala de ungas frivilliga deltagande och att återrapportering av resultat kommer att ske anonymiserat. Vidare har de uppmuntrats att dela med sig av sina erfarenheter för att andra placerade i framtiden ska få bättre hjälp med sin munhälsa och tillgång till tandvård. Inte sällan uppgav de unga själva att det var viktigt och de visade att de tog ämnet på stort allvar. För de unga var det ett starkt argument att hjälpa andra genom att delta i studien och dela med sig av sina erfarenheter.

Resultat

Resultatavsnittet är uppdelat i två separata avsnitt. Först redovisar vi fynd från vår kliniska undersökning, enkätundersökningen samt uppföljningen av de ungdomar som remitterades till vidare behandling. Därefter presenteras de teman som identifierades i intervjuerna med de unga om deras munhälsa och erfarenheter av tandvård.

Ungas munhälsa

Vanligt förekommande med kariessjukdom i flera tänder

Resultatet från våra kliniska undersökningar visar påtagligt större förekomst av bristande munhälsa hos de unga på de särskilda ungdomshemmen jämfört med hur munhälsan ser ut generellt hos unga i Sverige. Av alla undersökta unga konstaterade vi att 80,3 procent hade behov av fortsatt behandling på tandvårdsklinik efter den kliniska undersökningen, och att manifest kariessjukdom var den vanligaste orsaken till behov av tandvård. Det fanns förekomst av plack (bakteriebeläggning) hos samtliga undersökta ungdomar. I snitt hade 48,0 procent av tillgängliga ytor plack, jämfört med i snitt 11,6 procent hos 20-åringar i Sverige (Norderyd, Koch, Papias, Anastassaki Köhler, Nydell Helkimo, Brahm, Lindmark, Lindfors, Mattsson, & Rolander, 2015).

I Tabell 3 redovisas hur kariessjukdomen fördelar sig hos de unga i jämförelse med studier och kartläggningar hos den generella befolkningen.

Tabell 3. Kariesförekomst hos unga placerade på särskilda ungdomshem.

	Pojkar % (n=68)	Flickor % (n=39)	Totalt % (n=107)	Jämförelsegrupp i normalpopulationen %	P vs. F, p	T vs. J, p	T vs. J, RR
Ingen manifest karies	22,1	23,7	22,6	46,0 ^a	i.s	***	0,49
Ingen initial eller manifest karies	7,4	7,7	7,5	26,0 ^c	i.s	***	0,29
Ingen manifest karies på kontaktytor	54,4	44,7	50,9	69,0 ^b	i.s	***	0,74
Ingen initial eller manifest karies på kontaktytor	16,2	15,4	15,9	49,0 ^c	i.s	***	0,32
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M	P vs. F, p	T vs. J, p	T vs. J, d
DFT – manifest (0–28)	3,7 (3,4)	4,8 (5,3)	4,1 (4,2)	1,9 ^a	i.s	***	0,5
DFT – manifest och initial (0–28)	9,5 (6,0)	9,6 (8,1)	9,5 (6,8)	4,3 ^d	i.s	***	0,8
DFSa – manifest (0–56)	1,6 (2,8)	3,0 (5,3)	2,1 (3,9)	1,0 ^b	i.s	**	0,3
DFSa – manifest och initial (0–56)	8,5 (7,7)	9,8 (8,1)	9,0 (9,0)	2,0 ^c	i.s	***	0,8

Notera. DFT = Decayed or Filled Teeth (antalet kariesangripna tänder eller lagade tänder). DFSa = Decayed or Filled Surfaces approxiamly (antalet kariesangripna kontaktytor). P vs. F = pojkar jämfört med flickor; T vs. J = undersökningspopulationen jämfört med normalpopulationen. d = Cohen's d. RR = Relativ risk. ^a Socialstyrelsen (2022), 19-åringar. ^b Socialstyrelsen (2021), 19-åringar. ^c Isaksson m.fl. (2013), 20-åringar. ^d Norderyd, Koch, Papias, Anastassaki Köhler, Nydell Helkimo, Brahm, Lindmark, Lindfors, Mattsson, & Rolander (2015), 20-åringar.

Av Tabell 3 går det att utläsa att endast 22,6 procent av de vi undersökte var kariesfria. Om vi inkluderar initial karies minskar andelen kariesfria till 7,5 procent. Jämfört med andra unga i Sverige innebär detta att det är tre till fyra gånger så vanligt att unga i Sverige är kariesfria jämfört med motsvarande unga på särskilda ungdomshem. Även omfattningen av kariesskador är påtagligt större hos de unga på särskilda ungdomshem med en effektstorlek mellan 0,5 och 0,8. Skillnaderna varierar därmed mellan måttliga och stora skillnader beroende på om initiala kariesskador vägs in. I snitt hade de unga 4,1 tänder med manifest karies. När initialkaries inkluderas ökar resultatet markant till 9,5 tänder med kariesskador. Ett mer precist mått på omfattningen av kariessjukdom är att undersöka approximalkaries. Tandtytor där approximalkaries uppstår är svårare att komma åt vid tandborstning och kräver en annan noggrannhet av individen. Ytorna rengörs inte heller mekaniskt av tunga och salivflöde på samma sätt som exempelvis tuggytor. Detta medför att karies ofta först uppkommer approximalt hos unga. För approximal manifest karies är effektstorleken 0,3, med andra ord en liten skillnad som visar att de unga på SiS har högre sjukdomsbelastning

än andra unga. När approximal initial karies inkluderas är effektstorleken ännu större, 0,8, vilket innebär en stor skillnad där unga på särskilda ungdomshem har en högre förekomst än andra unga.

Även andra munhälsoproblem förekommer i hög utsträckning

I studien har även andra eventuella förändringar i munnen undersökts. I Tabell 4 redovisas fynd relaterat till tandköttsinflammation (gingivit), tandlossning (parodontit), frätskador (erosion) samt snuslesioner (slemhinneskador i munhålan).

Tabell 4. Andra munhälsorelaterade sjukdomar och tillstånd hos ungdomar vid särskilda ungdomshem.

	Pojkar % (n=68)	Flickor % (n=39)	Totalt % (n=107)	Jämförelsegrupp i normalpopulationen %	P vs. F, p	T vs. J, p
Ingen tandköttsinflammation	1,5	0,0	1,0	-	-	-
Inga tecken på begynnande tandlossning	52,3	89,2	65,7	95,0 ^a	***	***
Inga tecken på frätskador	29,4	21,1	26,4	65,7 ^b	i.s	***
Inga snuslesioner	41,2	74,4	53,3	-	***	-
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M	P vs. F, p	T vs. J, p
Antal ytor med tandköttsinflammation (0–112)	22,3 (15,8)	19,3 (25,5)	21,2 (20,0)	19,4 ^a	i.s	i.s
Antal ytor med fickdjup ≥ 4 mm (0–56)	2,0 (3,6)	0,3 (1,4)	1,4 (3,1)	-	***	-

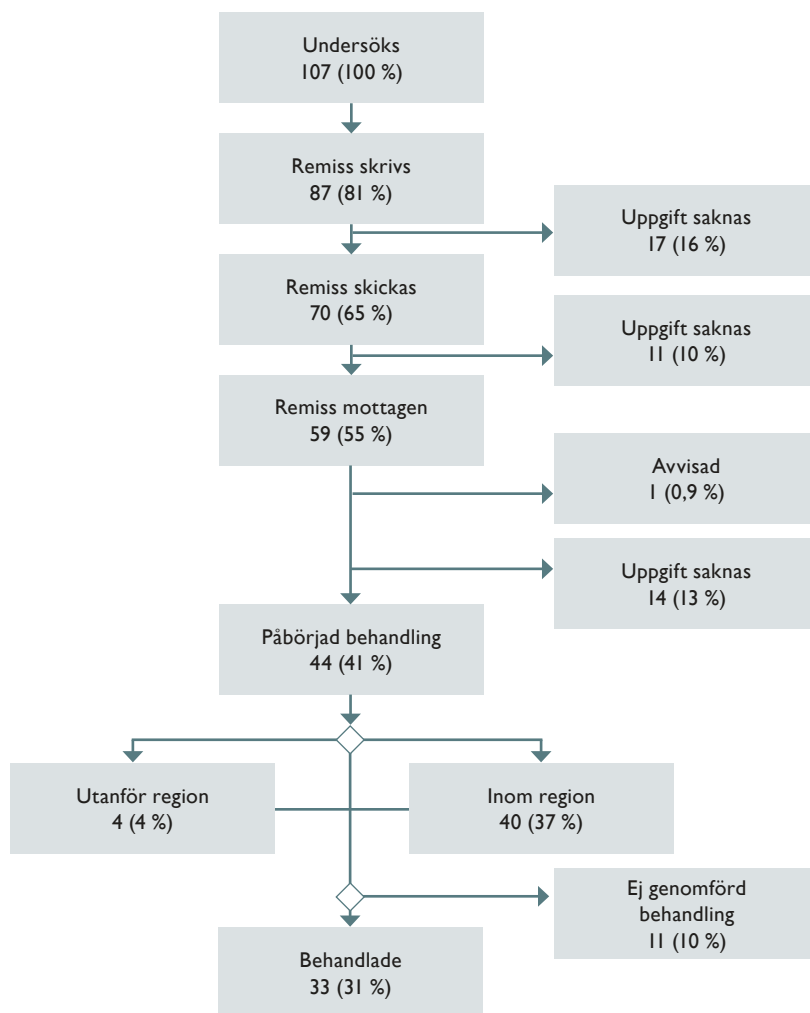
Notera. $p < ,001 = ***$ P vs. F = pojkar jämfört med flickor; T vs. J = undersökningspopulationen jämfört med normalpopulationen. ^a Norderyd, Koch, Papias, Anastassaki Köhler, Nydell Helkimo, Brahm, Lindmark, Lindfors, Mattsson, & Rolander (2015), 20-åringar. ^b Skalsky Jarkander m.fl. (2018), 17-åringar.

Av vår undersökning framkommer att i princip alla hade något tecken på tandköttsinflammation, enbart 1 procent av de undersökta unga hade inga tecken på tandköttsinflammation. Omfattningen av tandköttsinflammation mätt i genomsnittligt antal ytor var dock i linje med en jämförelsegrupp i normalpopulationen. Drygt 65,7 procent visade inga tecken på begynnande tandlossning. Här fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan pojkar och flickor, där färre pojkar var friska i förhållande till begynnande tecken på tandlossning. Överlag var förekomsten av tecken på begynnande tandlossning påtagligt vanligare i vår undersökningsgrupp jämfört med de nationellt representativa studier som vi jämfört mot. Frätskador var vanligt förekommande, enbart 26,4 procent av vår undersökningsgrupp hade inga tecken på frätskador.

Sammantaget visar vår kliniska undersökning på hög förekomst av munhälsoproblem jämfört med jämnåriga unga i den generella befolkningen.

Ett fåtal fick vård efter remiss

Av de 107 unga som deltog i den kliniska undersökningen bedömdes 87 stycken ha ett behov av remiss för vidare tandvård på klinik, se Figur 3. Behovens omfattning varierade, men för de allra flesta var orsaken till remissen kariessjukdom. Exempel på varför remiss skickats var förutom manifest karies bland annat: parodontal sjukdom, sjukdom i käksystemet, trasig ortodontisk apparatur eller trauma mot tänder (utslagna/avslagna tänder). Remissen överlämnades till sjuksköterskorna på boendena att skickas till tandvårdsklinik, eller i det fall att den unge skulle omplaceras, lämnas till ansvariga på den nya vistelseorten. I 70 fall finns noterat att remissen skickats till en närliggande tandvårdsklinik eller vidare till annat boende/utskrivning till hemmet. I 17 fall saknas uppgifter om remissen skickats. I 59 fall finns noterat i tandvårdsjournaler eller via remissbekaftelse att tandvårdskliniker mottagit remissen. För elva remisser saknas uppgifter om att remissen mottagits. I ett fall avvisades remissen, detta då remissen inkommit till specialisttandvård och patientens folkbokföringsadress inte stämde med regionen dit remissen riktats. Man hänvisade till hemmaregion eller till specialisttandvård i den region där remissen skrivits. För 14 ungdomar har remiss mottagits men behandling har inte påbörjats. I 44 fall har behandling påbörjats, 40 av dessa i regionen där de inkluderade ungdomshemmen var belägna och fyra i andra regioner. Behandlingen har inte genomförts/slutförts för elva av de unga. Noterade anledningar till detta har varit att den unge inte samarbetat till behandling, avvikit, flyttat samt att personalen på boendet avbokat tider till tandvården. Av detta följer att vi har uppgifter på att 33 unga (38 %) av de 87 som remitterades har genomgått den tandvård som den kliniska undersökningen identifierat ett behov av.



Figur 3. Schematiskt flöde över remisshantering

Vårdkedjan följdes upp efter ett och ett halvt års tid. Efter denna tid hade 31 remiss-svar inkommit, varav fem från andra regioner än den studien utförts i. Endast i två fall kontaktade tandvården ansvarig socialtjänst för att återkoppla om vårdbehov, behandling och rekommendationer om vidare tandvårdsomhändertagande. I de fall där kontakt togs utfördes tandvården på specialisttandvården. I ett fall finns noterat att socialtjänsten hört av sig till en tandvårds klinik för en bedömning. Det mesta av kontakten kring ungdomarna har skett mellan klinikerna och sjuksköterska eller personal på ungdomshemmet. För att påbörja tandvård på en patient som inte är folkbokförd i regionen måste hemma-regionen godkänna ett kostnadsförslag för den tandvård som planeras att utföras i vistelse-regionen. Innan kostnadsförslaget kan göras måste patienten undersökas på den klinik

som ska utföra behandlingen. I 42 fall gjordes kostnadsförslag för ungdomarna, fem av dessa avbröts med anledning av att den unge flyttat. För övriga 37 var den genomsnittliga tiden från att remissen mottagits tills dess att kostnadsförslagen godkänkts 60 dagar ($M=60$, $Mdn=35$). Variationen var dock stor, från nio dagar till 381 dagar. I fallet med 381 dagar har kostnadsförslaget först nekats med hänvisning till att hemmakliniken endast stod för akuta åtgärder i en annan region, och att övrig behandling skulle ske på hemmaklinik. De ändrade sig dock och kostnadsförslaget godkändes efter en tid.

I de fall där det var möjligt att följa turerna med kostnadsförslag i tandvårdsjournalen framkom att en av orsakerna till den utdragna processen var svårigheterna att få ungdomen till tandvården för att göra en undersökning att basera kostnadsförslaget på. Dock finns noterat att en av klinikerna gjort kostnadsförslag baserat på remissen innan de kallat in den unge till kliniken. Det fanns flera olika orsaker noterade i tandvårdens journaler till att de unga inte kommit till bokade besök, bland annat flytt, att personal på de särskilda boendena avbokade besök på grund av att medföljande personal/transporttjänst inte fanns tillgänglig, och att ungdomar vägrat följa med till tandvården.

Brister i kostvanor och skötsel av munhälsan

Av bakgrundsinformationen för deltagarna i enkäten (se Tabell 5) framkommer att de unga som ingått i undersökningen tillhör en marginaliserad grupp i samhället, med kraftigt förhöjd sannolikhet för att ha låg socioekonomisk status och vara av utländsk bakgrund. Narkotikaanvändningen är påtagligt högre än vad som syns i motsvarande undersökningar av gymnasieungdomar. Merparten har varit placerade tidigare (83,8 %), även i jämförelse med andra unga i annan samhällsvård (57 %), vilket också tyder på att det här är en betydligt mer utsatt grupp även bland andra barn och unga med erfarenhet av placering utanför hemmet.

I Tabell 5 redovisas deskriptiv statistik och jämförelser mot normalpopulation för svaren i enkäten. För flertalet av de områden som undersökts framträder en genomgående sämre bild av kostvanor och skötsel av munhälsan än för barn och unga i allmänhet.

Tabell 5. Enkät svar från ungdomarna.

	Pojkar % (n=57)	Flickor % (n=20)	Totalt % (n=77)	Jämförelsegrupp %	T vs. J, p	T vs. J, RR
Utländsk bakgrund	68,4	45,0	62,3	26,8 ^f	***	2,32
Låg socioekonomisk status	64,3	47,4	60,0	14,8 ^b	***	4,05
Tidigare placerad	81,8	89,5	83,8	57,0 ^c	***	1,47
Använt narkotika	86,0	68,8	81,8	15,0 ^d	***	5,45
Information om tandvård från samhällsvård	18,2	47,4	25,7	-	-	-
Tandborstning minst två ggr/dag	66,7	60,0	64,9	81,9 ^e	***	0,79
Varit hos tandvården i önskad utsträckning	61,1	47,1	57,7	-	-	-
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	T vs. J, p	T vs. J, d
Tandvårdsrädsla (4–20)	6,1 (2,5)	7,6 (5,2)	6,5 (3,4)	-	-	-
Psykosomatiska symptom (0–32)	10,2 (6,7)	19,1 (5,3)	12,6 (7,4)	12,0 (6,8) ^a	i.s	-
Vikten av god munhälsa (0–10)	9,6 (0,8)	9,3 (1,1)	9,5 (0,9)	-	-	-
Självupplevd tandstatus (0–10)	7,0 (2,0)	6,2 (2,6)	6,8 (2,1)	-	-	-
Självupplevd hälsa (1–4)	3,2 (0,5)	2,9 (0,3)	3,2 (0,5)	3,3 (0,6) ^e	i.s	-
Meningsfullt liv (0–10)	5,6 (2,5)	4,2 (2,7)	5,2 (2,6)	7,1 (1,9) ^e	***	-0,7
Frukost på veckodagar (0–5)	2,8 (2,1)	2,4 (2,2)	2,7 (2,2)	3,7 (1,9) ^e	***	-0,6
Frukost på helger (0–2)	1,3 (0,8)	1,1 (0,9)	1,3 (0,9)	1,7 (1,7) ^e	***	-0,7
Äter frukt (0–6)	3,2 (1,7)	2,5 (1,7)	3,0 (1,7)	3,2 (1,7) ^e	i.s	-
Äter grönsaker (0–6)	3,3 (1,9)	3,1 (1,9)	3,2 (1,9)	4,1 (1,6) ^e	***	-0,5
Äter sötsaker (0–6)	2,4 (1,4)	2,4 (1,0)	2,4 (1,3)	2,7 (1,2) ^e	*	-0,3
Dricker söta drycker (0–6)	2,8 (1,9)	3,0 (2,0)	2,8 (2,0)	2,2 (1,4) ^e	***	0,4
Dricker osötade läskedrycker (0–6)	1,5 (1,8)	2,3 (1,9)	1,7 (1,8)	-	-	-

Notera. $p < ,001 = ***$, $p < ,05 = *$. T vs. J = undersökningspopulationen jämfört med normalpopulationen. ^d = Cohen's d. RR = Relativ risk. ^a Högberg m.fl. (2023), 19-åringar: ^b Corell m.fl. (2021), 15-åringar: ^c Socialstyrelsen (2023). ^d Gripe (2022), 18-åringar: ^e HSBC dataset 2017, Sverige, 15-åringar: ^f SCB, utländsk bakgrund 2021, 0–21 år.

Av Tabell 5 går det att utläsa att det inte verkar finnas någon utbredd tandvårdsrädsla i vår undersökningsgrupp. Skalan som använts för att mäta tandvårdsrädsla har ett angivet värde om 13 eller 14 (Corah m.fl., 1978) för att individen ska betraktas som en patient med hög sannolikhet för tandvårdsrädsla, vilket enbart ett fåtal uppvisar i vår studie. Av de som har hög sannolikhet för tandvårdsrädsla är fler flickor än pojkar. Merparten uppfattar vikten av en god munhälsa som hög, samtidigt som de skattar sin tandstatus som sämre. Detta syns också när vi mäter förekomsten av tandborstning vid minst två gånger per dag där enbart 64,9 procent uppger att de gör det. Detta kan jämföras med att 81,9 procent av svenska 15-åringar i allmänhet svarar att de borstar tänderna två gånger om dagen. Det är något mer än hälften av de unga på de särskilda ungdomshemmen, 57,7 procent, som uppger att de varit hos tandvården under de senaste åren i önskad utsträckning. Drygt var fjärde ungdom uppger att de vid något tillfälle har fått information om hur de ska sköta sina tänder av personal eller familjehemsföräldrar under tiden de befunnit sig i vård.

En del av en bristfällig munhälsa kan bero på kostvanor. I vårt material framkommer signifikanta skillnader mellan svenska 15-åringar i allmänhet och vår undersökningsgrupp, i huvudsak i en riktning som är till undersökningsgruppens nackdel. De äter mer sällan frukost, både på helger och på veckodagar. De äter mer sällan grönsaker och konsumerar sötade drycker i större omfattning. Samtidigt verkar de äta frukt i likvärdig utsträckning och äter något mindre sötsaker än jämförelsegruppen. I vår enkät inkluderade vi en unik fråga om osötade läskedrycker, då dessa förändrar pH-värdet i munnen vilket kan öka sannolikheten för munhälsoproblem. Vi ser dock ingen påtaglig överkonsumtion av sådana drycker i våra enkätsvar.

Rörande psykisk och fysisk hälsa, så visar varken frågorna om psykosomatiska symtom eller frågorna om självupplevd hälsa några statistiskt säkerställda skillnader i relation till jämförelsegruppen. Dock tyder de numerära skillnaderna mellan pojkar och flickor på att flickorna i genomsnitt mår sämre. De unga betraktar i påtagligt lägre utsträckning sitt liv som meningsfullt jämfört med svenska 15-åringar i allmänhet.

Sammantaget tyder vår enkätundersökning på att de unga placerade på särskilda ungdomshem är en grupp som har bristfälliga munhälsorutiner och där frågan om munhälsa inte har prioriterats av de som svarar och har svarat för deras omsorg. De unga har i många avseenden sämre kostvanor än 15-åringar i allmänhet och verkar ha svårare att uppfatta sina liv som meningsfulla.

Ungas uppfattningar om munhälsa och tandvård

I intervjuer har 23 unga delat med sig om sina tankar om tänder och munhälsa och sina egna erfarenheter av tandvård. De unga var vid tiden för intervjuerna placerade på både låsta och öppna avdelningar, och flera av dem hade erfarenheter av placeringar i andra vårdformer och på andra ungdomshem. I analysen av intervjuerna är en övergripande tolkning att de unga ofta har svårt att dela erfarenheter och tankar om tandvård och munhälsa.

Vi uppfattar det som att de unga sällan funderar över sina tänder. Samtidigt ger flera av dem uttryck för att deras tänder är viktiga för dem, vilket delvis handlar om utseende, delvis om den funktion de fyller. Mot bakgrund av detta övergripande tema – munhälsans perifera roll i de ungas liv – kommer vi nedan att presentera resultaten från intervjuerna i följande teman: *vikten av att sköta sina tänder; tändernas utseende och de ungas självkänsla; makt- och orkeslöshet; tandvården som inte blir av, och (bristen på) munvårdsrutiner vid ungdomshemmen.*

Vikten av att sköta sina tänder

I intervjuerna berättar de unga att de har rutiner för att ta hand om sina tänder. I de flesta fall handlar det om att borsta dem en till tre gånger om dagen. De flesta unga ser tandborstningen som något de tidigare tagit för givet och inte funderat så mycket över. Samtliga unga kunde också säga vem eller vilka som lärt dem att ta hand om tänderna och för flera av dem var det någon av deras biologiska föräldrar eller, om de placerades i unga år, familjehemsföräldrar. Andrea nämner också att hon lärt sig i skolan eller av tandvården.

Intervjuare: Vem var det som lärde dig det här med tandborstning och var fick du den informationen?

Andrea: Tror att det var i skolan och av tandläkaren. Jag är väldigt noga när jag borstar mina tänder. Ibland så borstar jag en gång till.

De unga beskriver alltså, på olika sätt, hur de lärt sig borsta sina tänder. För Emma visade det sig att det hon lärt sig under sin uppväxt inte stämde med vad hon lärde sig nu. Efter den kliniska undersökningen i studien fick hon veta att tänder också ska borstas från insidan.

Intervjuare: Vem lärde dig att ta hand om dina tänder?

Emma: Det var pappa.

Intervjuare: Och vad var det som var riktigt viktigt då?

Emma: Alltså han borstade mina tänder ända tills jag var tolv år. Han borstade mina tänder rätt länge. Men han sa inte hur man skulle borsta dom. Så nu blev jag jätteförvånad att man skulle borsta tänderna på insidan också. Jag trodde att dom blev borstade på insidan automatiskt.

Uppväxten verkar ha fört med sig kunskap om vikten av att sköta sina tänder. En förklaring till detta kan vara det generella och ambitiösa tandvårdsstödet som vi har i Sverige där barn från tidig ålder kallas till tandvården. Samtidigt berättar en del av de intervjuade att de såg andra ungdomar på ungdomshemmet som inte kunde borsta sina tänder på "rätt sätt". De unga lämnar sammantaget en bild av att de vet om att de ska sköta sina tänder.

Tändernas utseende och de ungas självkänsla

De unga menar i intervjuerna att det är viktigt att ha fina tänder och fräsch andedräkt. Vad som är "fina" tänder kan variera, där en del önskar att de har raka tänder och utan markerade hörntänder medan andra påtalar att tänderna inte ska vara för raka.

Gemensamt för vad som ses som fina tänder är dock att de är fräscha och vita. En av flickorna säger att hon tycker att tänderna ska vara "raka och vita och sen sån där perfekt modell". En annan flicka kopplar jämna och fräscha tänder till att man sköter dem och är ung.

Alltså jag känner ju många som har svårigheter med att dom inte har jämna tänder, men jag tycker ju inte att dom är fula så där. Men sköter man tänderna och dom ser fräscha ut så. Men gamla kan ha gula tänder och det kan vara svart på dom. (Linn)

Flera uttrycker att de önskar att de hade rakare och vitare tänder, och att de brukar använda blekmedel för att göra tänder vitare. Att ha fräscha och vita tänder kopplas också till att känna sig mer säker och till en bättre självkänsla.

Jag tittar inte när nån öppnar sin mun men man ser ju att vissa har jättefina tänder men vissa har inte det. Men jag skulle ju säga att om jag pratar om mig själv så är jag en av dom som har bra tänder. Det ger bra självkänsla också. (Matilda)

Motsatsen, att ha tänder som är bruna eller sneda, ses av de unga som något skamfullt. En del av de unga gör moraliserande antaganden om att de som inte har fina tänder är slarviga eller inte bryr sig om sin hälsa. En flicka berättar att hon brukar be de som har fula tänder att gå till tandläkaren. Matilda, som kopplar en god självkänsla till att ha fina tänder, berättar att andra har tankar om att unga som placeras på särskilt ungdomshem (eller SiS som de unga själva benämnde ungdomshemmen) inte är fräscha.

Många tror väl att man inte är fräsch för att man är på SiS. Men så är det inte. (Matilda)

Matildas och de andra ungas resonemang om fräscha och vita tänder och vad som utmärker dem som inte har fräscha tänder antyder att de möter föreställningar om att unga som placeras på särskilt ungdomshem inte tar hand om sin hälsa och sina tänder. Att unga på SiS inte ses som fräscha kan också knyta an till mer än enbart frågor om hälsa. Att vara fräsch kan också, i synnerhet för flickor, handla om att sköta sin hygien och sitt utseende i enlighet med samhälleliga normer (se Vogel, 2020).

Det finns också de som menar att de inte kan döma en människa utifrån hur deras tänder ser ut. Samtidigt säger de flesta, även de som menar att det kan finnas flera skäl till hur tänderna ser ut, att de uppmärksammar andras tänder och att tänder påverkar personernas utseende.

Vissa tycker jag att dom är ohygieniska och inte tar hand om sina tänder. Det är ju viktigt för det syns ju också när [dom] snackar och skrattar. Det hade sett roligt ut att snacka med nån som har tre tänder där framme och typ gula tänder och svarta och fula och sen så ska han skratta framför folk och då skäms jag och va den personen.

Tänder är viktigt. (Andrej)

Några unga, vilket framför allt handlar om pojkar, lägger inte så stor vikt vid hur tänderna ser ut. Däremot kan de nämna betydelsen av att ha tänder då de annars inte hade kunnat prata och tugga mat.

Hade jag inte haft tänder hade jag inte kunnat snacka, hade jag inte haft tänder hade jag inte kunnat äta så bra förstår du. Det är ju bra att ha tänder. (Ahmed)

Att tänder är viktigt och att tänderna ska vara vita och fräscha verkar de flesta unga vara överens om. Samtidigt är talet om vita och fräscha tänder mer framträdande i flickornas resonemang.

Makt- och orkeslöshet

I våra intervjuer med de unga om deras munhälsa ger de uttryck för en känsla av maktlöshet och hopplöshet. Liksom i andra studier nämner de unga att de inte har kontroll över beslut som fattas av deras socialsekreterare vid socialtjänsten, att de inte får information om besluten eller att de ständigt går och väntar på beslut (se även Enell m.fl., 2018; Vogel, 2020). Placeringen på särskilt ungdomshem kunde också i sig själv väcka en känsla av hopplöshet.

Jag tror att dom flesta tappar orken när man åker in på SiS, man känner väl att det är hopplöst liksom. Och då blir det väl att man inte orkar det man normalt sett brukar orka. Så att alla behöver liksom en stöttning i det. (Hannah)

Flera ger också uttryck för att de känner sig sedda som mindre värda för att de är placerade på särskilt ungdomshem. Känslan av att vara mindre värd kopplas av de unga också till deras hälsa. Någon berättar att ungdomar under en placering på SiS inte självklart skjutsas till akuten. I stället beskrivs personalen hellre ringa och boka en bestämd tid för dem. Under tiden får de vänta på att få hjälp. Ungdomarna som vi intervjuat kan tolka detta som att de är mindre värda vård än andra, något som Matilda ger uttryck för.

När det kommer till oss är det ju skit samma vilken hälsa vi har. (Matilda)

Kopplat till deras munhälsa så framträder maktlösheten när de unga talar om rutiner som de uppfattar att de inte kan påverka. I en tillvaro där ungdomarna inte kan bestämma över särskilt mycket i sina liv ger flera uttryck för att tänderna inte är det viktigaste för dem och att de inte orkar bry sig.

Nej, då var jag inlåst hela den här tiden, så jag var inte hemma. Alltså tänderna var inte det viktigaste då. (Mohamed)

Alltså när man sitter inlåst så tar man mindre hand om sig själv och sin hälsa. Man

tänker väl att det är ingen som ser mig, jag är osynlig, man glömmer bort att det är lika viktigt. Och det är så mycket som gnager i huvudet och man väntar på att få sina besked och så tänker man att man ska fråga om besked och så får man besked på att man inte gör tillräckligt bra ifrån sig och ja det är rätt tufft. (Lilli)

Det är flera av de unga som berättar att de inte borstar eller på annat sätt sköter sina tänder som de gjort tidigare, även om de vet att de borde göra det. Det kan handla om att de varit på rymmen och att de då inte borstade tänderna över huvud taget. Skälen till att deras tidigare rutiner bryts när de är på ungdomshemmet framstår också handla om resignation över tillvaron där en del menar att de på ungdomshemmet tar en dag i taget. De ger också uttryck för att de sköter sina tänder sämre när de mår dåligt. Deras ibland försämrade mående under placeringen på särskilt ungdomshem kunde därför också leda till sämre munhälsa, vilket citatet från Lilli illustrerar.

Det finns kanske några som mår ganska dåligt av det, jag tror inte att deras första tanke är att 'oj jag har inte borstat tänderna'. Dom vill gå in i duschen och dom mår ju dåligt. Det är inte högst prioritet. Så där tycker jag att det är viktigt att dom kollar till det och inte bara att dom har duschat. (Lilli)

I de ungas berättelser framkommer också att en placering på särskilt ungdomshem kan öka möjligheterna för de unga att förbättra sin munhälsa. Flera tar upp att de under placeringen fått veta vilka konsekvenserna kan bli av missbruk och att inte sköta om sina tänder vilket motiverat dem att sköta sina tänder bättre.

De ungas berättelser om att inte sköta sin hälsa och däribland sin munhälsa lika väl som tidigare visar på att de unga är väl medvetna om betydelsen av sin hälsa men att de i den situation de befinner sig i inte klarar av det. Detta väcker frågor om vilket stöd de får från socialtjänst och hur rutinerna för deras hälsa ser ut vid ungdomshemmen.

Tandvården som inte blir av

På våra frågor om när de unga senast hade kontakt med tandvården är det flera som berättar att det gått många år sedan de senast var på en undersökning. Några av dem känner till att de blivit kallade till undersökning, men då de varit placerade har kallelserna inte nått dem eller så har de avbokat tiden då de på grund av avstånd inte kunnat komma till undersökningen. Andra känner inte till om de fått kallelser eller inte.

När det gäller stöd från socialtjänsten för deras munhälsa är det endast en som säger att hon fick frågor om sin munhälsa när hon placerades utanför hemmet. Övriga intervjuade menar att de fått frågor om sin hälsa generellt men inte om sin munhälsa.

Intervjuare: Socialtjänsten, har du pratat om munhälsa med dom eller har dom frågat någon gång?

Lilli: Nej.

Intervjuare: Så det har inte varit så någon gång när du har varit på olika ställen.

Lilli: Nej.

Intervjuare: Tycker du dom skulle göra det?

Lilli: Jag vet inte.

En annan flicka, Matilda, instämmer i att socialtjänsten tar upp deras hälsa men inte deras munhälsa: "Ja hälsan pratade vi om men inte tandhälsan". Liknande resonemang förs av de unga kopplat till de hälsosamtal de får på ungdomshemmen. Även här säger de att samtalen framför allt handlar om andra hälsoområden, såsom fysisk och psykisk hälsa, och inte om deras munhälsa. Samtidigt säger de att det skiljer sig åt hur frågor om deras hälsa hanteras mellan de ungdomshem de har varit placerade vid. Abdel är en av de som har erfarenhet av att hälsan prioriteras olika mycket och att munhälsan ibland ingår.

Men på tidigare institutioner som jag varit på har man det [frågat om munhälsan, vår anm.]. Och på de tidigare har hälsan varit det viktigaste. Och det är psykisk hälsa, tänder, allt. (Abdel)

Det framstår alltså som att munhälsan överlag tappas bort när frågor om de ungas hälsa behandlas samt att placeringen i sig skapar ett hinder för dem att få sina tänder undersökta. De ungas nedprioritering av sin hälsa och munhälsa verkar således inte fångas upp och kompenseras av socialtjänsten när de placeras. Detta trots att placeringen skulle kunna ses som en möjlighet att förbättra de ungas munhälsa.

(Bristen på) munvårdsrutiner vid ungdomshemmen

När det gäller rutinerna för att sköta munhälsan vid ungdomshemmen framstår dessa vara beroende av om de unga är placerade på låsta eller öppna avdelningar. Enligt de intervjuade möts de av olika rutiner som ofta är motiverade av frågor om säkerhet. Det finns till exempel regler om att ungdomar på låsta avdelningar inte får ha sin tandborste eller tandkräm på rummet på grund av just säkerhetsskäl. Tandborste och tandkräm finns dock alltid tillgängliga på avdelningen enligt de intervjuade. Däremot är det sällan som det finns tillgång till tandtråd eller munsköljmedel, något som flera av dem efterfrågar. Detta gäller både låsta och öppna avdelningar. De unga kan också ge uttryck för att personalen inte påminner eller ser till att de får sin tandborste och tandkräm både morgon och kväll. De unga lägger här ansvaret på sig själva, att de som snart vuxna borde kunna sköta det på egen hand. Samtidigt menar de att det ibland är svårt att komma ihåg och att känna motivation för att sköta sina tänder. En av dessa är Sandra.

Kanske ska de inte tjata. Men informera om att om du inte borstar tänderna så kommer du att få dom här sjukdomarna och dom här konsekvenserna. Du får tandlossning, jättedålig andedräkt som inte går bort, jättefula tänder och ja. (Sandra)

En av pojkarna önskar att personalen kom ut med tandborstarna på morgonen och påminde alla om att borsta sina tänder: "då tror jag att många flera skulle ha gjort det" (Abdel). En annan pojke föreslår att ungdomshemmet köper in eltandborstar till alla, tillhandahåller en bra flouridtandkräm samt ser till att de får ett tandvårdsbesök en gång i månaden.

Säkerhetsrutinerna vid ungdomshemmen kan också skapa andra svårigheter för de ungas munhälsa. Någon önskar borsta tänderna tillsammans med andra, vilket inte är tillåtet, någon annan vill ha tandtrådsbygel då hon tycker det är svårt med enbart tandtråd men då tandtrådsbyglar har en vass kant är de, av säkerhetsskäl, inte tillåtna. En annan påtalar att riskbedömningar om att de unga behöver ha sällskap av två till tre personer kunde förhindra dem att åka och få sina tänder undersökta, trots tandvärk. Vi har också tidigare nämnt att de unga fick kallelser som de inte kunde åka på av avståndsskäl. Därtill berättar de unga att personalens säkerhetsbedömning men också deras bedömning av nödvändigheten av besöket hos tandvården kan utgöra hinder.

Jag har inte fått några kallelser. Nää, det kan komma till min vårdnadshavare. Och sen bedömer SiS beroende på min tandstatus om det är okej eller inte. (Andrea)

Utöver säkerhetsfrågor framkommer i ungdomarnas berättelser att tillgången till personal också kan försvåra för dem att få komma till tandvård. De unga själva önskar att det finns tillgång till tandvårdspersonal på ungdomshemmen.

Alltså jag tycker att det borde finnas någon, som det finns en sjuksköterska här på området. För ofta när man säger att jag behöver gå till tandläkaren så kan det ta väldigt lång tid innan det går. Och så ska dom boka och det är inte alla som kan boka och då kan det ta flera veckor och så ska kan det ta en månad innan man får gå. Så det tar lång tid. Så jag tycker att det behöver finnas en tandläkare på området. (Emma)

Att de unga inte kan köras till undersökningar kan också få allvarliga konsekvenser för deras munhälsa. Lilli, en av de intervjuade flickorna, lämnar följande berättelse om sin tandvärk och hur långt det fick gå innan hon fick vård.

Jag hade ilningar och sen fick jag akut ont och jag hade bett om en tid sen länge men ingen hade fixat det. Men då fick jag en akuttid för jag kunde inte äta. Då fick jag fixat det. För hålet syntes ju tydligt då. (Lilli)

Enligt de ungas berättelser kunde deras behov av att få sina tänder undersökta också skapa förvirring för personalen. I Matildas berättelser framkommer det också att personalen inte alltid vet hur de ska hantera deras tandvård när de är placerade på annan ort än den de är folkbokförda i.

Mmm, men jag har inte fått gå till tandläkare ofta. Det blir så för dom vet inte hur dom ska hantera en ungdom som kommer från en annan kommun. Dom blir helt förvirrade, ska vi boka en tid här eller ska vi boka en tid där. (Matilda)

Matildas berättelse om personalens förvirring visar inte enbart på en kunskapsbrist om hur frågan i sig ska hanteras utan indikerar också att rutiner saknas för hur de ungas rätt till hälsa (vilket inkluderar munhälsa) ska tillgodoses under placering på särskilt ungdomshem.

Sammantaget visar intervjuundersökningen att de unga känner till vikten av att sköta sina tänder, de vill ofta själva också ha fina och fräscha tänder men att de av makt- och orkeslöshet i kombination med bristande stöd från såväl socialtjänst som ungdomshem inte kan eller får tillgång till adekvat tandvård.

Diskussion

Den här studien syftade till att öka kunskapen om munhälsan hos unga placerade på särskilda ungdomshem. Vidare syftade studien till att undersöka hanteringen av konstaterade vårdbehov. Ett ytterligare syfte var att undersöka de ungas uppfattningar om munhälsa och stöd före och under placering.

Vad vi känner till så är vår empiriska studie den hittills mest omfattande som har gjorts i Sverige om munhälsa hos unga på särskilda ungdomshem. Genom en tvärdisciplinär ansats – oral hälsa och socialt arbete – och olika angreppssätt, både kliniska data samt de ungas egna uppfattningar, har vi strävat efter att fånga en samlad bild av de ungas munhälsa. I ett internationellt sammanhang utmärker sig studien genom att vi har använt röntgenutrustning för att få högre precision i vår kliniska undersökning. Nedan sammanfattas och diskuteras studiens mest centrala fynd.

Omfattande brister i munhälsan

Placerade unga på särskilda ungdomshem har omfattande brister i munhälsan. Enbart 22,6 procent av de unga bedöms vara fria från manifest kariesskada och enbart 7,5 procent är helt kariesfria, det vill säga utan vare sig manifest eller initial kariesskada. Fyndet visar därmed att inskrivningsintervjuerna med ungdomarna gravt underskattar omfattningen av munhälsoproblem (jämför SiS, 2022). Även omfattningen av kariesskador är hög, i snitt har de unga 4,1 tänder med manifest karies och i snitt 9,5 tänder med initial eller manifest karies. Fyndet är i linje med vad som återfunnits i studier från Kanada (van Harten, 2012) men omfattningen av kariesskador är något högre än vad som tidigare visats i svenska studier (Socialstyrelsen, 2020), i studier från USA (Bolin & Jones, 2006) och i studier från Australien (Haysom m.fl., 2015). Dock är det enbart studien från Kanada som har använt röntgen, vilket tyder på att underrapportering kan finnas i tidigare jämförbara studier. Studier genomförda utanför Europa och västvärlden har i stort funnit både högre förekomst av karies (Alkhadra, 2017; Barnette & Cornejo, 2017; Jeon & Baek, 2016) och lägre förekomst (Fernandes m.fl., 2020; Muniz m.fl., 2022; Oliván Gonzalvo, 2002). Då sannolikheten för att initial karies utvecklas till manifest karies är förhöjd i sena tonåren (Isaksson m.fl., 2013) och då våra fynd visar på att ytterst få av de vi undersökt fått vård efter remiss (38 procent av de remitterade unga), är det troligt att minst hälften av de initiala kariesskadorna övergår till manifest karies över tid. Om vi prövar våra fynd som om 50 procent av den initiala kariesen vore manifest karies skulle det innebära i snitt DFT 6,8, vilket placerar våra fynd i det övre spannet av studier på liknande målgrupper (se exempelvis Jeon & Baek, 2016). Utifrån ett internationellt perspektiv återfinns, utifrån vår vetenskap, inga studier som pekar på att ungdomar i snitt har så låg andel kariesfria individer som de unga har vid de särskilda ungdomshemmen (Kassebaum m.fl., 2015).

Genomgående visar också våra fynd på att färre unga på särskilda ungdomshem är fria från munhälsoproblem jämfört med ungdomar i allmänhet. Endast 1 procent av ungdomarna har ingen tandköttsinflammation, 65,7 procent har inga tecken på begynnande tandlossning och 26,4 procent har inga tecken på frätskador. När dessa fynd jämförts med förekommande referensdata (Norderyd, Koch, Papias, Anastassaki Köhler, Nydell Helkimo, Brahm, Lindmark, Lindfors, Mattsson, & Rolander, 2015; Skalsky Jarkander m.fl., 2018) framkommer statistiskt säkerställda skillnader för samtliga av måtten i riktningen att de unga på särskilda ungdomshem har högre förekomst av munhälsorelaterad sjukdom än unga i allmänhet. Det enda mått vi undersökt där det inte går att statistiskt säkerställa en skillnad jämfört med unga i allmänhet är antalet ytor med tandköttsinflammation (21,2 % vs. 19,4 %). Detta skulle dock kunna förklaras av ett annat fynd i vårt material, vilket är den höga förekomsten av snuslesioner, där drygt hälften av alla undersökta har sådana. Nikotinet i snuset gör att blodkärlen drar ihop sig (vasokonstriktion) vilket gör att tandkötet inte blöder lika lätt, trots att tandköttsinflammation förekommer. Det allmänt vedertagna sättet att undersöka tandköttsinflammation är blödning vid sondering; nikotinanvändning ökar därmed risken för falskt negativa svar.

Bristande vårdkedja

Vår uppföljning av de ungas vårdkedja visar att de ungas tillgång till tandvård möter flera hinder. Även om de unga, genom denna studie, fått en undersökning under placering så får de inte sin rätt till tandvård och behandling tillgodosedd. I stället faller de unga mellan stolarna. Det vanligaste hindret för en sammanhållen vårdkedja är att när de unga flyttar från ungdomshemmet följer inte informationen om deras vårdbehov med till den nya vistelseorten. En förklaring till att vårdkedjan bryts här är att den första vårdgivaren inte tar någon formell kontakt med nästa vårdgivare utan i stället uppmuntrar de unga att ta kontakt med tandläkare på hemmakliniken efter utskrivning. Vi menar att detta visar på bristande kunskap och förståelse för placerade ungas utsatthet och möjlighet att ta eget ansvar för sin munhälsa. Det framstår inte heller som att regionerna har tillräcklig kännedom om ansvarsfördelningen mellan regioner och socialtjänst och hur rutinerna vid en placering ser ut. Vår uppföljning visar också att socialtjänsten sällan får någon återkoppling om ungdomarnas vårdbehov. Att socialtjänsten inte blir informerad av regionen försvårar deras möjligheter att ta sitt lagstadgade ansvar för de ungas behov av tandvård och behandling under placering. Ett annat hinder för att de unga ska få tandvård och behandling kan knytas till ungdomshemmen. Ett av de skäl som angivits till att placerade unga inte kom till planerade tandvårdsbesök var att det inte funnits möjlighet att köra dem dit. Det har i dessa fall handlat om att det inte funnits tillräckligt med personal eller tillgång till transporttjänst. I några fall har det varit svårt för personalen på boendena att få med sig de unga till tandläkaren då de inte velat åka dit.

Ett genomgående mönster, från ungdomshem till regionernas tandvård, är också brister i journalföring och hantering av remisser. Vi menar att detta indikerar en osäkerhet hos både ungdomshemmen och regionerna avseende administration och vem som har vårdansvaret

för de ungas påvisade tandvårdsbehov (remissansvar). Bristerna i journalföring leder samtidigt till svårigheter att följa de ungas vårdbehov och därmed ökar också risken för att vårdbehovet negligeras.

Placeringar i sig utgör en risk för att unga inte får tillgång till tandvård. Det är vanligt förekommande att de unga flyttar till och från olika boenden (Socialstyrelsen, 2023) vilket ökar risken för att de uteblir från tandvården men också för att flera olika tandläkare involveras i vården. Gruppen unga som placeras på särskilda ungdomshem kan också, genom sina tidigare erfarenheter av exempelvis övergrepp och försummelse, ha större behov än andra unga av kontinuitet och kommunikation i tandvårdssituationen, det kan därför finnas goda skäl till att remittera till pedodontist (barntandvårdsspecialist) (Kvist m.fl., 2013; Willumsen, 2004).

För unga på särskilda ungdomshem spelar alltså organisatoriska barriärer en stor roll, då familjens och individens möjlighet att påverka blir begränsade. Utifrån vår uppföljning av vårdkedjan instämmer vi med Powell och Appleton (2012) att begreppet "uteblir" vid dokumentation är missvisande, i stället för att benämna det som att de inte togs till tandvården. Det kan sägas gälla alla barn och unga under 18 år då de inte själva bär ansvaret för att tillgodose sina tandvårdsbehov. Begreppet "uteblir" vid dokumentation är särskilt missvisande för tvångsplacerade unga på särskilda ungdomshem då de står helt utan möjlighet att själva besöka tandvården.

Utmaningar avseende de ungas livsstilsvanor

Unga placerade på särskilda ungdomshem är en ytterst utsatt grupp av unga vilket framkommer tydligt av enkätsvaren. De utgörs i större utsträckning av unga med utländsk bakgrund, som har låg socioekonomisk status, som har använt narkotika och som har fler tidigare placeringserfarenheter än vad unga har i allmänhet (Socialstyrelsen, 2023; Corell m.fl., 2021; Gripe, 2002).

Rörande munhälsan uppger drygt hälften av de unga att de inte varit hos tandvården i den utsträckning som de själva önskade. De skattar genomgående vikten av en god munhälsa som hög, men uppfattar sin tandstatus som något sämre. Samtidigt är det påtagligt färre unga i vår undersökning som borstar tänderna i rekommenderad utsträckning jämfört med referensdata. En del av den här diskrepansen i vad de unga anser är viktigt och vad de faktiskt gör går att förstå utifrån våra intervjuer, där de unga berättar om erfarenheten av att känna maktlöshet och resignera inför behov som de vet att de har. Både enkätundersökningen och intervjuerna visar att det sällan ges information och stöd om tandvård för de unga, drygt var fjärde uppger i enkäterna att de någon gång fått information om hur deras tänder ska skötas av personal och familjehemsföräldrar under sina olika placeringar. Dessa fynd är i sig unika, så vitt vi vet har inte liknande studier genomförts på liknande målgrupper tidigare.

Ett något förvånande fynd är att de unga varken uppgav mer psykosomatiska symtom eller sämre allmän hälsa än vad barn och unga i motsvarande åldrar uppgav. Skalan för psykosomatiska symtom har i tidigare studier visat sig ha god måtinvarians (Heinz m.fl., 2022), vilket tyder på att det inte beror på att frågorna uppfattas annorlunda av de unga på SiS än av andra ungdomar. I våra data framkommer vissa deskriptiva skillnader där unga som uppgav att de medicinerar för kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar har något lägre grad av psykosomatiska symtom, men skillnaderna är inte statistiskt signifikanta. Den rimligaste förklaringen är troligtvis att bortfallet till enkäten inneburit att de unga som mår sämre har valt att inte svara på enkäten. Detta har vi dock inte haft möjlighet att undersöka. Framtida studier bör därmed undersöka detta närmare, exempelvis genom tillgång till journaldata för ungdomar som av olika skäl avstår från att svara på enkäten (jämför SiS, 2023b).

I huvudsak visar fynden på att de unga på SiS har bristande kostvanor jämfört med andra ungdomar. De äter i mindre utsträckning frukost, mer sällan grönsaker och dricker oftare söta drycker. De äter dock frukt i liknande utsträckning och sötsaker mer sällan än andra ungdomar. Fynden är i linje med tidigare studier som visat att barn med lägre socioekonomisk status och som är försummande av sina föräldrar i större utsträckning har en sämre kosthållning (se exempelvis Holubcikova m.fl., 2016; Zaborskis m.fl., 2021).

Placerade unga efterfrågar bättre stöd

Utifrån de ungas berättelser i intervjuerna om sin munhälsa, kontakten med tandvården och vilket stöd de fått för sin munhälsa under placering, framstår det som att de unga själva förstår vikten av att sköta sina tänder. Samtidigt lägger de moraliska värderingar vid hur tänderna ser ut. Hur de talar om sina tänder visar sig också skilja sig åt mellan flickor och pojkar där flickorna tenderar lägga större (moralisk) betydelse vid tändernas utseende. Det sätt som flickorna i studien talar om sina tänder på knyter an till det Vogel (2020) fann i sin studie om flickor på särskilda ungdomshem. Att vara flicka och tvångsvårdad innebär, enligt Vogel, att både förhålla sig till dominerande femininitetsnormer om hur "tjejer" bör vara och till föreställningar om hur "SiS-tjejer är" där det senare i sig innebär ett brott mot det första. Dessa motsägelsefulla förståelser skapar svåra balansgångar för flickorna. De intervjuade flickornas resonemang om sina tänder visar hur föreställningar om tvångsvårdade unga drabbar dem på ett särskilt sätt.

Samtidigt som de unga talar om vikten av att sköta sina tänder berättar de ofta om hur de inte lyckas hålla fast vid sina rutiner när de placerats på särskilt ungdomshem. De ungas egna förklaringar till detta är att andra frågor i deras liv är viktigare och att de på grund av sitt mående inte själva orkar prioritera sin hälsa. När det kommer till andra delar av de ungas hälsa verkar såväl socialtjänst som de särskilda ungdomshemmen ställa frågor och ge stöd. Detta tycks dock inte gälla de ungas munhälsa. Liksom enkätundersökningen visar framstår det som att det sällan lämnas information eller ställs frågor om när de unga senast besökte tandvården. Att därtill få tillgång till tandvård under placering verkar

snarare vara en svårighet än en möjlighet. Hinder som de unga berättar om kan kopplas till säkerhetsfrågor vid ungdomshemmen och de säkerhetsbedömningar som personalen gör. Av hänsyn till säkerheten vid ungdomshemmen tillhandahålls inte vissa tandvårdsprodukter och de unga kan förvägras att lämna ungdomshemmet för tandvårdsundersökning. De säkerhetsrutiner som av olika skäl införts eller skärpts den senaste tiden (SiS, 2023a) kan alltså skapa negativa konsekvenser för de ungas möjligheter att få tillgång till tandvård.

Andra hinder som de unga lyfter i intervjuerna handlar om personalens begränsade möjligheter att se till att de kommer till undersökningar samt att personalen ibland inte vet hur de ska hantera deras behov av tandvård då de inte befinner sig där de är folkbokförda. Intervjuerna vittnar alltså om brister i samhällets stöd till de unga i att få hjälp med att upprätthålla goda rutiner men också att tillgodose deras rätt till bästa möjliga uppnåeliga (mun)hälsa. I intervjuerna lämnar de unga flera förslag på hur de skulle kunna få bättre stöd med sin munhälsa. När de unga inte själva orkar önskar de att personalen skapar och upprätthåller rutiner samt tillhandahåller produkter som underlättar för dem att ta hand om sin munhälsa.

När vi jämför ungdomarnas berättelser från intervjuerna med fynden från den kliniska undersökningen framträder ett viktigt resultat. De omfattande problem som undersökningarna visat är inte något de unga själva lyfter. I stället är det sällsynt att de unga berättar om problem eller att de är oroliga för sin munhälsa, detta trots att intervjuerna ofta genomfördes i direkt anslutning till den kliniska undersökningen. De unga lyfter inte heller att andra uppmärksammat dem på problem med deras munhälsa. Resultatet kan förstås utifrån att det kan uppfattas skambelagt att tala om munhälsoproblem men också det de unga själva framför, att de under placeringen inte orkar bry sig om sina tänder. Liknande resultat har också framkommit i andra studier (Haysom m.fl., 2015) vilket visar att en diskrepans mellan ungas egna uppfattningar och deras reella tandstatus inte är unikt för de intervjuade ungdomarna.

Intervjuundersökningen kan sägas lämna en unik bild av hur de unga uppfattar sin munhälsa och av deras erfarenheter av stöd för munhälsan under placering på särskilt ungdomshem. De ungas utsagor visar att stöd och rutiner för deras munhälsa kan ses försämrats och försvåras under placering. Detta resultat är särskilt intressant då det är ungdomshemmens uppdrag att se till de ungas vardagliga omsorgsbehov. Det kan också antas finnas goda förutsättningar för att just stödja och skapa rutiner för den vardagliga skötseln av munhälsan när de unga är placerade. Den sammantagna bilden är dock att ungdomarnas munhälsa inte uppmärksammas, prioriteras eller stöds, även när det finns uppenbara behov av tandvård. Att de unga inte heller själva tar upp eller känner till sina munhälsoproblem understryker vikten av ett aktivt tandvårdsstöd och regelbundna kliniska undersökningar av tandvårdspersonal.

Baserat på våra resultat rekommenderas utveckling av strategier för hälsofrämjande arbete (såsom samverkan mellan berörda professioner samt organisatoriskt mellan socialtjänst och region) och förebyggande åtgärder (såsom extra fluoridpreparat, rådgivande samtal kring rutiner för god munhygien och goda kost- och dryckesvanor). Detta leder oss vidare till vårt avslutande avsnitt – studiens slutsatser och implikationer.

Övergripande slutsatser och implikationer

En av de mest grundläggande förutsättningarna för att placerade ungas rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till tandvård samt till rehabilitering (SFS 2018:1197) ska kunna tillgodoses är att ansvariga myndigheter har kännedom om gruppens utsatthet och vårdbehov. När denna kunskap finns kan vi också höja förväntningarna på att myndigheternas verksamheter utformas så att de unga får tillgång till bästa möjliga hälsa och vård. Denna studie bidrar med kunskap om nödvändigheten i att förändra befintliga arbetssätt för att möta gruppens omfattande vårdbehov. Myndigheter såsom regionerna, kommunernas socialtjänst och Statens institutionsstyrelse (SiS) behöver tillsammans se över hur de ska säkerställa de ungas rätt till hälsa, och mer specifikt tandvård.

Nedan presenterar vi studiens huvudsakliga slutsatser och vilka implikationer de har för SiS och den vård som kan förväntas vid ungdomshemmen, för socialtjänsten samt på regional och nationell nivå. Då det i dag saknas studier av tillräcklig kvalitet som utvärderar organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem eller på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård (SBU, 2018; Mensah m.fl., 2020) behöver nedan föreslagna åtgärder följas upp och utvärderas.

Utbilda ungdomshemmens personal i allmänhet och sjukvårdspersonal i synnerhet

Den första och mest centrala slutsatsen från vår studie är att i princip samtliga unga placerade på särskilda ungdomshem har någon form av munhälsoproblem. Plack på tänderna förekommer hos i princip alla undersökta unga och merparten har även utvecklat kariesskador. Kariesskador är en följd av kariessjukdom som kan förebyggas och behandlas. Drygt hälften av de kariesskador som noteras hos de unga är initial karies, vilket innebär att de skador som uppstått kan läka ut med orsaksinriktad behandling, framför allt genom – men inte begränsat till – samtal om betydelsen av och stöd till goda munhygien- och kostvanor samt ökad tillförsel av fluorid. Sådana interventioner kan förbättra munhälsan för de unga både kort- och långsiktigt.

Den höga plackförekomsten och den efterföljande kariessjukdomen kan grunda sig i de ungas okunskap om orsakerna till karies samt bristande förmåga att borsta tänderna och på så sätt upprätthålla en god munhygien. I intervjuerna gav de unga uttryck för uppgivenhet, att de inte orkade bry sig om sin fysiska hälsa, vilket också kan vara skäl till den bristande munhygien. Utfallet av detta blir att de själva har svårt att ta eget ansvar för sin munhälsa. De unga behöver därför stöd från sin omgivning för att sköta sin egenvård. Därför är det viktigt med utbildning om grundläggande munhälsa och munhygien bland

personal så att de kan stödja de unga i att upprätthålla eller skapa nya rutiner för att ta hand om sin munhälsa. Kunskap om riskfaktorer för bristfällig munhälsa och hur sådana riskfaktorer samvarierar med varandra och med den allmänna hälsan är också av betydelse. Ett kunskapslyft inom munhälsa bör göras för sjukvårdsutbildad personal såväl centralt på SiS som på de enskilda ungdomshemmen. Här finns behov av att utveckla strategier för hälsofrämjande arbete (såsom samverkan mellan berörda professioner samt organisatoriskt mellan socialtjänst och region) och förebyggande åtgärder (såsom extra fluoridpreparat, rutiner för god munhygien och goda kost- och dryckesvanor).

Personal behöver också känna till de ungas rätt till tandvård och hur de kan komma i kontakt med tandvården. Studien visar att de ungdomshem som ingick i denna studie inte tillräckligt stödjer de unga i detta. Den visar också att vissa säkerhetsåtgärder kan utgöra hinder för de unga att sköta sin munhälsa – här behöver nytta och skada vägas mot varandra så att ungdomarnas rätt till hälsa inte äventyras.

Vår rekommendation är:

- att all ny och befintlig personal utbildas om munhälsans betydelse för allmänhälsan och i grundläggande förebyggande munvård. För att stödja och upprätthålla kunskapsutvecklingen ska sjukvårdspersonalen beredas möjlighet till särskild kompetensutveckling, exempelvis enklare screening av munhålan, och detta bör understödjas av SiS centralt.

Inför rutiner på ungdomshemmen

Den andra slutsatsen från studien är att det brister i rutiner avseende munhälsa på flera nivåer. På ungdomshemmen handlar det om allt från att fråga de unga om deras behov av munhälsa och kontakt med tandvården, information om munhälsorutiner, till upprätthållandet av munhälsorutiner och, inte minst, rutiner för kvalificerad undersökning utförd av legitimerad personal från tandvården.

Tandborstning med fluoridtandkräm två gånger per dag är bevisat effektivt (Kumar m.fl., 2016) mot både karies- och parodontal sjukdom då plack avlägsnas mekaniskt med hjälp av tandborsten (Löe, 2000) och tänderna tar upp fluorapatit från tandkrämen vilket gör dem mer motståndskraftiga (Lynch m.fl., 2004). En förutsättning för att obehandlade munhälso-behov ska upptäckas är att de unga undersöks kliniskt, då våra fynd visar att enbart muntliga frågor om munhälsoproblem är otillräckligt för att avgöra om behandlingsbehov föreligger.

Vår rekommendation är:

- att rutiner upprättas för att stödja de unga att borsta tänderna morgon och kväll
- att rutiner upprättas så att eventuella munhälso-behov som inte direkt kräver åtgärd av tandvården, följs upp av personal på ungdomshemmen

- att samtliga unga som placeras inom SiS bereds möjlighet till en grundläggande kvalificerad undersökning utförd av legitimerad personal från tandvården om inte synnerliga skäl föreligger, såsom att placeringen är kortare än en vecka eller att den unga undersökts och fullföljt eventuell behandling under de senaste sex månaderna.

Utbilda tandvårdspersonal om gruppens utsatthet

En tredje slutsats av uppföljningen av remissflödet är att de unga utsätts för medicinsk försummelse. Med detta menas en underlåtenhet att ge förutsättningar till vård och hälsa (Gilbert m.fl., 2009). Vården fördröjdes av flera olika skäl vilket också medförde att flera av ungdomarna hann flytta innan tandvård hann utföras. I flera fall uppmanades ungdomarna själva ta kontakt med tandläkare på hemmakliniken vid utskrivning. Detta tyder på bristande förståelse för patientgruppens utsatthet och förutsättningar att på egen hand ta ansvar för sin munhälsa. Socialtjänsten får inte heller återkoppling från regionerna och involveras inte i vården eller planeringen av vård, trots att de bär ansvaret för ungdomen och behöver insyn i barnets eller ungdomens behov och behandling. Sammantaget indikerar detta att regionerna inte har kännedom om ansvarsfördelningen vid en placering eller hur rutinerna kring en placering ser ut. Trots att information om återkoppling till socialtjänsten fanns i remissmallen var kontakt mer undantag än regel. När ingen information förs vidare till den nya vistelseorten finns det stor risk för att viktig information om den unge går förlorad och att vården uteblir.

Personal inom tandvården behöver få kännedom om vad det innebär att ha samhället som förälder, det vill säga att vara placerad i samhällsvård. Det behövs därför också klargöranden kring att regionerna har vårdansvar för unga som vistas inom regionen och att kostnadsansvar ligger hos den placerande regionen.

Vår rekommendation är:

- att tandvårdspersonal utbildas i både aktuell kunskap om placerade ungas hälsa samt i hur placerade ungas vård är organiserad.

Samarbete med regionerna för uppsökande tandvård på de särskilda boendena

Den fjärde slutsatsen från studien är att kliniska munhälsoundersökningar identifierar mer än tre gånger så många unga med behandlingsbehov än vad SiS egna inskrivningsintervjuer gör. Detta motiverar därmed behovet av att tandvården arbetar uppsökande gentemot de särskilda ungdomshemmen. Tandvården har stor erfarenhet av uppsökande tandvård för andra utsatta grupper (Socialstyrelsen, 2006). Liknande insatser skulle med fördel kunna göras även på de särskilda ungdomshemmen. Det skulle kunna handla om hälsofrämjande och förebyggande verksamhet med regelbundna munhälsobedömningar, rådgivning och instruktion om daglig munvård, förfrågan om fullständig munhälsoundersökning samt vid behov behandling. Vidare skulle sådan verksamhet kunna inkludera handledning och utbildning av personal så att dessa kan stödja unga i deras dagliga munvård. Inspiration till

hur detta kan gå till kan hämtas från vår kliniska studie som genomfördes med en mobil enhet. Ett fördjupat samarbete mellan SiS och regionerna där uppsökande tandvård är en del, skulle kunna ge goda möjligheter att nå denna grupp av unga.

Vår rekommendation är:

- att regionerna får ett förtydligat ansvar för att bedriva uppsökande arbete gentemot barn och unga som vårdas utanför hemmet. Sådant uppsökande arbete bör inkludera både förebyggande insatser och fullständiga kliniska undersökningar av placerade barn.

Gemensamt myndighetsansvar och förbättrad kommunikation

Vår femte slutsats är att placerade unga är en svår grupp att följa upp medicinskt. Trots utförliga remissmallar med kompletterande information hade vi stora svårigheter i att följa huruvida de unga fick vård. Journalföringen visar att tandvården enbart i undantagsfall har kontakt med ansvarig socialtjänst, ansvarig socialtjänst verkar ej heller aktivt söka kontakt med tandvården. Tandvården i Sverige har ingen gemensam journalföring och unga placerade på särskilda ungdomshem folkbokförs inte där de vistas, varpå regionerna inte automatiskt informeras om nyinflyttade ungdomar.

Den sedan år 2017 lagstadgade skyldigheten att på initiativ av socialtjänsten erbjuda en hälsoundersökning av barn och unga i samband med placering utanför det egna hemmet har visat sig vara svår att genomföra (Socialstyrelsen, 2020). Svårigheterna gäller inte minst skyldigheten att undersöka de ungas munhälsa. Det framstår vara en utmaning för involverade myndigheter (socialtjänst, Statens institutionsstyrelse och regionerna) att ta ett gemensamt ansvar för placerade barn och ungas hälsa, inklusive deras munhälsa. Vi menar att kommunikationen och ansvarsskyldigheten gentemot denna grupp behöver förbättras och öka. En undersökning av de ungas munhälsa behöver ofta ske i samråd mellan placerande socialtjänst, särskilt ungdomshem och tandvårdsklinik och resultatet av undersökningen behöver kommuniceras till både de som är ytterst ansvariga (socialtjänst) samt till de som finns i ungdomens vardag (personal på ungdomshemmet). Socialtjänstens roll som ställföreträdande förälder behöver synliggöras och det behöver ske en aktiv kontakt med återkoppling mellan tandvårdsklinikerna, socialtjänst och särskilda ungdomshem.

Vår rekommendation är:

- att i linje med tidigare förslag från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2018) se över möjligheten att införa ett digitalt hälsokort för alla barn och unga som placeras utanför hemmet
- att alla särskilda ungdomshem upprättar överenskommelser med närliggande tandvårdskliniker och att det i dessa finns avtalade rutiner för uppföljning av och kallelser till tandvård
- att stöd riktas till kommunerna för att stärka socialtjänstens uppföljning av placerade barns och ungas hälsa i allmänhet och munhälsa i synnerhet.

Se över hanteringen av betalningsansvar och dagens riksavtal

En sjätte och avslutande slutsats är att tillgång till vård fördröjs på grund av reglerna om betalningsansvar. I genomsnitt tog det 60 dagar för kostnadsförslagen att godkännas. Då placeringar i samhällsvård kan vara korta (i genomsnitt fem månader på ett särskilt ungdomshem) och omplaceringar är vanligt förekommande, innebär kostnadsförslagens handläggningstid att de ungas tandvårdsbehov inte hinner behandlas.

Ett uppenbart problem med rådande system är att tillgången till vård styrs av var de unga är folkbokförda. Eftersom placerade barn och unga ofta är folkbokförda på annan ort än där de befinner sig försvåras deras tillgång till vård, och därmed begränsas deras rätt till bästa uppnåeliga hälsa, tandvård och rehabilitering. Gruppens omfattande tandvårdsbehov tillsammans med de konstaterade bristerna i remisshanteringen motiverar nationella förändringar. Dagens system missgynnar placerade barns och ungas tillgång till tandvård. Det är i dag möjligt att göra undantag i riksavtalet för utomlänsvård när det gäller sjukvård (SKR, 2014). Motsvarande undantag finns inte för tandvården vilket innebär att betalningsansvar måste utredas innan behandling kan påbörjas.

Vår rekommendation är:

- en översyn och revidering av riksavtalet för utomlänsvård så att skrivningen också omfattar tandvård för barn och unga vuxna upp till 21 års ålder som vårdas med stöd av socialtjänstlagen (SFS 2001:453) eller med stöd av LVU (SFS 1990:52). En sådan förändring skulle innebära att kostnader regleras med hemmaregionen efter påbörjad behandling vilket i sin tur kan öka de ungas tillgång till tandvård.

Unga placerade på särskilda ungdomshem är en särskilt utsatt grupp vad gäller munhälsa. Utifrån studiens resultat kan vi anta att unga som placeras på särskilda ungdomshem har brister i sin munhälsa och i flera fall omfattande sådana som kan innebära smärta, nedsatt funktion, nedsatt estetik och framtida ekonomisk utsatthet. De unga på de särskilda ungdomshemmen har samma rättigheter som andra unga. Det är därmed inte etiskt försvarbart att de unga har en iögonfallande sämre munhälsa än andra unga och samtidigt bereds tillgång till tandvård i en betydligt lägre utsträckning än andra unga.

Sammantaget framstår samhället i sitt föräldraskap snarare bidra till försummelse än vård avseende de ungas munhälsa. Det är därför särskilt angeläget att utveckla det förebyggande och uppsökande arbetet med denna målgrupp för att kunna förekomma problem med munhälsan. Därtill behöver samtliga berörda – regioner, socialtjänst och ungdomshem – verka tillsammans för att tillförsäkra alla placerade barns och ungas rätt till god munhälsa.

Referenser

- Alkhadra, T. (2017). Prevalence of dental caries and oral hygiene status among juvenile prisoners in the kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 18(11), 991.
- Anderson, M., Dahllöf, G., Warnqvist, A., & Grindefjord, M. (2021). Development of dental caries and risk factors between 1 and 7 years of age in areas of high risk for dental caries in Stockholm, Sweden. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 22(5), 947–957. <https://doi.org/10.1007/s40368-021-00642-1>
- André Kramer, A.-C., Petzold, M., Hakeberg, M., & Östberg, A.-L. (2018). Multiple socioeconomic factors and dental caries in Swedish children and adolescents. *Caries Research*, 52(1–2), 42–50. <https://doi.org/10.1159/000481411>
- Arnrup, K., Berggren, U., Broberg, A. G., Lundin, S. Å., & Hakeberg, M. (2002). Attitudes to dental care among parents of uncooperative vs. cooperative child dental patients. *European Journal of Oral Sciences*, 110(2), 75–82.
- Arnrup, K., Broberg, A. G., Berggren, U., & Bodin, L. (2007). Temperamental reactivity and negative emotionality in uncooperative children referred to specialized paediatric dentistry compared to children in ordinary dental care. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6), 419–429.
- Australian Research Centre for Population Oral Health, T. U. o. A., South Australia. (2012). The avoidance and delaying of dental visits in Australia. *Australian Dental Journal*, 57(2), 243–247. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2012.01697.x>
- Badri, P., Saltaji, H., Flores-Mir, C., & Amin, M. (2014). Factors affecting children's adherence to regular dental attendance: A systematic review. *The Journal of the American Dental Association*, 145(8), 817–828. <https://doi.org/10.14219/jada.2014.49>
- Barnette, M. M., & Cornejo, L. S. (2017). Oral health of youth housed in socio-educational centers of the Juvenile Penal Area of the Province of Córdoba, Argentina. *Acta Odontológica Latinoamericana*, 30(3), 129–140.
- Bengtsson, T. T. (2012). Boredom and action—experiences from youth confinement. *Journal of Contemporary Ethnography*, 41(5), 526–553. <https://doi.org/10.1177/0891241612449356>

- Blomqvist, M., Holmberg, K., Fernell, E., & Dahllöf, G. (2004). A retrospective study of dental behavior management problems in children with attention and learning problems. *European Journal of Oral Sciences*, 112(5), 406–411.
- Blomqvist, M., Holmberg, K., Fernell, E., Ek, U., & Dahllöf, G. (2006). Oral health, dental anxiety, and behavior management problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Oral Sciences*, 114(5), 385–390.
- Bolin, K., & Jones, D. (2006). Oral health needs of adolescents in a juvenile detention facility. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 755–757.
- Bradbury-Jones, C., Isham, L., Morris, A. J., & Taylor, J. (2021). The “neglected” relationship between child maltreatment and oral health? An international scoping review of research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(2), 265–276.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Börjesson, J., Armelius, B.-Å., & Östgård-Ybrandt, H. (2007). The psychometric properties of the Swedish version of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD). *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(3), 225–232. <https://doi.org/10.1080/08039480701352678>
- Chouchene, F., Masmoudi, F., Baaziz, A., Maatouk, F., & Ghedira, H. (2021). Parental stress as a predictor of early childhood caries: A systematic review. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 22(2), 111–119. <https://doi.org/10.1007/s40368-020-00580-4>
- Como, D. H., Floríndez-Cox, L. I., Stein Duker, L. I., & Cermak, S. A. (2022). Oral health barriers for African American caregivers of autistic children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 17067. <https://doi.org/10.3390/ijerph192417067>
- Corah, N. L., Gale, E. N., & Illig, S. J. (1978). Assessment of a dental anxiety scale. *Journal of the American Dental Association* (1939), 97(5), 816–819.
- Corell, M., Chen, Y., Friberg, P., Petzold, M., & Löfstedt, P. (2021). Does the family affluence scale reflect actual parental earned income, level of education and occupational status? A validation study using register data in Sweden. *BMC Public Health*, 21(1), 1995. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11968-2>
- Enell, S., Gruber, S., & Vogel, M. A. (2018). Kontrollerade unga: *Tvångspraktiker på institution*. Studentlitteratur.

- Enell, S., Mattsson, T., & Sallnäs, M. (2023). Rättigheter som "token", egenansvar och egenvärde: Barn och ungas förståelse av rättigheter i låst institutionsvård. *Nordisk socialrättslig tidskrift*, (35–36), 7–38. <https://doi.org/10.53292/9dd58f4d.0c4213f0>
- Fernandes, C., Colussi, P. R. G., Piardi, C. C., Weidlich, P., Rösing, C. K., & Muniz, F. W. M. G. (2020). Oral health-related quality of life and associated factors in institutionalized adolescents. *Journal of Health Sciences*, 22(2), 113–119.
- Franzén, E., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2007). The epidemiology of out-of-home care for children and youth: A national cohort study. *The British Journal of Social Work*, 38(6), 1043–1059. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl380>
- Fägerstad, A., Windahl, J., & Arnrup, K. (2016). Understanding avoidance and non-attendance among adolescents in dental care: An integrative review. *Community Dental Health*, 33(3), 195–207. https://doi.org/10.1922/CDH_3829Fägerstad13
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Gradin Franzén, A. (2015). Responsibilization and discipline: subject positioning at a youth detention home. *Journal of Contemporary Ethnography*, 44(3), 251–279. <https://doi.org/10.1177/0891241613520455>
- Gripe, I. (2022). Narkotika. I M. Zetterqvist (Red.), CAN:s nationella skolundersökning 2022. *Ungas erfarenheter av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. CAN Rapport 215* (s. 24–30). Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN.
- Gruber, S. (2013). *Konstruktioner av etnicitet och kön på SiS särskilda ungdomshem. Institutionsvård i fokus. Rapportnummer 7*. Statens institutionsstyrelse.
- Gustafsson, A., Broberg, A. G., Bodin, L., Berggren, U., & Arnrup, K. (2010). Possible predictors of discontinuation of specialized dental treatment among children and adolescents with dental behaviour management problems. *European Journal of Oral Sciences*, 118(3), 270–277. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2010.00734.x>
- Hakeberg, M., Berggren, U., & Carlsson, S. G. (1992). Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 20(2), 97–101. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1992.tb00686.x>

- Hallberg, U., Camling, E., Zickert, I., Robertson, A., & Berggren, U. (2008). Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *International Journal of Paediatric Dentistry*, 18(1), 27–34.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2007.00867.x>
- Haugland, S., & Wold, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence - Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24(5), 611–624.
<https://doi.org/10.1006/jado.2000.0393>
- Haysom, L., Indig, D., Byun, R., Moore, E., & van den Dolder, P. (2015). Oral health and risk factors for dental disease of Australian young people in custody. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(5), 545–551.
- Heinz, A., Sischka, P. E., Catunda, C., Cosma, A., García-Moya, I., Lyyra, N., Kaman, A., Ravens-Sieberer, U., & Pickett, W. (2022). Item response theory and differential test functioning analysis of the HBSC-Symptom-Checklist across 46 countries. *BMC Medical Research Methodology*, 22(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01698-3>
- Holubcikova, J., Kolarcik, P., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2016). Lack of parental rule-setting on eating is associated with a wide range of adolescent unhealthy eating behaviour both for boys and girls. *BMC Public Health*, 16(1), 359. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3002-4>
- HSLF-FS 2019:19. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet*. Socialstyrelsen.
- Högberg, B., Strandh, M., Johansson, K., & Petersen, S. (2023). Trends in adolescent psychosomatic complaints: a quantile regression analysis of Swedish HBSC data 1985–2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(4), 619–627.
<https://doi.org/10.1177/14034948221094497>
- Inchley, J. C., Stevens, G. W. J. M., Samdal, O., & Currie, D. B. (2020). Enhancing understanding of adolescent health and well-being: The Health Behaviour in School-aged Children Study. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), S3–S5.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.014>
- Isaksson, H., Alm, A., Koch, G., Birkhed, D., & Wendt, L. K. (2013). Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. *Caries Research*, 47(3), 234–242. <https://doi.org/10.1159/000346131>

- Jeon, Y., & Baek, K. (2016). Dental treatments and oral health status of adolescent girl inmates in a juvenile detention facility for the last 5 years. *Journal of the Korean Academy of Pediatric Dentistry*, 43(4), 401–409. <https://doi.org/10.5933/JKAPD.2016.43.4.401>
- Karlsson, P., & Lundström, T. (2019). ADHD and social work with children and adolescents. *European Journal of Social Work*, 24(1), 151–161. <https://doi.org/10.1080/13691457.2019.1592122>
- Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L., & Marcenes, W. (2015). Global burden of untreated caries: A systematic review and metaregression. *Journal of Dental Research*, 94(5), 650–658. <https://doi.org/10.1177/0022034515573272>
- Khare, V., Koshy, A., Rani, P., Srilatha, S., Kapse, S. C., & Agrawal, A. (2012). Prevalence of dental caries and treatment needs among the orphan children and adolescents of Udaipur district, Rajasthan, India. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 13(2), 182–187.
- Kirkinen, T. (2023). Dental health and dental care in children in out-of-home care [Doktorsavhandling]. Malmö universitet.
- Kling, S., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016a). *Hälsokontroll för SiS-ungdomar. En studie av hälsoproblem och vårdbehov hos ungdomar på fyra särskilda ungdomshem. Institutionsvård i fokus. Rapportnummer 4.*
- Kling, S., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016b). Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatrica*, 105(4), 416–420. <https://doi.org/10.1111/apa.13304>
- Koch, G., Helkimo, A. N., & Ullbro, C. (2017). Caries prevalence and distribution in individuals aged 3–20 years in Jönköping, Sweden: trends over 40 years. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 18(5), 363–370. <https://doi.org/10.1007/s40368-017-0305-9>
- Kumar, S., Tadakamadla, J., & Johnson, N. W. (2016). Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dental Research*, 95(11), 1230–1236. <https://doi.org/10.1177/0022034516655315>
- Kvist, T., Annerbäck, E. M., & Dahllöf, G. (2018). Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 76, 515–523. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.017>

- Kvist, T., Annerbäck, E. M., Sahlqvist, L., Flodmark, O., & Dahllöf, G. (2013). Association between adolescents' self-perceived oral health and self-reported experiences of abuse. *European Journal of Oral Sciences*, 121(6), 594–599.
- Levin, K. A., & Currie, C. (2014). Reliability and validity of an adapted version of the Cantril Ladder for use with adolescent samples. *Social Indicators Research*, 119(2), 1047–1063. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0507-4>
- Lindmark, U., Hakeberg, M., & Hugoson, A. (2011). Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(6), 542–553. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00627.x>
- Lynch, R. M., Navada, R., & Walia, R. (2004). Low-levels of fluoride in plaque and saliva and their effects on the demineralisation and remineralisation of enamel; role of fluoride toothpastes. *International Dental Journal*, 54, 304–309. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2004.tb00003.x>
- Löe, H. (2000). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal*, 50(3), 129–139. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2000.tb00553.x>
- Mattsson, T., & Vinnerljung, B. (2016). *Barn i familjehem: förslag på åtgärder som skulle göra skillnad för samhällets mest utsatta*. SNS Förlag.
- Mensah, T., Hjern, A., Håkanson, K., Johansson, P., Jonsson, A. K., Mattsson, T., Tranæus, S., Vinnerljung, B., Östlund, P., & Klingberg, G. (2020). Organisational models of health services for children and adolescents in out-of-home care: Health technology assessment. *Acta Paediatrica*, 109(2), 250–257. <https://doi.org/10.1111/apa.15002>
- Muniz, F. W. M. G., Moreno, L. B., da Silveira, T. M., Rösing, C. K., & Colussi, P. R. G. (2023). Prevalence and associated factors of self-reported halitosis among institutionalized adolescents: Cross-sectional study. *International Journal of Dental Hygiene*, 21(2), 409–416. <https://doi.org/10.1111/idh.12624>
- Nathanson, D., & Tzioumi, D. (2007). Health needs of Australian children living in out-of-home care. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43(10), 695–699.

- Nolbeck, K., Wijk, H., Lindahl, G., & Olausson, S. (2020). "If you don't behave, you're in real shit, you don't get outside the doors" - a phenomenological hermeneutic study of adolescents' lived experiences of the socio-spatial environment of involuntary institutional care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1726559. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1726559>
- Norderyd, O., Koch, G., Papias, A., Anastassaki Köhler, A., Nydell Helkimo, A., Brahm, C.-O., Lindmark, U., Lindfors, N., Mattsson, A., & Rolander, B. (2015). Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013): II. Review of clinical and radiographic findings. *Swedish Dental Journal*, 39(2), 69–86.
- Norderyd, O., Koch, G., Papias, A., Anastassaki Köhler, A., Nydell Helkimo, A., Brahm, C.-O., Lindmark, U., Lindfors, N., Mattsson, A., Rolander, B., Ullbro, C., Gerdin, E. W., & Frisk, F. (2015). Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden, during 40 years (1973–2013). I. Review of findings on oral care habits and knowledge of oral health. *Swedish Dental Journal*, 39(2), 57–68.
- Oliván Gonzalvo, G. (2002). Estado de salud de jóvenes varones delincuentes. *Atención Primaria*, 29(7), 421–424. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70598-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70598-2)
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(s1), 3–24. <https://doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>
- Pine, C. M., Adair, P. M., Nicoll, A. D., Burnside, G., Petersen, P. E., Beighton, D., Gillett, A., Anderson, R., Anwar, S., Brailsford, S., Broukal, Z., Chestnutt, I. G., Declerck, D., Ping, F. X., Ferro, R., Freeman, R., Gugushe, T., Harris, R., Lin, B., Lo, E. C., Maupomé, G., Moola, M. H., Naidoo, S., Ramos-Gomez, F., Samaranayake, L. P., Shahid, S., Skeie, M. S., Splieth, C., Sutton, B. K., Soo, T. C., & Whelton, H. (2004). International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dental Health Journal*, 21(1 Suppl), 121–130.
- Powell, C., & Appleton, J. V. (2012). Children and young people's missed health care appointments: reconceptualising 'Did Not Attend' to 'Was Not Brought' – a review of the evidence for practice. *Journal of Research in Nursing*, 17(2), 181–192. <https://doi.org/10.1177/1744987112438158>

- Puthiyapurayil, J., Anupam Kumar, T.V., Syriac, G., R, M., Kt, R., & Najmunnisa. (2022). Parental perception of oral health related quality of life and barriers to access dental care among children with intellectual needs in Kottayam, central Kerala – A cross sectional study. *Special Care in Dentistry*, 42(2), 177–186.
<https://doi.org/10.1111/scd.12658>
- Rajput, S., Kumar, A., Puranik, M. P., Sowmya, K. R., & Chinam, N. (2021). Oral health perceptions, behaviors, and barriers among differently abled and healthy children. *Special Care in Dentistry*, 41(3), 358–366. <https://doi.org/10.1111/scd.12573>
- Randsalu, L. S., & Laurell, L. (2018). Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health. *Acta Paediatrica*, 107(2), 301–306.
<https://doi.org/10.1111/apa.14108>
- SBU. (2018). *Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem eller på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
- SBU. (2024). *Psykisk hälsa och munhälsa: En kartläggning av systematiska översikter*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
- SFS 1985:125. *Tandvårdslag*.
- SFS 1990:52. *Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga*.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*.
- SFS 2017:209. *Lag om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet*.
- SFS 2018:1197. *Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*.
- SiS. (2021). *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2021. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju*. Statens institutionsstyrelse.
- SiS. (2022). *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2020. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju*. Statens institutionsstyrelse.
- SiS. (2023a). *SiS Årsredovisning 2022*. Statens institutionsstyrelse.

- SiS. (2023b). *Kartläggning av psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS år 2022*. Statens institutionsstyrelse.
- SiS. (2024). *SiS Årsredovisning 2023*. Statens institutionsstyrelse.
- Skalsky Jarkander, M., Grindefjord, M., & Carlstedt, K. (2018). Dental erosion, prevalence and risk factors among a group of adolescents in Stockholm County. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 19(1), 23–31. <https://doi.org/10.1007/s40368-017-0317-5>
- Skaret, E., Raadal, M., Berg, E., & Kvale, G. (1999). Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *European Journal Oral Science*, 107(6), 422–428. <https://doi.org/10.1046/j.0909-8836.1999.eos107602.x>
- Skaret, E., Raadal, M., Kvale, G., & Berg, E. (2000). Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway. *European Journal of Oral Sciences*, 108(3), 175–183. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0722.2000.108003175.x>
- SKR. (2014). *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer*. Sveriges kommuner och regioner.
- Socialstyrelsen. (2006). *Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020). *Munhälsa och tandvård för placerade barn*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2021). *Karies bland barn och ungdomar. Epidemiologiska uppgifter för år 2019*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2022). *Karies bland barn och ungdomar. Epidemiologiska uppgifter för år 2021*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2023). *Instabilitet bland barn och unga placerade i heldygnsvård enligt SoL och LVU. Placeringsmönster t.o.m. år 2020 bland barn och unga födda 1990–2004*. Socialstyrelsen.
- Staberg, M., Norén, J., Gahnberg, L., Ghaderi, A., Kadesjö, C., & Robertson, A. (2018). Oral health and oral health risk behaviour in children with and without externalising behaviour problems. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 19, 177–186.

- Staberg, M., Norén, J. G., Johnson, M., Kopp, S., & Robertson, A. (2014). Parental attitudes and experiences of dental care in children and adolescents with ADHD. A questionnaire study. *Swedish Dental Journal*, 38(2), 93–100.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237–246.
<https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Vali, L., Zare, Z., Jahani, Y., & Kalavani, K. (2023). Investigating the access barriers to oral and dental health services for children from the perspective of parents attending the health centers of Kerman. *Dental Research Journal (Isfahan)*, 20, 49.
- van Harten, M. (2012). *The oral health status of incarcerated youth at a Toronto-area youth centre*. Dept. of Biological and Diagnostic Sciences/Dental Public Health. University of Toronto.
- Vignarajah, S. (1997). Oral health knowledge and behaviours and barriers to dental attendance of school children and adolescents in the Caribbean island of Antigua. *International Dental Journal*, 47(3), 167–172. <https://doi.org/10.1002/j.1875-595X.1997.tb00782.x>
- Vinnerljung, B., Kling, S., & Hjern, A. (2018). Health problems and healthcare needs among youth in Swedish secure residential care. *International Journal of Social Welfare*, 27(4), 348–357. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12333>
- Vinnerljung, B., & Sallnäs, M. (2008). Into adulthood: A follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child & Family Social Work*, 13(2), 144–155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2007.00527.x>
- Vogel, M. A. (2012). Särskilda ungdomshem och vårdkedjor: *Om ungdomar, kön, klass och etnicitet* [Doktorsavhandling]. Stockholms universitet.
- Vogel, M. A. (2020). *Disciplinering, femininitet och tvångsvård: tjejers vardag vid särskilda ungdomshem*. Studentlitteratur.
- von Bültzingslöwen, I., Östholm, H., Gahnberg, L., Ericson, D., Wennström, J. L., & Paulander, J. (2019). Swedish Quality Registry for Caries and Periodontal Diseases – a framework for quality development in dentistry. *International Dental Journal*, 69(5), 361–368. <https://doi.org/10.1111/idj.12481>

- Watt, R. G. (2012). Social determinants of oral health inequalities: Implications for action. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(s2), 44–48.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00719.x>
- Watt, R. G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L. M. D., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R. J., Mathur, M. R., Guarnizo-Herreño, C. C., Celeste, R. K., Peres, M. A., Kearns, C., & Benzian, H. (2019). Ending the neglect of global oral health: Time for radical action. *The Lancet*, 394(10194), 261–272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X)
- Wigen, T. I., Skaret, E., & Wang, N. J. (2009). Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19(6), 431–437.
- Willumsen, T. (2004). The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(1), 73–79.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00120.x>
- World Health Organization. (2022). *Global oral health status report. Towards universal health coverage for oral health by 2030*. WHO.
- Zaborskis, A., Grincaitė, M., Kavaliauskienė, A., & Tesler, R. (2021). Family structure and affluence in adolescent eating behaviour: a cross-national study in forty-one countries. *Public Health Nutrition*, 24(9), 2521–2532. <https://doi.org/10.1017/S1368980020003584>
- Östberg, A.-L., Ericsson, J. S., Wennström, J. L., & Abrahamsson, K. H. (2010). Socio-economic and lifestyle factors in relation to priority of dental care in a Swedish adolescent population. *Swedish dental journal*, 34(2), 87–94.
- Östberg, A.-L., Skeie, M. S., Skaare, A. B., & Espelid, I. (2017). Caries increment in young children in Skaraborg, Sweden: Associations with parental sociodemography, health habits, and attitudes. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 27(1), 47–55.
<https://doi.org/10.1111/ipd.12225>

Författarpresentation



Agneta Stenebrand är legitimerad tandhygienist och lektor i oral hälsovetenskap vid Hälsohögskolan, Jönköping University. Hon var tidigare verksam på tandhygienistprogrammet på Hälsohögskolan. Hennes forskningsområde inom oral hälsovetenskap är grundad i hennes magisterexamen och främst riktad mot ungdomar och psykosociala faktorer och oral hälsa. Hennes avhandlingsarbete hade fokuset att undersöka sambanden mellan tandvårdsrädsla, erfarenheter av tandvård, psykosociala faktorer och oral hälsa, samt att analysera förändringar i förekomst av tandvårdsrädsla över tid.



Birgitta Ander är socionom och filosofie doktor i socialt arbete. Hon har tidigare undervisat vid Socionomutbildningen vid Hälsohögskolan i Jönköping. Hennes forskning rör huvudsakligen olika aspekter av socialt förebyggande ungdomsarbete med fokus på alkohol- och narkotikarelaterade områden. Hon har arbetat under flera år med uppsökande och förebyggande socialt fältarbete med barn och unga.



Elsa Carlson är legitimerad tandläkare och är verksam specialist i barntandvård (pedodonti) vid Odontologiska institutionen i Jönköping. Genom sitt kliniska arbete har hon omfattande erfarenhet av klinisk diagnostik av sjukdomar och tillstånd i munhålan. Hon har god vana av att arbeta med barn och unga som lever i utsatthet, tandvårdsrädsla och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Hon arbetar aktivt i nätverk med kommun, socialtjänst och sjukvård för att stärka placerade barns möjligheter till god hälsa och tandvård. Elsa är doktorand vid Jönköping University i Hälsa och vårdvetenskap med forskning om placerade barns munhälsa och tillgång till tandvård.



Torbjörn Kalin är socionom och filosofie doktor i socialt arbete samt lektor i socialt arbete vid Avdelningen för socialt arbete. Hans forskningsintresse ligger i hur samhället svarar an på barn i utsatta livssituationer, både vid bedömningar av risk och behov och vid insatser som syftar till att förändra barnens livssituationer. Torbjörn har arbetat under flera år i socialtjänsten och den sociala barnvården.



Ulrika Lindmark är legitimerad tandhygienist och professor i oral hälsovetenskap vid Institutionen för hälsovetenskaper, Karlstads universitet, och tidigare verksam på tandhygienistprogrammet, Hälsohögskolan i Jönköping. Hennes forskningsområde inom oral hälsovetenskap är grundad i hennes magisterexamen inom folkhälsovetenskap och är därför främst riktad mot kontextuella och hälsofrämjande faktorerers betydelse för munhälsan bland befolkningen under hela livscykeln. Hon har lång erfarenhet av samverkan mellan olika professioner och ämnesdiscipliner inom utbildning och forskning, både nationellt och internationellt.



Sofia Enell är socionom och docent i socialt arbete vid Linné-universitetet. Hennes forskning berör i huvudsak barn och unga på institution samt förebyggande arbete med barn och unga. Hon har bland annat följt unga med erfarenhet av särskilt ungdomshem genom upprepade intervjuer över nära tio år med fokus på deras erfarenheter av utredning på institution och hur institutionsvård påverkar både deras och deras föräldrars (familje)relationer. Enell har också intresserat sig för behandlings- och tvångspraktiker på institution samt ungas och personals förståelser av rättigheter under placering på låsbar behandlingsavdelning.

Barn och unga som vårdas inom SiS har samma rätt till bästa möjliga hälsa, inklusive en god munhälsa, som andra jämnåriga. Dock har det saknats studier som undersökt munhälsan hos barn och ungdomar placerade på SiS och hur ansvariga verksamheter ser till att deras eventuella vårdbehov blir tillgodosedda.

Syftet med studien som presenteras i denna rapport var att öka kunskapen om munhälsan hos unga placerade på SiS och hanteringen av konstaterade vårdbehov. Forskarna ville också undersöka de ungas uppfattningar om munhälsa och stöd före och under placering. Studien genomfördes på två ungdomshem där data samlades in genom klinisk undersökning samt intervjuer med 107 respektive 23 unga. Det utfördes även en enkätundersökning där ytterligare ett ungdomshem deltog. Utöver detta har forskarna via bland annat journaler undersökt i vilken grad de unga fått den behandling som de remitterats till.

Resultaten visar att de unga på SiS institutioner lider av omfattande munhälsoproblem och att det råder stora brister i vårdkedjan. Rapporten mynnar ut i flera implikationer för ungdomshem, socialtjänst, region, nationella organisationer, myndigheter och lagstiftande politiker.