

# Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013

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

ISBN: 978-91-7555-042-8  
Artikelnr: 2013-3-15  
Omslag: Socialstyrelsen  
Omslagsfoto: Christopher Futcher/Getty images  
Sättning: Edita Västra Aros, Västerås, maj 2013  
Tryck: Edita Västra Aros, Västerås, maj 2013

# Förord

Socialstyrelsen har sedan 1980-talet publicerat fördjupade rapporter inom flera olika områden: folkhälsa, sociala förhållanden, miljöhälsa, hälso- och sjukvård och socialtjänst. *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*, som tillkommit på uppdrag från regeringen, är en fortsättning på dessa publiceringar, men med ett annat upplägg. Myndigheten har integrerat ovanstående områden, och från och med 2013 utgår rapporteringen i stället från olika åldersgrupper. Först ut är åldersgruppen barn och unga.

I denna rapport ger Socialstyrelsen en helhetsbild av barns och ungas välfärd, med fokus på Socialstyrelsens ansvarsområden. I rapporten redogörs för utvecklingen inom folkhälsa och miljöhälsa. Dessutom belyses sociala förhållanden. Rapporten innehåller också frågor om vilka grupper i samhället som är särskilt missgynnade och som löper risk att få hälsomässiga, sociala och/eller ekonomiska problem samt uppskattar omfattningen av de aktuella problemen.

Rapporten ger även en samlad bild av de verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som riktar sig till barn och unga. Rapporten

innehåller beskrivningar och analyser av dessa verksamheters utveckling, liksom framtida utmaningar och strategier.

Projektledare har varit Karin Flyckt (redaktör) och Danuta Biterman. I projektgruppen har även Maria Danielsson (ansvarig för folkhälsa) och Elin Westin (ansvarig för miljöhälsa) ingått. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Denna rapport är tänkt att användas både som beslutsunderlag och kunskapskälla. Den vänder sig främst till regering och riksdag. Den utgör även ett viktigt dokument för tjänstemän och praktiker i kommuner, landsting, samt för forskare, myndigheter och organisationer.

Socialstyrelsen har i arbetet med rapporten samverkat med Statens Folkhälsoinstitut (FHI), som har haft ett parallellt uppdrag. I *Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder* redogör FHI för utvecklingen inom några folkhälsopolitiska områden. Exempel på sådana områden är alkohol, tobak och narkotika samt sexuell och reproduktiv hälsa. Sammantaget speglar myndigheternas rapporter situationen för barn och unga i Sverige.



# Innehåll

Förord.....	3	4. Social barn- och ungdomsvård .....	110
Sammanfattning.....	7	Slutsatser .....	110
Sociala skillnader i hälsa bland barn.....	7	Den sociala barn- och ungdomsvårdens	
Spädbarn .....	8	myndighetsutövning .....	110
Barn 1–14 år .....	9	Insatser inom heldygnsvården .....	114
Ungdomar 15–29 år .....	12	Öppenvårdens insatser .....	120
Utsatta barn .....	14	Referenser .....	123
1. Inledning.....	18	5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet.....	126
Innehåll och disposition .....	18	Slutsatser .....	126
Referenser .....	21	Ekonomiskt utsatta barnfamiljer.....	126
2. Barns och ungas folkhälsa .....	24	Utestängning från bostadsmarknaden .....	131
Olika hälsoproblem från födsel till tonår .....	24	Familjerätt .....	133
Sociala skillnader i hälsa bland barn och unga .....	26	Familjerådgivning .....	137
Spädbarnsperioden .....	28	Barn som anhöriga .....	138
Barndom 1–14 år.....	36	Referenser .....	145
Åldern 15–29 år .....	43	6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd .....	150
Sexuell och reproduktiv hälsa .....	52	Slutsatser .....	150
Övervikt, mat och fysisk aktivitet bland barn		Neonatalvård.....	150
och ungdomar.....	53	Barnkardiologi.....	161
Psykisk ohälsa 15–29 år .....	54	Barncancer .....	166
Referenser .....	59	Diabetesvård .....	172
3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper .....	64	Allergirelaterade sjukdomar.....	175
Slutsatser .....	64	Behandling av barnfetma .....	179
Barn och unga som vårdas för psykisk ohälsa .....	65	Referenser .....	181
Barn och unga som är heldygnsplacerade .....	76	7. Hälsa- och sjukvård .....	186
Barn och unga med funktionsnedsättning.....	81	Slutsatser .....	186
Ekonomisk utsatthet och hemlöshet .....	87	Övergripande utveckling inom hälso- och	
Våldsutsatthet och övergrepp .....	89	sjukvården .....	187
Migrerande barn .....	96	Barnhälsovården.....	193
Referenser .....	102	Elevhälsa.....	200
		Vaccinationer .....	206

Ungdomsmottagningar.....	212	10. Slutsatser och bedömningar .....	288
Tandvård .....	222	Psykisk ohälsa .....	289
Referenser .....	228	Förbättringsarbetet kring placerade barn	
8. Läkemedel.....	234	måste fortsätta.....	290
Slutsatser .....	234	Tydlighet, öppenhet och fakta om vaccination .....	291
Barns läkemedelsanvändning i siffror .....	234	Patientfokuserad vård och självbestämmande .....	291
Utmaningar vid läkemedelsbehandling		Tillgänglig vård .....	293
av barn.....	241	Säker vård, trygg och säker socialtjänst .....	293
Vägar till säkrare läkemedelsanvändning		Kunskapsbaserad vård och socialtjänst .....	294
till barn.....	245	Jämlig vård.....	296
Antibiotikaförskrivning till barn .....	248	Helhetssyn, samordning och kontinuitet.....	297
Läkemedelsbehandling för adhd .....	252	Referenser .....	297
Vanligt med läkemedelsanvändning under		Bilaga 1. Författare .....	300
graviditet och amning .....	255	Kapitel .....	
Referenser .....	260	Författare.....	300
9. Barns fysiska miljö.....	264	Bilaga 2. Underlag och datakällor.....	304
Slutsatser .....	264	Underlag och metoder .....	304
Barn är en känslig grupp.....	265	Datakällor .....	304
Miljörelaterad sjuklighet hos barn .....	267		
Miljöfaktorer som kan påverka barns hälsa.....	268		
Referenser .....	283		

# Sammanfattning

Barns och ungas hälsa och sociala förhållanden i Sverige är goda, även jämfört med andra välfärdsländer. Detta gäller i synnerhet spädbarn och skolbarn. Exempelvis är barnadödligheten i dessa åldrar bland de absolut lägsta i världen. Barns och ungas fysiska miljö är god ur ett internationellt perspektiv, med låg förekomst av miljörelaterad sjuklighet, till exempel orsakad av luftföroreningar.

Sverige ligger dock inte lika mycket i framkant när det gäller de lite äldre barnen. Symtom på ett nedsatt psykiskt välbefinnande (ledsenhet, sömnsvårigheter, huvudvärk med mera) är vanligare bland svenska 15-åringar än i andra länder. Narkotikabruk är mindre vanligt bland svenska unga medan alkoholkonsumtionen är på en genomsnittlig europeisk nivå.

I vårt land har hälsoutvecklingen bland unga inte sett likadan ut som för andra åldersgrupper. Exempelvis har risken att avlida i åldersspannet 15–29 år varit oförändrad de sista 15 åren, när dödligheten har minskat i alla andra åldrar. Självmoden minskar inte bland ungdomar, vilket de gör för andra åldersgrupper. Dödligheten i olycksfall har också varit oförändrad, men minskat de allra senaste åren. Trots det är dödligheten hos unga bland de lägsta i Europa, men för ungdomsgruppen ligger flera länder bättre till.

Sverige – tillsammans med andra skandinaviska länder och Nederländerna – tillhör de länder där ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer är minst omfattande. Det är också mycket ovanligt

att svenska barn saknar grundläggande nödvändigheter som nya kläder, passande skor, tre mål mat om dagen, böcker eller leksaker med mera. Några förklaringar till detta är att svenska barnfamiljer ofta har två familjeförsörjare, att ensamstående föräldrar arbetar i högre grad och på transfereringar till stöd för barnfamiljer. Av betydelse är också att många välfärdstjänster är avgiftsfria för barn, som exempelvis sjukvård, tandvård, skola och skollunch.

## Sociala skillnader i hälsa bland barn

Redan under barndomen finns betydande sociala skillnader beträffande risken att drabbas av sjukdomar och död. Barn till mödrar som har grundskola som högsta utbildning löper exempelvis högre risk, än barn till mer välutbildade mödrar, att avlida vid förlossningen, drabbas av luftvägsbesvär och astma, råka ut för dödsolyckor i ungdomen, vårdas i psykiatrisk slutenvård för missbruk, depressioner, ångest, adhd och psykoser. Sociala skillnader i psykiatrisk vård bland ungdomar har ökat de senaste tjugo åren.

Hälso- och sjukvården har flera verksamheter (mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagningar) som regelbundet träffar flertalet barn och unga och är inriktade på att förebygga ohälsa. Dessa verksamheter har stor betydelse för att utjämna sociala skillnader i hälsa.

Men trots god regional täckning finns det ändå grupper som inte når i tillräckligt stor utsträckning. Exempelvis behöver barnhälsovården utveckla ytterligare insatser för att förebygga psykisk ohälsa bland barn i utsatta familjer. Samverkan kring utsatta barn och unga har fått allt större uppmärksamhet, och synen på stödet till denna grupp utgår alltmer från en helhetssyn. Ett exempel är att skolans och barnhälsovårdens ansvar, vid sidan av socialtjänstens, uppmärksammas allt oftare för barn och unga som är placerade i hem för vård eller boende (HVB) och familjehem.

## Spädbarn

### **Sjukvården räddar fler för tidigt födda men utmaningar finns för neonatalvården**

Sverige hör till de länder som har den lägsta spädbarnsdödligheten i världen, och den minskar alltjämt. Majoriteten av barnen som dör under första levnadsåret dör i anslutning till förlossningen eller under nyföddhetsperioden till följd av komplikationer som huvudsakligen drabbar för tidigt födda och barn med låg födelsevikt. Andelen för tidigt födda och andelen tillväxthämmade barn har inte förändrats nämnvärt, men fler överlever tack vare allt bättre sjukvård. Den andra huvudsakliga orsaken till att spädbarn dör är medfödda fosterskador och kromosomrubbingar och andelen har inte förändrats.

En förutsättning för en god tillgång till neonatal vård i hela landet är ett fungerande nätverk av transporter av nyfödda barn. Transporterna av dessa barn är komplicerade och riskfyllda och förutsättningarna för säkra transporter varierar över landet. Intensivvården av barn innebär också en hög risk för spridning av smitta, vilket är särskilt farligt bland barn som är mycket tidigt födda

eftersom de har ett outvecklat immunförsvar. Det är stora skillnader mellan landsting i hur vanligt det är med vårdrelaterade infektioner på neonatalavdelningarna. Det kan bero på skillnader i hygienrutiner, beläggningsgrad och lokalutrymme, samt hur svårt sjuka barnen är. Socialstyrelsens tillsyn från 2010 visar att bemanningen på neonatalavdelningarna ofta är för låg och att överbeläggningar är vanliga.

### **Goda levnadsvanor och levnadsförhållanden hos modern kan minska sociala skillnader i spädbarnsdödlighet**

Övervikt samt bruk av tobak, alkohol eller narkotika hos modern är förknippade med en högre risk för både dödföddhet och spädbarnsdödlighet. Av mödrar som har eftergymnasial utbildning röker tre procent under graviditeten, medan 15 procent röker bland gravida som har grundskola som högsta utbildning. Rökning och riskabla alkoholvanor är vanligare bland unga mödrar det vill säga under tjugo år. En anledning till detta är skillnader i utbildningsnivå. I genomsnitt får kvinnor som har en högre utbildning barn senare.

I mödrahälsovården, som praktiskt taget når alla blivande mödrar, ingår förutom övervakning av graviditetens framskridande, att upplysa och stödja föräldrar till hälsosamma levnadsvanor och även att upptäcka förekomst av våld, missbruk och psykisk ohälsa. Flertalet mödravårdscentraler frågar efter föräldrars tobaksvanor samt screenar för riskbruk av alkohol. De flesta mödrar slutar att röka eller dricka alkohol när de vet att de är gravida, det vill säga redan innan första besöket på mödravårdscentralen.

Det är inte lika utbrett att regelmässigt fråga om utsatthet för våld, eftersom det upplevs som känsligt, och därför att partnern ofta är med på



besöket på mödravårdscentralen. Det är däremot vanligt att barnavårdscentralerna screenar för att identifiera deprimerade mammor till nyfödda barn. Majoriteten av barnavårdscentralerna når dock endast svensktalande mödrar med det formulär som vanligen används.

### Barn 1–14 år

Barnaåren efter spädbarnsåret (1–14 år) är den period i livet där dödsriskerna är lägst, och barnadödligheten fortsätter att minska i dessa åldrar. Tumörsjukdomar och skador orsakar hälften av alla dödsfall i åldersgruppen. Även i åldern 1–14 år, har barn till mödrar med lägre utbildning en högre risk att avlida, än vad barn till välutbildade mödrar har.

### Överlevnad i barncancer förbättras inte längre

Ingen större förbättring av barns överlevnad i cancer har skett de senaste femton åren. Både andelen som insjuknar och som dör i cancer har varit rätt oförändrad sedan början av 1990-talet. Innan dess gjordes stora framsteg och fler barn överlevde, och lever idag med följderna av behandlingen. Sena effekter av cancersjukdom och dess behandling är vanliga. Det kan handla om framtida hjärnskador, infertilitet, ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar och återinsjuknande i cancer. Det finns stora skillnader i hur landstingen organiserar överföringen av patienterna från onkologisk barnsjukvård till vuxenvård. På några ställen i landet har särskilda mottagningar för fortsatt stöd under vuxenlivet. Barn med cancer kan behöva en individanpassad skolgång vilket många skolor inte lever upp till idag.

Brännskador av solen under barndomen kan resultera i malignt melanom i vuxen ålder. Malignt melanom har ökat stadigt i flera decennier till följd av ett ökat solande. Andelen barn som skyddas mot solen har dock ökat sedan 2003.

### Redan låg olycksfallsdödlighet bland barn fortsätter att minska

Barnadödligheten i skador fortsätter att minska, med undantag för 2004 när många barn omkom i tsunamin i Sydostasien. I Sverige har vi haft en lång tradition av olycksfallsförebyggande arbete bland barn. Barnadödlighet till följd av skador är exceptionellt låg i vårt land, särskilt bland pojkar, men nu har även Norge, Finland och Danmark en lika låg barnadödlighet i skador. Dödligheten till följd av skador är inte heller högre bland pojkar än bland flickor i något av de nordiska länderna.

### Färre får antibiotika

Infektioner är den vanligaste orsaken till sjukdom hos barn och då handlar det oftast om övergående förkylningar, öroninflammationer och mag- och tarminfektioner. Under 1990-talet och fram till 2004 minskade antibiotikaförskrivningen till barn i förskoleåldern. Tilltagande antibiotikaresistens och en medveten information till både läkare och föräldrar att inte i onödan behandla infektioner med antibiotika anses ha legat bakom denna minskning. Mellan 2004 och 2008 skedde ingen ytterligare minskning men därefter har antibiotikaförskrivningen minskat. Likaså har det skett en förskjutning mot förskrivning av smalspektrumpenicillin<sup>1</sup> (PcV), vilket är en önskvärd utveckling eftersom det bidrar till att minska ris-

<sup>1</sup> Smalspektrumpenicillin är det penicillin som rekommenderas vid luftvägsinfektioner hos barn.

ken för antibiotikaresistens. Förskrivningen av antibiotika till barn och unga minskar i alla grupper, oavsett moderns utbildningsnivå.

### **Föräldrars rökning – en orsak till astma bland barn**

Astma, allergisnuva och eksem är vanliga kroniska sjukdomar som ofta debuterar i barnaåren. Astma har ökat bland 4- och 12-åringar och allergisnuva, födoämnes- och nickelallergi har blivit vanligare bland 12-åringar. Astma är vanligare bland barn till föräldrar med lägre utbildningsnivå. En anledning till detta kan vara att lågutbildade röker mer. Tobaksrök förvärrar inte bara symtomen vid lufttrörsbesvär utan är dessutom en orsak till att astma uppkommer. Även andra miljöfaktorer som luftföroreningar, fukt och mögel har kopplats till uppkomst av astma.

Astma och allergier är en av de allra vanligaste orsakerna till besök hos barnläkare i öppenvård. Men de flesta barn med astma och allergi behandlas i primärvården. Alla allmänläkare bör därför ha goda grundkunskaper om evidensbaserat omhändertagande av patienter med astma och allergi. Barnallergologer behandlar barn med komplicerade och svåra besvär.

### **Buller i skolan blir vanligare**

Barn kommer i kontakt med kemiska, fysikaliska och biologiska miljöfaktorer varje dag. Det kan exempelvis vara genom livsmedel, luft, olika material och produkter. Barn är särskilt känsliga för miljöpåverkan eftersom kroppen är extra känslig för skador när den växer och utvecklas. Dessutom har barn i regel en högre exponering i relation till kroppsvikten.

Andelen barn som besväras av ljud från andra barn i skolmiljön har ökat sedan 2003. Buller

under lektionerna kan ha effekter på inläringen genom att bland annat försvåra talförståelse, och buller på rasterna kan leda till otillräcklig återhämtning.

### **Diabetes ökar inte och blodsockerkontrollen har förbättrats**

Svenska barn och ungdomar med diabetes har i stort sett alltid typ 1-diabetes, som orsakas av en immunologisk reaktion mot de insulinproducerande cellerna. Sverige har efter Finland världens högsta insjuknandefrekvens av typ 1-diabetes bland barn i världen. Orsakerna till varför det är så vanligt i vårt land är inte kända. Insjuknandet i typ 1-diabetes har under åtminstone de senaste tjugoåren tenderat att ske i allt yngre åldrar, utan att för den skull det totala antalet som får typ 1-diabetes ökar. Diabetesinsjuknandet har nämligen samtidigt minskat i tjuugoårsåldern. Av oklar anledning är andelen barn med insulinbehandlad diabetes högst bland mödrar med gymnasial utbildning som sin högsta uppnådda utbildning.

Följsamheten till det nationella vårdprogrammet för barn- och ungdomsdiabetes har förbättrats de senaste åren. Medelblodsockervärdet för barn och unga med diabetes minskar, vilket är positivt eftersom ett lågt värde minskar risken för komplikationer.

### **En allt bättre tandhälsa men betydande sociala skillnader**

Tandhälsan fortsätter att förbättras bland barn och unga och allt fler är kariesfria. Det finns dock stora skillnader i tandhälsa mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund. Hög kariesförekomst finns hos barn till mödrar som har låg utbildning, är ensamstående, är unga eller har ekonomiskt bi-

stånd. Barn till föräldrar som invandrat från länder utanför Norden har en fördubblad risk att få karies. Ju sämre tandhälsa barnens mödrar har, desto mer omfattande kariesangrepp har barnen. Det är vanligare att barn till samtliga dessa riskgrupper uteblir från tandvårdsbesök.

Tandvården får högt betyg vad gäller bemötandet av barn och unga, och många tycker att de blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Det pågår för närvarande många satsningar på att öka besöksfrekvensen för vissa grupper. Det finns dock ytterligare behov av åtgärder som är direkt riktade till barn till invandrade föräldrar, främst från länder utanför Norden och Västeuropa. Det behövs även riktade åtgärder till barn vars föräldrar har dålig tandhälsa samt till barn vars föräldrar är unga och själva inte besöker tandvården. Barn och unga med funktionsnedsättning drabbas ofta av munhälsoproblem som kräver särskilda åtgärder.

### **Stor ökning av barn och unga inom psykiatriska öppenvården**

Andelen barn som söker psykiatrisk öppenvård ökar, och det gäller för flera typer av besvär. Allra mest ökar andelen barn som söker för utredning av adhd. Fler pojkar än flickor har kontakt med den psykiatriska öppenvården. Långvariga kontakter förekommer vid ätstörningsproblematik, självskadebeteende eller trauman efter övergrepp. Barn och unga med adhd behöver också ofta ha kontakt med barn- och ungdomspsykiatri över en längre tid.

Andelen barn som får diagnosen adhd har ökat kraftigt. Det innebär att många fler får hjälp som de inte fick tidigare. Det är angeläget att vården diagnostiserar och behandlar adhd för att barnen ska kunna fungera tillfredställande socialt, i skolan och på arbetet framöver. Läkemedelsbehand-

ling mot adhd har ökat kraftigt bland barn och unga. Det är inte känt hur centralstimulerande läkemedel verkar på lång sikt och vilka biverkningar det kan ge. Läkemedelsverket rekommenderar därför att årligen ompröva läkemedelsbehandlingen, vilket inte är praxis inom vården.

### **Önskvärt med bättre kvalitet i ungdomspsykiatriska vården**

Kvaliteten inom barn- och ungdomspsykiatri är skiftande. Iakttagelser från den nationella tillsynen har visat på stora brister gällande tillgång på läkare, endast 40 procent av enheterna hade utsett en patientansvarig läkare. I nära hälften av journalerna från öppenvården saknades psykiatrisk diagnos. Behovet av slutna psykiatrisk vård för vissa grupper av barn och unga var inte tillgodosett.

En stor del av de nationella utvecklingsinsatserna inom barn- och ungdomspsykiatri har handlat om att öka tillgängligheten till verksamheten. Satsningen har stimulerat till förbättringsarbeten och bidragit till verksamhetsutveckling. Samtidigt är flera landsting kritiska till satsningens fokus på tillgänglighet, som de ser som en ensidig betoning på kvantitet snarare än kvalitet. Satsningen tycks inte heller ha lett till fler landstingsövergripande strategier eller handlingsprogram för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.

### **Tydligare ansvarsstruktur och effektivare samverkan behövs för barn med psykisk ohälsa**

Många föräldrar eller vårdnadshavare till barn och unga med tecken på psykisk ohälsa vet inte vart de kan vända sig för att få stöd. Det pågår flera initiativ för att åstadkomma en organisation där det blir

tydligt vem som har ansvar för vad. En ambition hos huvudmännen har varit att öka tillgången till tidigt stöd från den så kallade första linjens vård, det vill säga primärvård, elevhälsa och ungdomsmottagningar och koncentrera barn- och ungdomspsykiatrins resurser på de barn och unga som har störst behov av specialiserade insatser.

Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar är ibland kopplad till andra problem hos barnet eller i familjen vilket kräver ett samarbete mellan hälso- och sjukvården och till exempel skolan, socialtjänsten och polisen. När samverkan fungerar bra kring barn som far illa har det visat sig ge goda resultat såsom minskad skolfrånvaro, minskat missbruk och fler familjer som söker stöd hos socialtjänsten. På flera håll arbetar huvudmännen med att förbättra samverkan genom att upprätta samarbetsavtal mellan verksamheter eller läns-täckande styrdokument. Endast ett fåtal huvudmän har dock tagit fram en landstingsövergripande strategi eller handlingsprogram för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.

## Ungdomar 15–29 år

### **Oförändrad dödsrisk bland ungdomar de senaste 15 åren**

Risken att avlida under ungdomsåren, 15–29 år är betydligt högre än under barndomen. Dödsrisken bland pojkar stiger snabbt mellan 15 och 20-årsåldern och könsskillnaden blir påtaglig. Dödsfall till följd av självmord och olyckor står tillsammans för 70 procent av dödligheten bland män och för drygt hälften bland kvinnor. Dödligheten i åldern 15–29 år är lägre i Sverige än i Norge och Finland. Det beror på en lägre risk att dö i olycksfall och självmord. Att dö av andra dödsorsaker är däremot ungefär lika vanligt.

Unga män och kvinnor, 15–29 år, vars mödrar

har enbart grundskoleutbildning har en betydligt högre risk att avlida, än unga vars mödrar har en eftergymnasial utbildning. Den högre dödsrisken beror framför allt på att det är vanligare att dö i självmord, trafikolyckor och andra olyckor.

Risken att avlida i åldern 15–29 år, till skillnad mot alla andra åldersgrupper, varit i stort sätt oförändrad i drygt ett decennium. Det gäller för unga med såväl hög- som lågutbildade mödrar.

### **Färre röker och dricker sig berusade, men fler använder narkotika**

Rökning har allt sedan början av 1980-talet varit vanligare bland flickor än bland pojkar i årskurs 9 och även i åldersgruppen 16–24 år. Bland niondeklassare minskade rökningen kontinuerligt fram till 2005/2006. Därefter ökade andelen rökare bland både flickor och pojkar fram till 2009/2010. Under 2011 minskade åter andelen rökare. Allt färre skolungdomar snusar, och snusning är betydligt vanligare bland pojkar än bland flickor.

Åldersgruppen 20–24 år är den ålder som har den högsta genomsnittliga alkoholkonsumtionen bland både kvinnor och män. Att ha ett riskabelt dryckesmönster och att dricka stora mängder vid samma tillfälle är också vanligast bland unga. Alkoholkonsumtionen bland elever i årskurs nio ökade också under 1990-talet. Under hela 2000-talet har alkoholkonsumtionen minskat bland elever i årskurs 9, och är nu tillbaka på samma nivå som i början av 1990-talet. Förutom minskande genomsnittlig alkoholkonsumtion, är det allt fler unga som avstår helt från alkohol och allt färre som dricker sig berusade. Narkotikadödligheten har till skillnad mot alkoholdödligheten ökat kraftigt sedan 1970-talet, och trots de senaste årens minskning bland män, är dödligheten på en betydligt högre nivå än på 1970-talet. Till skillnad mot användningen av alkohol har an-

vändningen av narkotika inte visat någon minskning under 2000-talet bland elever i årskurs 9 och gymnasiet. När det gäller pågående bruk ”använt senaste månaden” har andelen mellan 2006–2011 fördubblats bland pojkar i årskurs 2 i gymnasiet, från 3 procent till 6 procent.

### Sexuell och reproduktiv hälsa

Den mest förekommande sexuellt överförda infektionen, klamydia, är vanligast i åldersgruppen 15–19 år. Andelen smittade ökade kraftigt från början av 1990-talet fram till för några år sedan. Att *inte* använda kondom blev allt vanligare under 1990-talet fram till 2007. Kondomanvändningen har under de senaste åren legat på oförändrad nivå. Genomsnittsåldern för mödrar vid första barnets födelse ökade under flera decennier, men ökar inte sedan 2004. Att föda barn i tonåren är ovanligt i Sverige och flertalet som blir gravida under tonåren väljer att genomgå abort. Aborter bland tonåringar är vanligare i Sverige än i Norge, Danmark och Finland. Andelen aborter bland tonåringar svänger kraftigt, men ligger på runt samma nivå sedan slutet av 1970-talet. Av okänd anledning samvarierar aborter med födelsetalet i befolkningen.

### Ungdomsmottagningarna är en viktig aktör vid psykisk ohälsa

Under de senaste decennierna har antalet ungdomsmottagningar ökat, och i de allra flesta kommuner finns i dag en ungdomsmottagning. Så gott som alla ungdomsmottagningar kan förutom rådgivning om födelsekontroll även förskriva preventivmedel, erbjuda kondomer, akuta p-piller och graviditetstest. Flertalet mottagningar erbjuder provtagning av sexuellt överförbara sjukdomar och smittspårar. Endast ett fåtal ungdomsmottagningar erbjuder vaccin mot hepatit B, vil-

ket enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör erbjudas till män som har sex med män.

Ungdomsmottagningarna har goda möjligheter att tidigt upptäcka psykisk ohälsa. Så gott som alla mottagningar erbjuder någon typ av samtalsstöd och drygt hälften av mottagningarna har gruppverksamhet för till exempel unga med utländsk bakgrund, intellektuell funktionsnedsättning eller dålig självkänsla.

Uppsökande och utåtriktat arbete är en viktig del av ungdomsmottagningarnas verksamhet. Nästan alla mottagningarna får besök av skolklasser med elever från högstadiet eller gymnasiet. Personalen på omkring hälften av mottagningarna träffar elever på särskolan och knappt en tredjedel besöker ensamkommande flyktingar. De besöker i lägre utsträckning studenter som deltar i svenska för invandrare (SFI) och högskolan, elever på mellanstadiet och unga placerade på HVB eller institutioner som drivs av Statens Institutionsstyrelsen.

### Försämringen av ungdomars psykiska hälsa visar tecken på en vändning

Den oroande utvecklingen av ungdomars psykiska hälsa sedan början av 1990-talet visar tecken på en vändning. Under hela 1990-talet ökade andelen unga som i frågeundersökningar uppgav symtom på ett nedsatt psykiskt välbefinnande, en ökning som var större än för andra åldrar. Andelen som uppgav att de led av ängslan, oro eller ångest, tredubblades mellan 1989 och 2005 i åldersgruppen 16–24 år. Även ständig trötthet, sömnproblem och svår värk i nacke och skuldror hade ökat. Denna ökning sågs bland ungdomar oavsett familjeförhållanden, arbetsmarknadsstatus, föräldrars socioekonomiska situation med mera. Nu visar flera undersökningar att ökningen av självupplevda psykiska besvär avstannat eller minskat bland

unga de senaste åren. Utvecklingen tycks även ha vänt när det gäller självskadebeteende.

Vård för psykiatriska diagnoser uppvisar ingen minskande trend, med undantag för självskadebeteende. Allt sedan 1990-talet ökar andelen vårdade ungdomar stadigt för diagnoserna missbruk, ångest, depressioner, bipolär sjukdom, autism och adhd. Vård för psykosor har däremot inte ökat och vård för ätstörningar har minskat de senaste åren.

## Utsatta barn

### Barn placerade i HVB och familjehem faller utanför reguljära hälsokontroller

De placerade barnens rättigheter har under senare år varit i fokus och åtgärder har vidtagits för att bland annat förbättra barns och ungas situation. Barnens och de ungas rättssäkerhet vid de särskilda ungdomshemmen har förbättrats, när det gäller hanteringen av de särskilda befogenheterna (till exempel avskiljning, visitationer och drogtester). Fortfarande förekommer ibland otillåtna skydds- och begränsningsåtgärder på HVB. Det har handlat om generella förbud mot att ha mobiltelefoner, urinprovstagningar, avskiljning med mera.

Placerade barn och unga har visat sig ha sämre hälsa än andra barn. Det är exempelvis vanligare att barn och unga som är placerade i HVB eller familjehem vårdas för självskadebeteende och behandlas med psykofarmaka. För barn som är placerade i HVB och behandlas med psykofarmaka, saknas det oftare en psykiatrisk diagnos. Dödligheten är dessutom högre bland barn och unga som har varit placerade.

För placerade ungdomar finns särskilda skäl till att uppmärksamma den sexuella hälsan. Det har visat sig att placerade unga skyddar sig i lägre utsträckning mot oönskad graviditet, sexuellt

överförbara infektioner och hiv än andra unga och gör sin sexdebut betydligt tidigare.

### Barn med kronisk sjukdom

Kronisk sjukdom, med varierande grad av fysisk funktionsnedsättning, under uppväxten innebär ofta extra påfrestning under en period i livet då den psykiska, fysiska och sociala utvecklingen är som mest intensiv. Sjukhusvistelser, medicinska behandlingar och olika hälsoproblem medför ofta att barnen periodvis måste vara borta från skola och vänner. Trots det går nästan alla ut grundskolan med fullständiga betyg och fullföljer sedan en gymnasieutbildning. De flyttar hemifrån i ungefär samma takt som andra jämnåriga och får så småningom barn och etablerar sig på arbetsmarknaden.

Det finns dock barn och ungdomar med kroniska sjukdomar som har större svårigheter än andra. Ryggmärgsskadade är en grupp som har särskilt svag förankring på arbetsmarknaden. Men det är inte bara förekomsten av funktionsnedsättning eller sjukdom som avgör hur den framtida hälsan och sociala situationen ser ut. Det är exempelvis vanligare bland unga med kroniska fysiska sjukdomar att få en psykiatrisk diagnos om de vuxit upp i arbetarhem, hade föräldrar som var ensamstående eller saknade förvärvsarbete, eller om de har utländsk bakgrund.

### Ekonomiskt utsatta barn

De flesta barnfamiljer har fått det bättre ekonomiskt de senaste tjugo åren. Däremot har inkomstskillnaderna ökat markant mellan olika barnfamiljer sedan början på 2000-talet. Barnfamiljer i mer utsatt situation, har visserligen inte fått det sämre, men halkar efter alltmer. Uppskattningar av hur många barn som är eko-

nomiskt utsatta varierar kraftigt beroende på vilken definition som används. Mellan 5 och 10 procent eller cirka 100 000 till 200 000 barn har en ekonomisk situation som är märkbart sämre än andra barns, men i denna grupp har en stor majoritet eget rum och ägodelar som till exempel dator och mobiltelefon. Ungefär 1–1,5 procent eller cirka 25 000 barn saknar mer basala nödvändigheter, som näringsrik mat, internetanslutning, och fritidsutrustning. Barn till ensamstående och till utrikes födda lever mycket oftare i ekonomiskt utsatta familjer än andra barn. Ekonomisk utsatthet har blivit allt mer koncentrerad till familjer där det inte finns någon förvärvsarbete förälder.

### **Barn till sjuka eller missbrukande föräldrar behöver uppmärksammas mer**

Barn vars föräldrar har allvarliga problem (fysiska, psykiska eller sociala) är särskilt sårbara. Verksamheter som kommer i kontakt med vuxna behöver i högre grad uppmärksamma hur de vuxnas situation påverkar barnen och ha en handlingsberedskap för hur man ska tillmötesgå barnens behov. Några exempel på allvarliga problem hos föräldern/föräldrarna är missbruk och psykisk sjukdom.

Ett gott omhändertagande kan mildra konsekvenserna för barn till föräldrar med allvarliga problem. Det handlar om att skapa trygghet och begriplighet för barn, när situationer uppstår som väcker oro och kan vara svåra att förstå. Genom adekvat information, öppen kommunikation i familjen och att barnen kan dela erfarenheter med andra i liknande situationer, kan vården och omsorgen stödja barnen att hantera situationen. Sedan 2011 pågår en nationell satsning för att

stödet till dessa barn ska bli mer ändamålsenligt och bättre samordnat mellan olika aktörer. Satsningen gäller barn och unga i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, och när en förälder oväntat avlider eller där det förekommer våld.

### **Hjälp till våldsutsatta barn behöver bli bättre**

Antalet vålds- och sexualbrott mot barn som anmälts till polisen har ökat under en längre tid, ökningen tycks dock ha mattats av under den senare delen av 2000-talet. Förklaringen kan vara den ökande benägenheten att anmäla våld mot barn till polisen, eftersom föräldrars våld mot barn samtidigt har minskat sedan våld i uppfostrings-syfte kriminaliserades 1979.

När barn i förskoleåldern blir utsatta för miss-handel är det oftast en vårdnadshavare som utövat våldet. Det våld som äldre barn, 7–14 år, utsätts för sker i första hand mellan jämnåriga. Dödligt våld mot barn har också minskat under en längre tid. Våldsutsatthet är oftast ingen engångshändelse. Barn som varit utsatta för våld vid upprepade tillfällen har sämre psykisk hälsa som vuxna. Omkring var femte våldsutsatt barn hade fått professionell hjälp, främst av kurator i skolan och av psykiatri.

Förbättrat omhändertagande av våldsutsatta barn behövs dock på flera områden. Hälso- och sjukvården brister i anmälningsskyldighet till socialnämnden och den lagstadgade skyldigheten för socialtjänst, hälso- och sjukvård, polis och skola att samverka fungerar inte tillfredsställande. Det krävs dessutom mer kunskap om vilka metoder och arbetssätt som är effektiva.





Inledning **1.**

# Inledning

I denna rapport ger Socialstyrelsen en samlad bild av välfärden hos barn och unga, med fokus på myndighetens ansvarsområden. I rapporten belyser myndigheten såväl hälsa som sociala förhållanden samt verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den innehåller både beskrivningar och analyser av utvecklingen över tid. Socialstyrelsen uppmärksammar även framtida utmaningar och strategier.

Rapporten utgör ett underlag för beslutsfattare och vänder sig även till tjänstemän och praktiker i kommuner, landsting, myndigheter och organisationer. Socialstyrelsens ambition är att den också ska utgöra ett kunskapsunderlag för till exempel forskare.

Socialstyrelsen har sedan 1980-talet publicerat omfattande rapporter inom flera olika områden: folkhälsa, sociala förhållanden, miljöhälsa, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Myndigheten har dock haft som ambition att integrera dessa områden, och från och med 2013 utgår rapporteringen i stället från olika åldersgrupper. Först ut är åldersgruppen barn och unga. Denna rapport ersätter de tidigare rapporterna *Folkhälsorapport*, *Miljöhälsorapport*, *Social rapport*, *Hälso- och sjukvårdsrapport* och *Socialtjänsten i Sverige* [1, 2, 3, 4, 5].

## Innehåll och disposition

Rapporten inleds med en sammanfattning, där de viktigaste resultaten presenteras. Därefter följer tio kapitel:

- Kapitel 1: Inledning
- Kapitel 2: Barns och ungas folkhälsa
- Kapitel 3: Vård och stöd till vissa utsatta grupper
- Kapitel 4: Social barn- och ungdomsvård
- Kapitel 5: Barnfamiljer som riskerar utsatthet
- Kapitel 6: Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd
- Kapitel 7: Hälso- och sjukvård
- Kapitel 8: Läkemedel
- Kapitel 9: Barns fysiska miljö
- Kapitel 10: Slutsatser och bedömningar.

I *kapitel 1* presenterar Socialstyrelsen några utgångspunkter för rapporten, bland annat uppdragets innehåll. I kapitlet ger vi en översiktlig beskrivning av rapportens innehåll, samt förklarar återkommande begrepp och termer.

I *kapitel 2* beskrivs hälsan bland barn och unga, från spädbarnsåret upp till 29 års ålder. Kapitlet uppmärksammar betydande sociala skillnader i hälsa bland barn och unga, utifrån mödrarnas utbildningsnivå.

*Kapitel 3* innehåller fördjupningar om vård och stöd till vissa grupper av barn och unga, till exempel barn och unga med psykisk ohälsa. Gemensamt för grupperna är att de riskerar någon form av utsatthet och att de ofta är i behov av samordnat stöd.

*Kapitel 4* innehåller beskrivningar och analyser av den sociala barn- och ungdomsvården, dels myndighetsutövningen, dels de individuella stöden. Fokus ligger bland annat på att beskriva resultaten från de senaste årens arbete med att förbättra kvaliteten inom verksamheter för heldygnsplaceringar.

I *kapitel 5* utgår Socialstyrelsen från ett familjeperspektiv, och inledningsvis diskuteras ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer. Därefter beskrivs utvecklingen inom familjerätten och familjerådgivningen. I kapitlet redogör Socialstyrelsen även för barn som anhöriga i familjer som riskerar utsatthet, och vilket stöd som dessa barn behöver.

*Kapitel 6* innehåller fördjupningar av några sjukdomar och tillstånd, både vad gäller förekomst och vård. Kapitlet innehåller fördjupningar om medfödda hjärtsjukdomar (barnkardiologi), barncancer, astma- och allergisjukdomar, barnfetma, diabetes, samt om barn som föds för tidigt (neonatalvård). Socialstyrelsen för även resonemang om vårdens resultat och hur det går för vissa av dessa patientgrupper.

I *kapitel 7* redogör Socialstyrelsen för hälso- och sjukvård, och visst psykosocialt stöd. Kapitlet ger en samlad bild av den vård som riktar sig till alla barn och unga. Kapitlet inleds med ett övergripande avsnitt om utvecklingen inom primärvården och den specialiserade sjukvården. De verksamheter som därefter berörs är barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagningar och tandvård. Ett särskilt avsnitt ägnas åt vaccinationsprogrammet, som ingår i både barnhälsovården och elevhälsan.

I *kapitel 8* belyser Socialstyrelsen läkemedelsfrågor. Här redogör Socialstyrelsen för de ut-

maningar som är förknippade med att behandla barn och unga med läkemedel, bland annat ur ett patientsäkerhetsperspektiv. I kapitlet presenteras även trender för förskrivna läkemedel. Dessutom ingår fördjupade analyser av förskrivningen av antibiotika och centralstimulerande läkemedel mot adhd. Kapitlet avslutas med en fördjupning av läkemedelsbehandling under graviditet och vid amning.

I *kapitel 9* belyser Socialstyrelsen hälsan ur ett miljöperspektiv. Fokus ligger bland annat på buller, och andra miljöfaktorer som påverkar barns och ungas hälsa, som exempelvis luftföroreningar, kemikalier och uv-strålning.

I *kapitel 10* presenterar Socialstyrelsen övergripande bedömningar om barns och ungas hälsa, vård och omsorg, och förutsättningarna för god hälsa, vård och omsorg. I kapitlet ägnas särskild uppmärksamhet åt psykisk ohälsa bland barn och unga, samt barn och unga som är placerade inom heldygnsvården.

### Ordlista

I rapporten förekommer en del termer och begrepp och många av dessa förekommer endast i enstaka kapitel, och i de fallen ges en förklaring där. Andra termer och begrepp återkommer i flera kapitel, och deras betydelse förklaras därför samlat nedan.

- **Epidemiologiska studier** undersöker sjukdomars utbredning, orsaker och förlopp.
- **Evidens** är empiriskt insamlade belegg för eller emot ett antagande. Empiri kan antingen syfta på vetenskapliga belegg eller beprövad erfarenhet.

## 1. Inledning

---

- **Evidensbaserad praktik** innebär att medvetet och systematiskt använda den bästa tillgängliga kunskapen när man beslutar om insatser till enskilda personer. Besluten ska även fattas utifrån den professionelles expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.
- **Första linjens hälso- och sjukvård** används som ett samlingsbegrepp för de verksamheter som medborgare i första hand vänder sig till. Det kan till exempel handla om barnhälsovården eller vårdcentraler.
- **Heldygnsplacering** är vård där barnet eller den unge är placerad i familjehem, hem för vård eller boende (HVB), jourhem eller nätverkshem. Här ingår även institutioner som drivs av Statens Institutionsstyrelse (SiS).
- **Incidens** är ett mått på antalet personer som insjuknar i en viss sjukdom under en viss tid. Anges i personer per tidsenhet (till exempel 30 personer/år).
- **Nationell tillsyn** används som ett samlat begrepp för tillsynen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den kan även innefatta statlig tillsyn av andra sektorer, till exempel elevhälsa. Socialstyrelsen ansvarar för tillsynen fram till den 1 juni 2013, då ansvaret överförs till den nybildade Inspektionen för vård och omsorg.
- **Prevalens** är ett mått som beskriver andel individer i en befolkning som har en viss sjukdom vid en bestämd tidpunkt.
- **Psykofarmaka** är ett samlingsnamn för läkemedel som ges vid psykiska sjukdomar, till

exempel antipsykotika, antidepressiva och ångestdämpande läkemedel.

- **Slutenvård** är vård där patienten är inskriven på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning.
- **Socioekonomiska grupper** är en indelning av befolkningen utifrån inkomst- eller utbildningsnivå.
- **Öppenvård** är ett samlingsnamn för sådan behandling, terapi och hälso- och sjukvård som ges till patienter eller klienter som inte är inlagda på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning. Här används också öppenvård som en benämning på vissa av socialtjänstens insatser till barn och unga.

### Avgrensningar

De övre åldersgränserna varierar i denna rapport. Barn blir juridiskt vuxna vid 18 års ålder, men i flera fall finns det regelverk som utgår från andra åldersgränser. Vissa verksamheter omfattar därför barn och unga som är äldre än 18 år. Den övre åldersgränsen inom tandvård är till exempel 19 år och den administrativa åldersgränsen för visst stöd till barn och unga med funktionsnedsättning är 22 år.

### Innehållet i Folkhälsoinstitutets rapportering

Statens Folkhälsoinstitut (FHI) har haft ett parallellt uppdrag, och i deras rapport *Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder*, redovisar FHI utvecklingen och genomförda åtgärder under perioden 2006–2011, inom följande folkhälsopolitiska målområden:

- delaktighet och inflytande i samhället
- ekonomiska och sociala förutsättningar
- barns och ungas uppväxtvillkor
- sexualitet och reproduktiv hälsa
- fysisk aktivitet
- matvanor och livsmedel
- alkohol
- tobak
- narkotika och dopning
- spel.

### Referenser

1. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
2. Miljöhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2010.
3. Social rapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
4. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
5. Socialtjänsten i Sverige – En översikt 2003. Socialstyrelsen; 2003.



Barns och ungas folkhälsa

2.

# Barns och ungas folkhälsa

Att unga individer uppnår bästa möjliga hälsa är särskilt angeläget av flera anledningar. Ett nedsatt hälsotillstånd redan i livets början kan få betydelse för individens hela framtid. En annan anledning är att många levnadsvanor som har betydelse för hälsan, grundläggs i barn- och ungdomsåren. Hälsorisker tidigt i livet, till och med redan i fosterlivet, kan påverka hälsan långt fram i livet. Framtida folkhälsoutvecklingen är således i hög grad beroende av att barn och unga tillförsäkras en god hälsa, goda levnadsvanor och levnadsförhållanden.

Barn- och ungdomstiden ska emellertid inte ses som en transportsträcka till vuxenlivet. Enligt FN:s konvention om barns rättigheter som nästan alla länder inklusive Sverige har ratificerat, har barn rätt till goda uppväxtvillkor där det bland annat ingår rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Eftersom barn och unga är beroende av skydd och omsorg av vuxna, ställer det särskilda krav på hänsyn till barns och ungas behov.

## Olika hälsoproblem från födsel till tonår

Barns och ungas hälsoproblem skiljer sig mycket beroende på ålder. Spädbarnsåren har alltid varit, och är alltjämt, den mest utsatta perioden i barn- och ungdomsåren, vilket illustreras av figuren nedan som visar dödligheten i olika åldersgrupper (figur 2:1).

Risken att avlida under första levnadsåret är således betydande jämfört med barn- och ungdomsåren i övrigt. Lägst är dödsrisken under barnaåren (efter spädbarnsåret) fram till tonåren. Spädbarnsdödligheten är något högre bland pojkar, men under resterande barndom fram till tonåren finns ingen systematisk könsskillnad. Därremot från sena tonår och framåt, är dödsrisken mycket högre bland pojkar/män än bland flickor/kvinnor.

Skador är en vanlig dödsorsak bland barn och unga. För att ge ett ytterligare exempel på att hälsorisker skiljer sig beroende på barnens ålder, visas i figur 2:2 anledningen till sjukhusvård för olycksfall. Cykelolyckor når sin topp vid 13-års åldern, moped/motorcykel i 15-års åldern och personbilsolyckor i 19-års åldern.

Åldersrelaterade skillnader i sjukdomspanoramata avspeglar barns och ungas biologiska och sociala utveckling. Men det betyder inte att ohälsomönstret inte är påverkbart. Exempelvis har pojkar/män nästan överallt i världen en högre risk att avlida i skador, och så är det även i Sverige från tonåren och uppåt. Men i vårt land har vi tack vare ett systematiskt olycksfallsförebyggande arbete minskat dödsolyckor bland barn, framförallt bland pojkar till den grad att det inte längre finns könsskillnader i dödlighet bland barn.

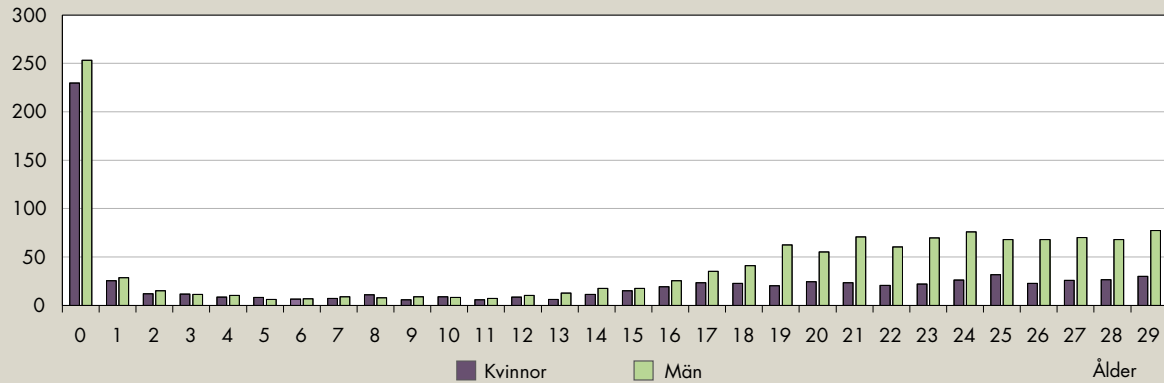
Eftersom ungas hälsa skiljer sig mellan olika åldrar, utgår beskrivningen av hälsan i detta kapitel från ett åldersperspektiv. Avsikten är att ge en samlad bild av de viktigaste hälsoproblemen



**Figur 2:1. Dödlighet i olika åldrar i åldersspannet 0–29 år**

Antal döda per 100 000, pojkar och flickor, 0–29 år. Genomsnitt för åren 2007–2011.

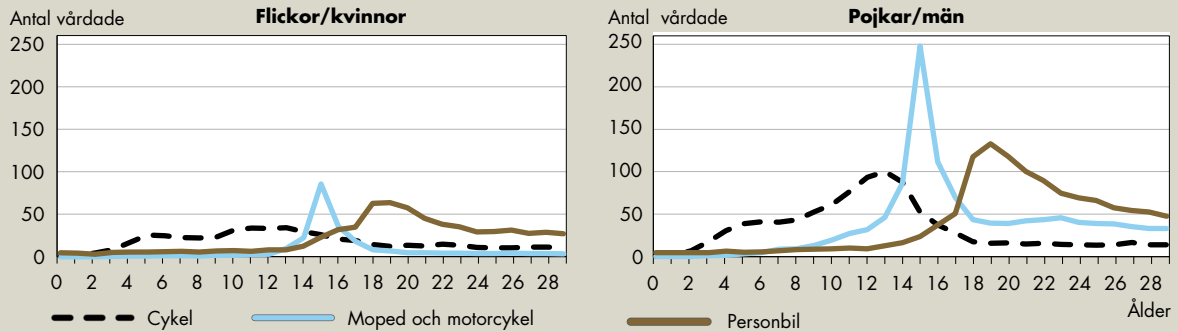
Döda per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 2:2. Vårdad på sjukhus för cykel-, moped/motorcykel- eller personbilsolyckor, i olika åldrar i åldersspannet 1–29 år**

Antal flickor/kvinnor och pojkar/män i åldrarna 1–29 år som vårdats någon gång för skador i samband med trafikolyckor, uppdelat på fordonslag. Genomsnitt per år under perioden 2000–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

som kan drabba barn och unga under uppväxten, från spädbarnstiden till 20-årsåldern. Alternativet vore att istället strukturera redogörelsen med sjukdomar som utgångspunkt, men man förlorar då den samlade bilden av barns hälsa.

Det är långt ifrån en fullständig bild av alla sjukdomar som barn kan drabbas av, som diskuteras i detta kapitel. Tonvikten har lagts på orsaker till dödsfall, kroniska sjukdomar samt vanliga sjukdomar och symtom.

Avsnittet om spädbarn handlar framförallt om spädbarnsdödlighet och dess orsaker. Dessutom diskuteras infektionssjukdomar, amning och glutenintolerans. I åldern 1–14 år beskrivs cancer och olycksfall eftersom de är de vanligaste dödsorsakerna i åldersgruppen, samt diabetes och allergier som är de vanligaste kroniska sjukdomarna, och infektionssjukdomar som är en stor del av vardagssjukligheten i åldersgruppen. Barns psykiska hälsa avslutar beskrivningen av hälsan i åldersgruppen 1–14 år.

I åldern 15–29 år är förutom olycksfall och cancer, även självmord en vanlig dödsorsak. I avsnittet om ungdomars hälsa läggs tonvikten på den psykiska hälsan samt på dödlighet till följd av skador. Sexuell och reproduktiv hälsa berörs också eftersom det är i denna ålder som sexuellt överförbara infektioner är vanligast. Dessutom har hälften av alla kvinnor som får barn, fött sitt första barn före 29 års ålder. Övervikt samt mat och motionsvanor tas upp i detta avsnitt, likaså skadliga levnadsvanor som bruket av tobak, alkohol och narkotika eftersom de oftast etableras redan i tonåren.

Barns respektive ungdomars hälsa beskrevs ingående i var sitt kapitel i Socialstyrelsens ”Folkhälsorapport 2009”. Ytterligare en folkhälsorapport har publicerats sedan dess, ”Health in Sweden, The National Health Report 2012”. Denna rapport som ges ut på engelska är en uppdatering

av Folkhälsorapport 2009. För en mer fullständig och detaljerad beskrivning av hälsan bland barn och ungdomar hänvisas till kapitlen ”Barns hälsa” respektive ”Ungdomars hälsa” i dessa bägge rapporter [1-4]. I detta kapitel refereras till figurer och tabeller i bägge rapporterna med angivande av ”FHR kapitelnummer och figurnummer”, satta inom parentes i texten (bägge rapporterna har till övervägande del samma numrering).

### Sociala skillnader i hälsa bland barn och unga

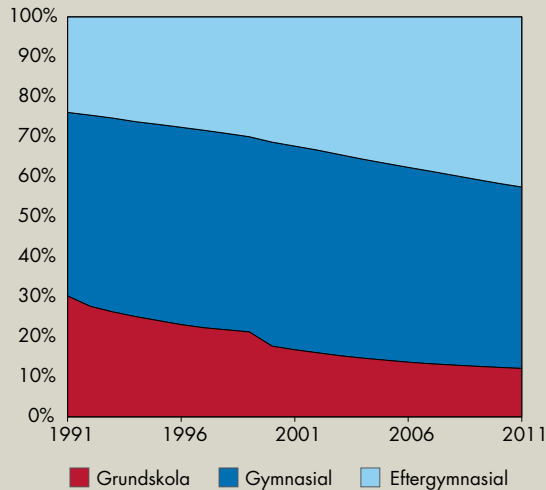
I Folkhälsorapport 2009 och i den uppdaterade rapporten Health in Sweden 2012 redovisades att skillnaderna i återstående livslängd vid 30 års ålder, för män och kvinnor med olika lång utbildning, har ökat de senaste tjugo åren (FHR kapitel 1, figur 2). Skillnaderna i livslängd mellan kvinnor med eftergymnasial utbildning och kvinnor med enbart grundskoleutbildning, ökade från 2,4 år 1990 till 4,7 år 2010. Bland män ökade livslängdsskillnaden från 3,4 till 5,3 år.

I detta kapitel har uppgifter om mödrars utbildningsnivå från 1991 och framåt från Statistiska Centralbyråns utbildningsregister kombinerats med Socialstyrelsens register om dödlighet och sjuklighet. Som redovisas nedan finns redan under barndomen betydande sociala skillnader utifrån mödrars utbildningsnivå, beträffande risken att drabbas av sjukdomar och död. Det betyder att sociala skillnader i medellivslängd påverkas inte enbart av individens egen utbildningsnivå. Även föräldrarnas utbildningsnivå har betydelse. Eller om man uttrycker det utifrån ett vuxenperspektiv, så drabbas även barnen till personer med låg utbildning av större hälsorisker.

Det förefaller som att sociala skillnader i dödlighet och sjukhusvård har ökat under de senaste

**Figur 2:3. Utbildningsnivå bland mödrar, 1991–2011**

Andelen (procent) av mödrar, till barn och unga i åldern 0–29 år, som har grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning som högsta uppnådda utbildning, 1991–2011.



Källa: Utbildningsregistret, Statistiska Centralbyrån.

tjugo åren. Vid tolkning av detta, ska man också tänka på att det även har skett mycket stora förändringar beträffande utbildningsnivån i sam-

hället, under de senaste tjugo åren (figur 2:3). År 2011 hade 12 procent grundskoleutbildning som högsta utbildning, av alla mödrar till barn i åldern 0–29 år, jämfört med 30 procent 1991. Andelen med eftergymnasial utbildning har ökat från 24 till 45 procent. Denna förändring kan exempelvis innebära att de som idag endast har grundskoleutbildning, och som nu är en minoritet av mödrarna, sannolikt är en mer utsatt grupp jämfört med övriga mödrar, än vad som var fallet för tjugo år sedan.

Ett exempel på att så kan vara fallet är att skillnaderna i andel rökare mellan kvinnor med olika lång utbildning har ökat markant. Medan rökning bland kvinnor med eftergymnasial utbildning minskat kraftigt och få röker idag, så röker en hög andel, omkring en tredjedel, av kvinnor med enbart grundskoleutbildning. Någon minskning av andelen rökare bland grundskoleutbildade har inte skett under de senaste decennierna.

Mödrar som endast uppnått grundskoleutbildning är i genomsnitt något yngre än mödrar som har eftergymnasial utbildning, med barn i samma ålder (tabell 2:1). Oavsett utbildningsnivå var mödrar till jämngamla barn något äldre 2011 än mödrar var 1991. Skillnader i ålder kan ha betydelse för barnens hälsa. Exempelvis är risken

**Tabell 2:1. Mödrarnas genomsnittliga ålder för barn\* i olika åldersgrupper, uppdelat på mödrarnas utbildningsnivå, 1991 respektive 2011**

	Spädbarn		Barn 1–14 år		Unga 15–29 år	
	1991	2011	1991	2011	1991	2011
Grundskola	27	28	35	35	43	51
Gymnasial	28	30	35	38	43	50
Eftergymnasial	32	33	38	39	45	52

\*Endast barn som fötts i Sverige.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

## 2. Barns och ungas folkhälsa

för förlossningskomplikationer minst för mödrar som varken är mycket unga eller mycket gamla. Äldre mödrar ammar i högre grad och deras barn vårdas mer sällan på sjukhus för olycksfall [5].

### Spädbarnsperioden

#### En redan låg spädbarnsdödlighet fortsätter att minska

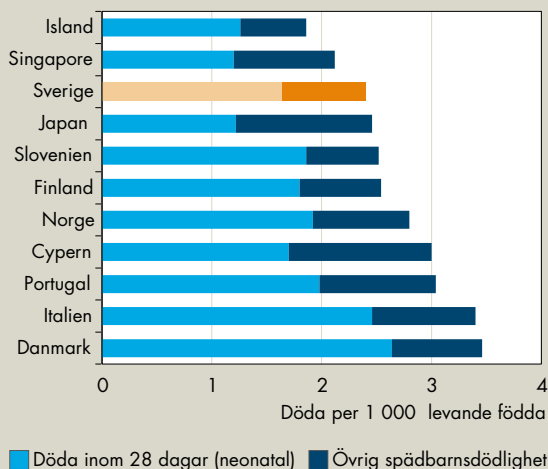
Sverige hör till de länder som har den lägsta spädbarnsdödligheten i världen, 2,1 döda per 1 000 levande födda barn, endast Island och

Singapore hade en lägre spädbarnsdödlighet under perioden 2007–2011 (figur 2:4). Majoriteten av barnen som dör under första levnadsåret dör i anslutning till förlossningen eller under nyföddhetsperioden (den så kallade neonatal perioden) vilket gäller i alla länderna med låg spädbarnsdödlighet.

I mitten av 1800-talet var medellivslängden i Sverige drygt 45 år och den viktigaste orsaken till den låga livslängden var den höga barnadödligheten. Då dog omkring 15 procent av alla barn innan 1-årsdagen, vilket dock var lägre än på 1700-talet då vart femte spädbarn avled (figur 2:5). Ökningen av medellivslängden fram till mitten av 1900-talet var framförallt en effekt av minskad barnadödlighet. Medellivslängdens ökning under senaste decennierna beror däremot inte längre på förändringar i den redan låga barnadödligheten utan på att dödligheten bland medelålders minskar, och att även de äldre uppnår en allt högre ålder. Trots en redan låg spädbarnsdödlighet fortsätter den emellertid att sjunka även i modern tid. Spädbarnsdödligheten var åtta gånger högre 1961 jämfört med 2011 (1,6 procent jämfört med 0,2 procent).

**Figur 2:4. Länder med den lägsta spädbarnsdödligheten i världen\* 2007–2011**

Antal döda under det första levnadsåret per 1 000 levande födda (spädbarnsdödlighet) och andelen därav som avlidit inom de första 28 dyggen (neonatal dödlighet). Bägge könen sammanlagt.



\*I jämförelsen ingår inte följande små länder som samtliga har låg spädbarnsdödlighet: Lichtenstein 1,86, San Marino 1,92, Luxemburg 2,56, Andorra 2,94 och Monaco 3,34.

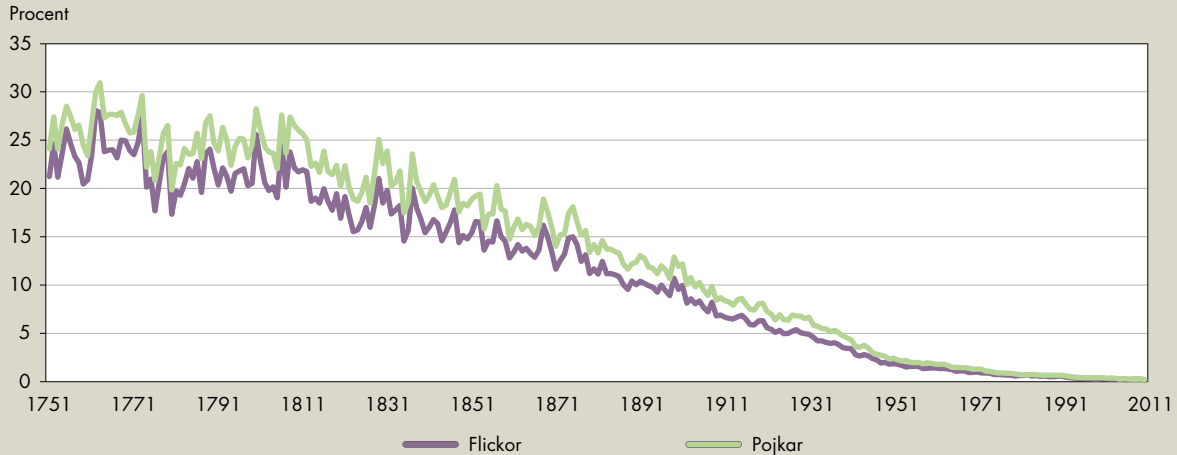
Källa: UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.

#### Lika vanligt med för tidigt födda men fler överlever

Barn som vid födseln väger för lite har en betydligt högre risk att avlida vid förlossningen och under den första nyföddhetsperioden. Omkring 2,5 procent av alla barn föds med för låg födelsevikt. Att barnet är litet kan bero på att barnet fått otillräcklig näring under fosterstadiet eller fötts för tidigt, inte sällan både för tidigt född och tillväxthämmad. Av alla barn som avled redan under första levnadsveckan (1 300 barn år 2011) var endast en tredjedel fullgångna, trots att 94 procent av alla barn föddes efter fullgången graviditet

**Figur 2:5. Spädbarnsdödlighet, 1751–2011**

Andelen döda (procent) flickor och pojkar, 1751–2011.



Källa: Human Mortality Database.

(graviditetsvecka 37 och uppåt). Riskfaktorer för att barn ska födas för tidigt är dels genetiska men det är också större risk om exempelvis modern röker under graviditeten, är överviktig, väntar tvillingar, eller är mycket ung eller gammal.

Det är alltså omkring 6 procent av alla förlossningar (omkring 6 000 barn per år), som sker i förtid det vill säga i graviditetsvecka 22–36 varav 1 procent föder mycket för tidigt det vill säga före vecka 32 [6]. Andelen för tidigt födda och andelen barn med låg födelsevikt har inte förändrats nämnvärt, men fler överlever tack vare allt bättre sjukvård. Figur 2:6 visar att den neonatala dödligheten, det vill säga barn som dör under första levnadsmånaden (0–27 dygn), har minskat kontinuerligt.

Studier av barn som på 1970-talet föddes för tidigt, visar att bestående funktionsnedsättningar är vanligare än bland andra barn, men studierna

visade också att det stora flertalet klarade sig bra [1]. Låg födelsevikt till följd av tillväxthämning kan även öka risken för att i vuxen ålder drabbas av diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar.

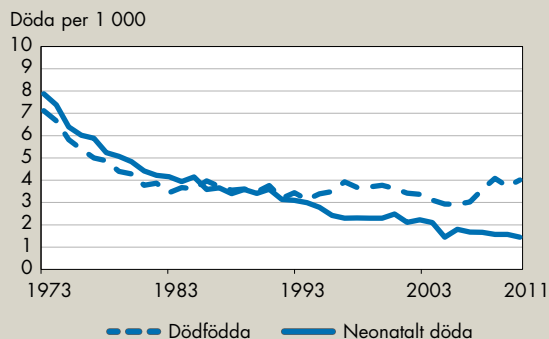
### *Dödfödda minskar inte*

Figur 2:6 visar också att andelen dödfödda inte har minskat under de senaste trettio åren, men minskade dessförinnan. Med dödfödda barn menas barn som dött under fosterlivet någon gång efter 22:a graviditetsveckan. Tidigare räknades barn födda först efter 28 veckor som dödfödda. Sedan 2008 omfattas barn födda så tidigt som efter 22 fullgångna graviditetsveckor av statistiken över dödfödda, vilket resulterat i ett ”hopp” uppåt i statistiken år 2008. Det finns många gemensamma riskfaktorer för dödsfall som inträffar

## 2. Barns och ungas folkhälsa

### Figur 2:6. Dödfödda och neonatalt döda, 1973–2011

Antalet dödfödda (graviditetsvecka  $\geq 22$ ) per 1000 födda och antalet neonatalt döda (0–27 dygn efter födelsen) per 1000 levande födda.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

sent i graviditeten, och dödsfall vid förlossningen och första nyföddhetsperioden.

Den främsta anledningen till att spädbarn avlider idag är komplikationer som uppstår i anslutning till födelsen, vilket framförallt drabbar för tidigt födda och barn med låg födelsevikt. Den andra viktiga orsaken är fosterskador. Omkring 1,5 procent av alla nyfödda barn har fosterskador som är så betydande att barnet avlider eller får någon betydande funktionsnedsättning och andelen har inte förändrats [1].

Downs syndrom är den vanligaste kromosomavvikelsen hos nyfödda och sannolikheten för Downs syndrom ökar ju äldre modern är. Med hjälp av blodanalys av modern under graviditeten och ultraljudsundersökning av fostret kan majoriteten av alla med foster med Downs syndrom upptäckas. Det innebär att föräldrarna har möjlighet att avbryta graviditeten, vilket i sin tur har inneburit att det är lika vanligt att barn föds med Downs syndrom idag som för

tre-tio år sedan, trots att medelåldern bland mödrar ökat.

### Levnadsvanor under graviditet

Det är inte bara omhändertagandet vid förlossning som har betydelse för det nyfödda barnets hälsa och överlevnad. Moderns levnadsomständigheter och levnadsvanor har betydelse för fostrets tillväxt och utveckling samt risken för komplikationer vid förlossningen.

Övervikt samt bruk av tobak, alkohol eller narkotika är förknippade med en högre risk för både dödföddhet och spädbarnsdödlighet [6]. I mödravårdshälsovården, som når praktiskt taget alla blivande mödrar, ingår förutom övervakning av graviditetens framskridande, att upplysa och stödja föräldrar till hälsosamma levnadsvanor och även att upptäcka förekomst av våld, missbruk och psykisk ohälsa.

### Alkohol

Att screena för riskbruk av alkohol har i de flesta län blivit en väl inarbetad rutin inom mödravårdshälsovården [7]. År 2011 hade omkring 12 procent av förstföderskor och 2 procent av omföderskor alkoholvanor som bedömdes som riskabla, innan de blev gravida. Riskbruk innan graviditeten är vanligare hos yngre kvinnor än äldre. Bland gravida som var tjugo år eller yngre, var det 21 procent som hade riskabla alkoholvanor innan graviditeten, jämfört med omkring fyra procent bland gravida över 30 år.

Alkohol som den gravida modern dricker passerar moderkakan och når fostret, och det är anledningen till att gravida kvinnor rekommenderas att helt och hållet avstå från alkohol. Konsekvenser för barnet av hög alkoholkonsumtion är kända sedan länge. Det ger framförallt svåra hjärnska-

kor och påverkar ansiktets utveckling vilket ger karaktäristiska ansiktsdrag. På senare år har forskare allt mer uppmärksammat att hjärnskada även orsakas av mer måttlig alkoholkonsumtion, som kan ge kognitiva och neuropsykologiska störningar hos barnet [9].

De flesta kvinnor slutar att dricka alkohol när de upptäcker att de är gravida. Emellertid är det många, omkring hälften, som inte vet att de är gravida förrän efter sjätte graviditetsveckan. Senare års forskning visar att alkohol även under dessa första veckor kan vara skadligt, och att en måttlig alkoholkonsumtion ibland tycks kunna ge bestående hjärnpåverkan hos fostret. Det kan därför vara viktigt att kvinnor som planerar att bli gravida, avstår från alkohol redan innan graviditeten [9].

### Rökning

Tobaksbruk, både cigarettökning och snus, påverkar fostret och ökar risken för dödföddhet och spädbarnsdödlighet. På mödravårdscentralerna samlas uppgifter in om mödrars rökvanor både i tidig och sen graviditet, samt rökvanor tre månader innan graviditeten [6]. Innan graviditeten rökte 15 procent av mödrar till barn födda 2011, men mer än hälften hade slutat vid tidpunkten för

första besöket på mödravårdscentralen det vill säga sex procent var då fortfarande rökare. Ytterligare någon procent slutade senare under graviditeten.

Andelen gravida som röker har minskat kontinuerligt. I början av 1980-talet rökte cirka 30 procent av alla gravida och 2001 rökte 11 procent, det vill säga nästan dubbelt så många som idag. Rökning är mycket vanligare bland yngre mödrar än bland äldre (tabell 2:2).

En anledning till att det framförallt är unga mödrar som röker, kan vara skillnader i utbildningsnivå. Kvinnor med högre utbildning föder barn senare i livet än kvinnor med lägre utbildning (och som inte heller uppnår en högre utbildning längre fram i livet). Figur 2:7 illustrerar att rökning är tio gånger vanligare bland mödrar med enbart grundskoleutbildning än kvinnor med eftergymnasial utbildning [6]. I figuren redovisas andel rökare fördelat på utbildningslängd, där effekten av skillnader i genomsnittsålder har eli-

**Tabell 2:2. Dagligrökare bland gravida kvinnor**

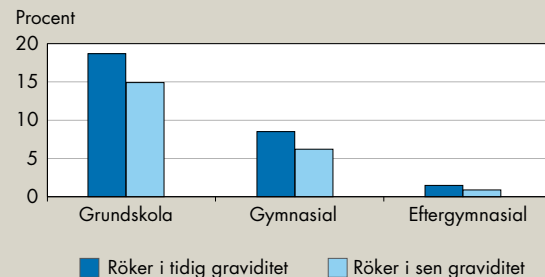
Andelen (procent) dagligrökare i olika åldersgrupper bland gravida 2011.

Ålder	-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år
Procent dagligrökare	16	10	5	3	3

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 2:7. Andel rökare bland gravida med olika utbildningsnivå**

Andel rökare i tidig och sen (vecka 30-32) graviditet fördelat på utbildningsgrupp, 2011. Åldersstandardiserat.



Källa: Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2011 Assisterad befruktning 1991–2010, 2013. Socialstyrelsen.

## 2. Barns och ungas folkhälsa

minerats genom så kallad åldersstandardisering. Skillnaderna i rökning mellan utbildningsgrupperna i figur 2:7 beror således inte på åldersskillnader.

### Övervikt

Övervikt (BMI<sup>2</sup> 25 eller mer) hos modern medför en ökad risk för både dödföddhet och spädbarnsdödlighet, och risken ökar med ökande BMI. Fetma (BMI 30 eller mer) medför en riskökning som motsvarar riskerna med att röka över 10 cigaretter om dagen [6]. Övervikt och fetma är vanligare ju lägre utbildning den blivande modern har (figur 2:8).

Fetma har blivit vanligare bland gravida. År 2011 hade närmare 13 procent fetma vilket kan jämföras med 8 procent 1996. Överviktiga mödrar föder i genomsnitt barn med högre födelsevikt än normalviktiga mödrar. Andelen barn med hög födelsevikt har också ökat sedan början av 1990-talet men kulmen nåddes i början av 2000-talet, trots att andelen mödrar med fetma fortsatt att öka.

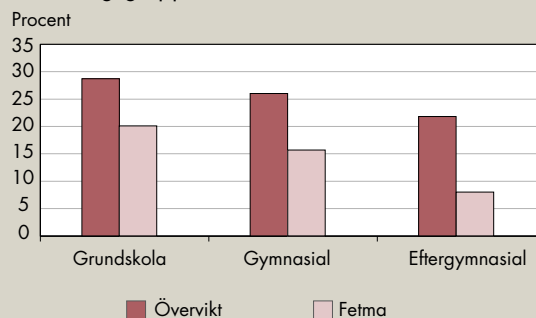
### Våld

Hur vanligt det är att gravida kvinnor utsätts för våld är svårt att uppskatta eftersom det i många fall är dolt för omgivningen. Våld under graviditeten drabbar förutom modern även det ofödda barnet. Våld mot magen kan orsaka skador på fostret, men barnet kan även skadas indirekt av den påfrestning som det innebär för kvinnan att vara utsatt för våld i hemmet, vilket kan leda till en sämre fostertillväxt. Mödrahälsovården ska ti-

2 Body Mass Index (BMI) är det vanligaste måttet för att bedöma om en person är överviktig och anger relationen mellan vikt och längd enligt beräkningen kroppsvikt (i kilogram) dividerat med längden (i meter) i kvadrat.

### Figur 2:8. Andel med övervikt och fetma bland gravida med olika utbildningsnivå

Andel gravida kvinnor med övervikt (BMI 25,0–29,9) och fetma (BMI 30,0 eller mer) vid inskrivning på mödrahälsovården fördelat på utbildningsgrupp, 2011. Åldersstandardiserat.



Källa: Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2011 Assisterad befruktning 1991–2010, 2013. Socialstyrelsen.

digt upptäcka och motverka medicinska och psykosociala risker som hotar moderns och barnets hälsa. Flera studier visar att barnmorskor upplever att det kan vara svårt att fråga om utsatthet om våld [11, 12]. En anledning är att frågan upplevs som känslig, och en annan anledning är att partnern ofta är med på besöket på mödravårdscentralen. Däremot tycks de flesta blivande mödrar vara positiva till att barnmorskor frågar om de utsätts för våld [11].

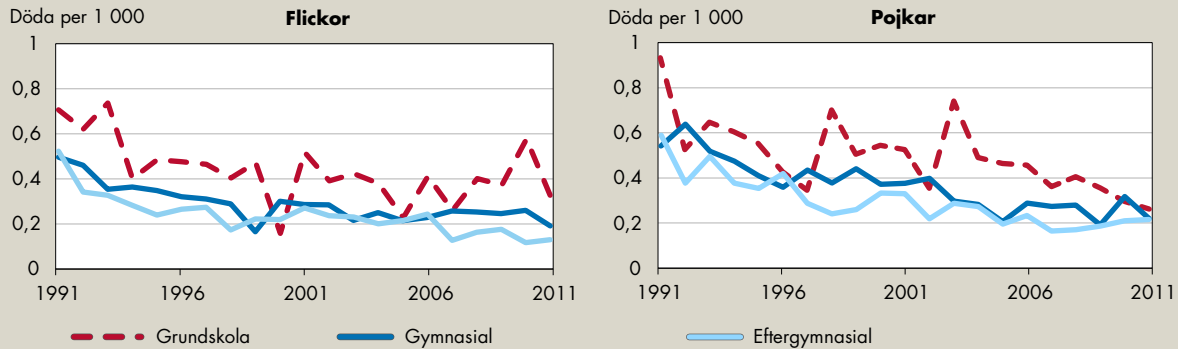
### Sociala skillnader i spädbarnsdödlighet

Dödligheten är högre bland spädbarn till mödrar som endast har grundskoleutbildning, än bland spädbarn till mödrar med högre utbildning (figur 2:9). I figuren visas spädbarnsdödligheten enbart för barn till mödrar som är mellan 20–35 år. Det



**Figur 2:9. Spädbarnsdödlighet efter moderns utbildning, 1991–2010**

Spädbarnsdödlighet efter moderns högsta utbildningsnivå. Antal döda per 1 000 levande födda, flickor och pojkar, 1991–2010. (Mödrar mellan 20–35 år).



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

är den ålder där risken för spädbarnsdöd är lägst vilket innebär att sociala skillnader i spädbarnsdödlighet i figur 2:9 inte huvudsakligen beror på skillnader i mödrars ålder, mellan kvinnor med olika lång utbildning.

### Amning fortfarande vanligt men minskar något

I Sverige har föräldrar mycket goda möjligheter att vara tillsammans med sina spädbarn tack vare den väl utbyggda föräldraförsäkringen. Det är sannolikt en anledning till att barn ammas i hög grad i vårt land i jämförelse med andra europeiska länder. I Sverige rekommenderas att barn enbart får bröstmjolk de första 6 månaderna, vilket överensstämmer med WHO:s rekommendationer. Bröstmjolk rekommenderas därför att sammansättningen är bättre anpassad till det späda barnets behov än någon annan kost, men behöver dock kompletteras med D-vitamin i solfattiga län-

der som Sverige. I låginkomstländer är vikten av amning större eftersom det skyddar mot diarréer som är vanliga och en viktig dödsorsak i många fattigare länder.

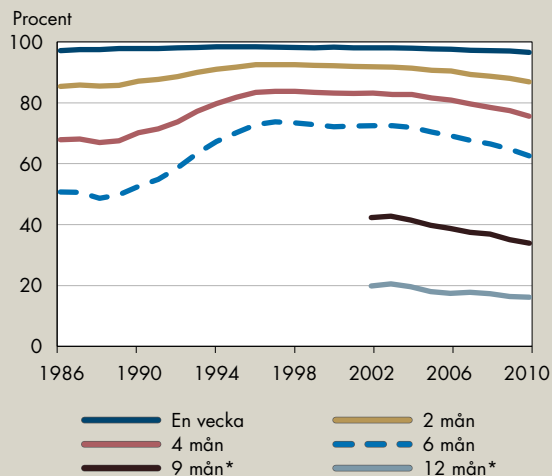
Av barn födda 2010 amrades 63 procent, helt eller delvis, vid 6 månaders ålder. Andelen barn som ammas har minskat något (figur 2:10). Av de barn som föddes runt millennieskiftet amrades över 70 procent vid 6 månaders ålder.

### Glutenintolerans och spädbarnsmat

Glutenintolerans är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna som debuterar redan bland spädbarn. Gluten finns i framförallt vetemjöl och i lägre halter i råg och korn, däremot inte i havre. Gluten skadar tunntarmen hos känsliga individer och vanliga symtom är diarré, viktförlust och svullen mage. När sjukdomen debuterar i spädbarnsåldern påverkar det barnets tillväxt. Behandlingen av glutenintolerans innebär glutenfri

**Figur 2:10. Ammade barn**

Helt eller delvis ammade barn födda 1986 - 2010.



\*Insamling av data för amning vid 9 och 12 månaders ålder startade 2002.

Källa: Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2010, Socialstyrelsen.

mat resten av livet. Utan gluten i maten läker tarmen och symtomen försvinner.

Det finns en ärftlig benägenhet att utveckla glutenintolerans men det förefaller även som det kan vara betydelsefullt när och hur gluten introduceras i kosten till spädbarn. En plötslig övergång vid sex månaders ålder från amning till gröt och välling med stort gluteninnehåll var vanligt under 1980-talet och början av 1990-talet, och har satts i samband med ökad risk för glutenintolerans. Glutenhalterna har sedan dess minskats i barnmaten och Livsmedelsverket rekommenderar nu istället en successiv upptrappning av mat med gluten parallellt med amning [13, 14]. Glutenintolerans kan debutera i alla åldrar och många vuxna med glutenintolerans vet inte om att de har

sjukdomen eftersom glutenintolerans inte alltid ger magproblem i vuxen ålder. Glutenintolerans leder till näringsbrister, brist på vitaminer och mineraler, och ibland är det näringsbristen som ger de huvudsakliga symtomen som till exempel blodbrist, benskörhet, trötthet och depressioner. Det är möjligt att en försiktigare introduktion i spädbarnsåldern innebär att glutenintoleransen skjuts upp till högre åldrar, snarare än att sjukdomen minskar i omfattning.

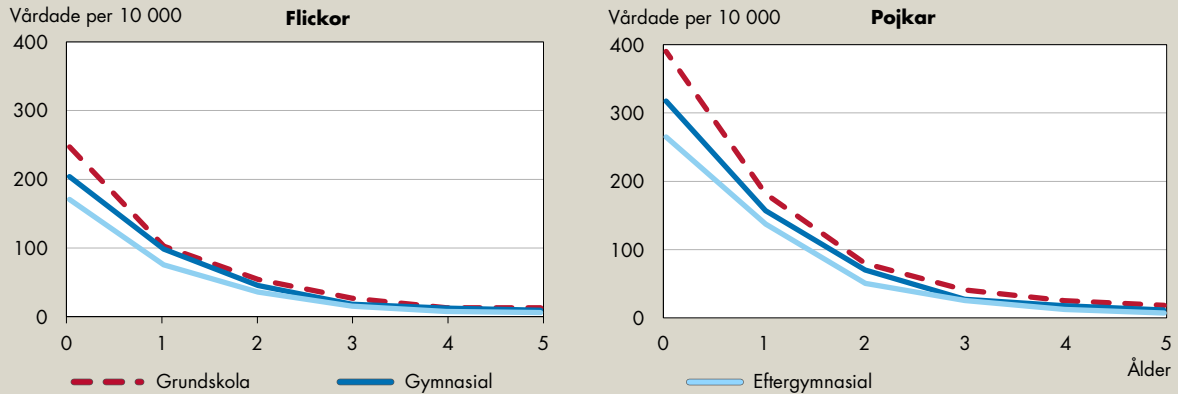
### Sjukhusvård för luftvägsinfektioner vanligast bland spädbarn till lågutbildade mödrar

Spädbarn har under det första halvåret ett infektionsskydd av de antikroppar som förts över från mamman under graviditeten, och som skyddar mot de infektioner som mamman har haft. Även bröstmjolk innehåller antikroppar, och dessa skyddar särskilt slemhinnor i luftvägar och tarm. Perioden efter sex månaders ålder och upp mot ett års ålder kan vara en känslig period i barns liv med ständiga luftvägsinfektioner, eftersom antikroppsskyddet från fostertiden inte längre finns och många mammor har dessutom slutat amma. Barnet bygger så småningom upp sitt eget antikropps försvar och infektionskänsligheten avtar. Spädbarn är också särskilt känsliga för RS-virus som kan ge svåra luftvägssymtom och förekommer epidemiskt under vinterhalvåret. [15]

Vård på sjukhus för andningssvårigheter i samband med luftvägsinfektioner är vanligast i spädbarnsåldern (figur 2:11). Spädbarn har trängre luftvägar och får därför oftare andningsbesvär när luftvägarna infekteras. Spädbarn och även småbarn kan få astmasymtom i samband med luftvägsinfektioner utan att de har någon allergi. Ungefär vart femte barn beräknas ha denna typ

**Figur 2:11. Sociala skillnader i sjukhusvård för luftvägsbesvär i åldrarna 0–5 år**

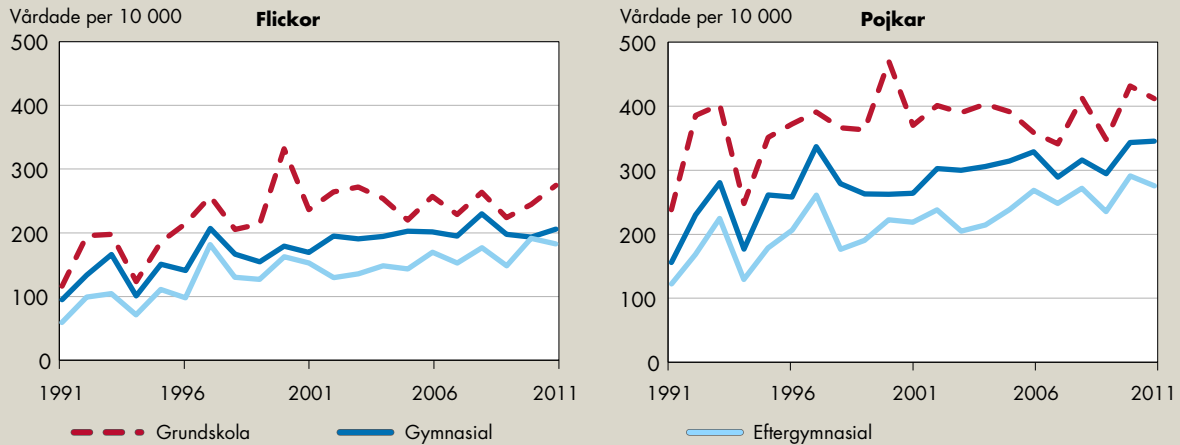
Antal vårdade årligen per 10 000 barn för luftvägsbesvär utifrån moderns utbildningsnivå. Flickor och pojkar i åldersintervallet 0–5 år. Genomsnitt 2007–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

**Figur 2:12. Sociala skillnader i sjukhusvård av spädbarn för luftvägsbesvär 1991–2011**

Antal vårdade spädbarn årligen per 10 000 för luftvägsbesvär utifrån moderns utbildningsnivå. 1991–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

## 2. Barns och ungas folkhälsa

av infektionsutlöst astma och för de allra flesta försvinner besvären innan skolåldern.

Av ännu okänd anledning har pojkar i västvärlden fler infektioner under de första levnadsåren, framförallt öroninflammationer, än vad flickor har. Det är betydligt vanligare att spädbarn till mödrar med enbart grundskoleutbildning vårdas på sjukhus för luftvägsbesvär, och figur 2:12 visar att så har det varit de senaste tjugo åren.

Barn som utsätts för tobaksrök i hemmet har en högre risk för öroninflammationer och luftvägsinfektioner. Rökning redan under graviditet har betydelse eftersom det påverkar fostrets lungtillväxt och kan påverka lungfunktionen hos barnet långt fram i livet. Skillnader i rökvanor kan därför vara en viktig anledning till att det är vanligare att spädbarn vars mödrar endast har grundskoleutbildning vårdas på sjukhus för luftvägsbesvär.

## Barndom 1–14 år

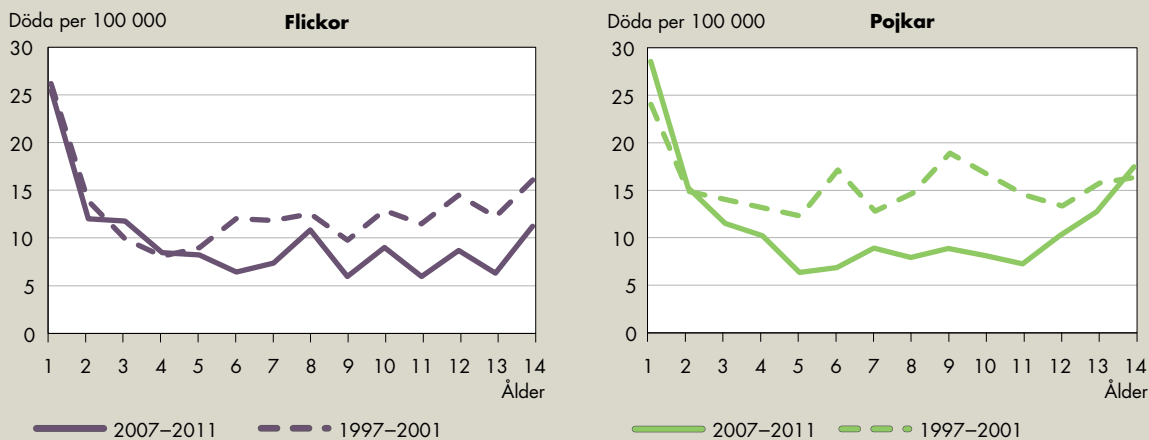
### Barnadödligheten fortsätter att minska

Barnaåren 1–14 år är den period i livet när dödsriskerna är minst. Figur 2:13 visar att dödsrisken är betydligt högre i 1-årsåldern än åren därefter, vilket sannolikt hänger samman med orsaker förknippade med problem som redan fanns under spädbarnsåret. Risken att avlida under barnaåren har minskat i nästan alla åldrar i ålderintervallet 1–14 år, under de senaste 10 åren, 1997–2001 jämfört med 2007–2011 (figur 2:13).

Under 2011 dog 69 flickor och 81 pojkar i åldern 1–14 år. De vanligaste dödsorsakerna var tumörer (22 flickor och 14 pojkar) och yttre skador (11 flickor och 22 pojkar). Tumörsjukdomar och skador orsakade således hälften av alla dödsfall i åldersgruppen. Huvudsakligen är det olycksfall som ledde till dödsfall i skador, men under 2011

**Figur 2:13. Dödlighet i olika åldrar i åldersspannet 5–14 år**

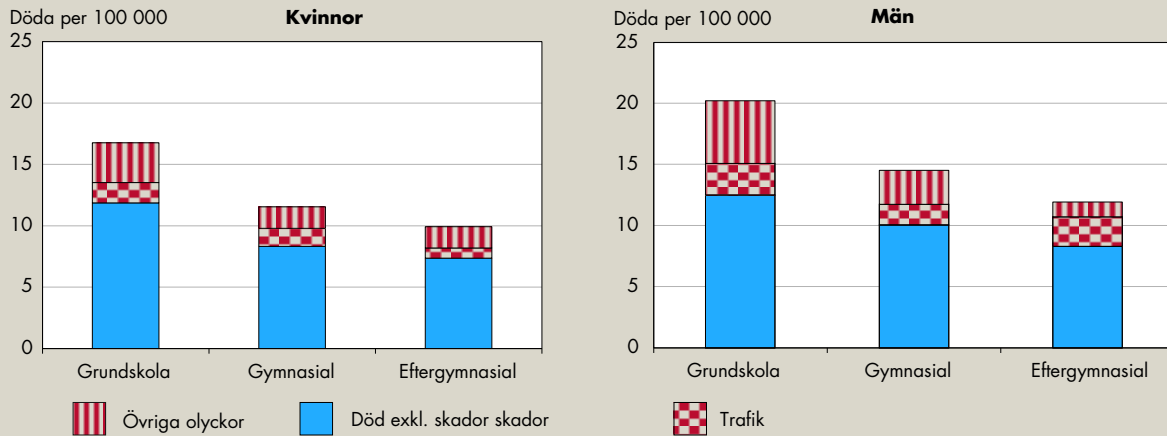
Antal döda per 100 000, pojkar och flickor, 5–14 år. Genomsnitt för åren 1997–2001 och 2007–2011.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 2:14. Sociala skillnader i dödsorsaker i åldern 1–14 år efter moderns utbildning**

Dödsorsaker i åldern 1–14 år efter moderns högsta utbildningsnivå. Antal döda per 100 000, flickor och pojkar, genomsnitt 2000–2011.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

begick tre pojkar och två flickor självmord och två pojkar dog efter att ha utsatts för våld.

Även i åldern 1–14 år, har barn till mödrar med lägre utbildning en högre risk att avlida, än vad barn till mer utbildade mödrar har, vilket framgår av figur 2:14 som visar ett genomsnitt för åren 2000–2011. Det går inte att säga om de sociala skillnaderna minskat eller ökat under perioden, eftersom det är få som dör, och dödligheten för varje enskilt år visar stora slumpmässiga variationer.

### Cancer

De vanligaste cancerformerna bland barn i åldern 1–14 år är leukemier (en form av blodcancer) och hjärntumörer, som tillsammans utgör drygt hälften av alla cancerfall i åldersgruppen. Både andelen som insjuknar och som dör i cancer har varit

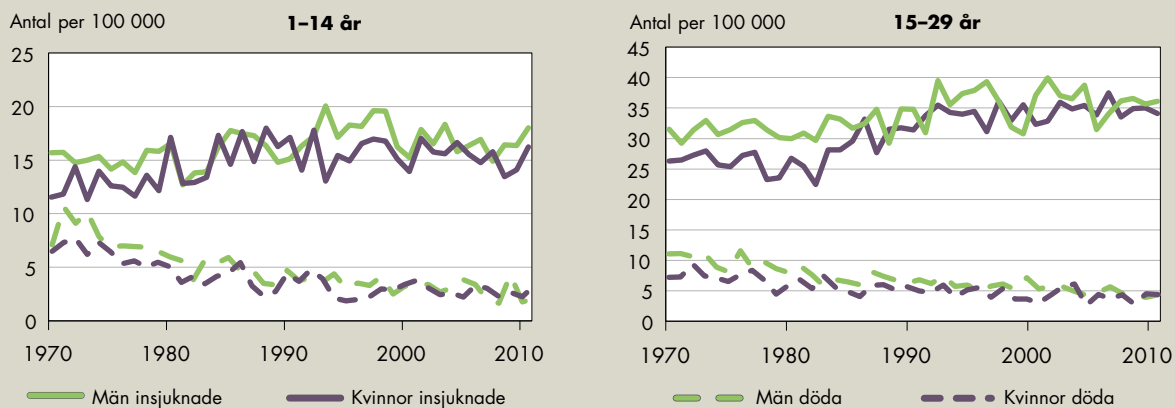
ganska oförändrad sedan början av 1990-talet, hos barn upp till och med 14 års ålder (figur 2:15). Ingen större förbättring av överlevnaden har skett de senaste femton åren. Innan dess gjordes stora framsteg och allt fler barn överlevde. Åttio procent lever fem år efter en cancerdiagnos, och överlevnaden varierar något beroende på cancerform [16].

Även i åldersgruppen 15–29 år har inga större förändringar i insjuknande eller dödlighet skett de senaste 15 åren (figur 2:15). Bland kvinnor i åldern 15–29 år är malignt melanom den vanligaste cancerformen och därefter kommer bröst- respektive livmoderhalscancer. Hos män är testikelcancer vanligast, sedan kommer hjärntumörer, malignt melanom och Hodgkins lymfom.

Malignt melanom har ökat stadigt i flera decennier till följd av ett ökat solande [17]. Risken att få malignt melanom ökar med stigande ålder.

**Figur 2:15. Cancerinsjuknande och cancerdödlighet bland barn och unga 1970–2011**

Antal flickor/kvinnor och pojkar/män per 100 000 som insjuknar respektive avlider i cancer, 1970–2011.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Emellertid är det sannolikt att det är särskilt riskfyllt att få brännskador när man är barn. En eller flera kraftiga brännskador av solen under barndomen anses kunna resultera i malignt melanom i vuxen ålder. Enligt ”Barnens miljöhälsoenkät 2011” som är en rikstäckande undersökning, har medvetenheten om att skydda barn från stark solstrålning ökat mellan undersökningsåren 2003 och 2011.

Ungefär 6 000–7 000 individer i befolkningen är idag före detta barncancerpatienter [16]. Sena komplikationer till cancersjukdom och dess behandling är vanliga och ses hos 60–70 procent av överlevarna. Omkring 30 procent beräknas ha fått mycket allvarliga komplikationer. Extra utsatta är de med hjärntumör, de som har strålbehandlats och vissa grupper som stamcellstransplanterats. Det kan handla om framtida hjärnskador, infertilitet, ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar och återinsjuknande i cancer.

### Dödsolyckor minskar – ingen skillnad längre mellan nordiska länder

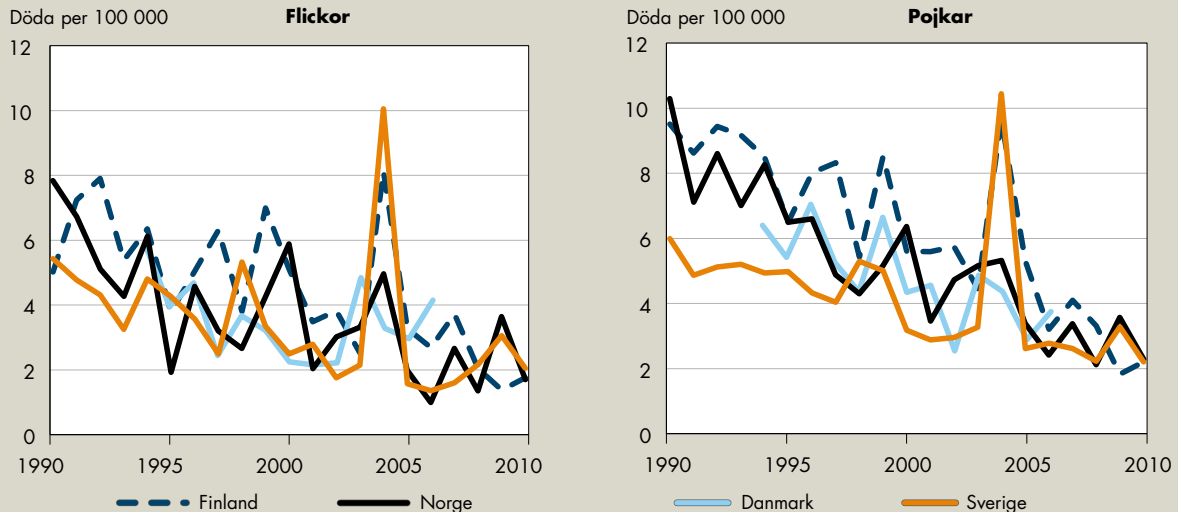
I Sverige har vi haft en lång tradition av att förebygga olycksfall bland barn. Barnadödligheten till följd av skador var exceptionellt låg i vårt land, särskilt bland pojkar. Men nu har även våra nordiska grannländer, Norge, Finland och Danmark, en lika låg barnadödlighet i skador som Sverige (figur 2:16). Numera är dödligheten till följd av skador inte heller högre bland pojkar än bland flickor i något av de nordiska länderna. Barnadödligheten i skador fortsätter att minska, med undantag för 2004 när många nordiska barn, framförallt från Finland och Sverige, omkom i tsunamin i Sydostasien under jullovet.

### Många infektioner i småbarnsåldern

Infektionssjukdomar var en gång i tiden ett allvarligt hot mot barns hälsa och den huvudsakliga anledningen till den höga barnadödligheten.

**Figur 2:16. Dödlighet i skador i åldern 5–14 år i Finland, Norge, Danmark och Sverige, 1990–2010**

Antal döda per 100 000 i skador i Finland, Norge, Danmark och Sverige, 1990–2010. Flickor och pojkar, 5–14 år. Åldersstandardiserat.



Källa: European mortality database (MDB).

Tack vare höjd levnadsstandard, såsom bättre bostäder, allsidigare kost och förbättrad hygien, samt medicinska framgångar, såsom vaccinationer och antibiotika är det sällsynt att barn dör i infektionssjukdomar. Men trots det är infektioner fortfarande den vanligaste orsaken till sjukdom hos barn och då handlar det oftast om övergående förkylningar, öroninflammationer och mag- och tarminfektioner. [15]

Under de fyra första levnadsåren har barn i genomsnitt sex till åtta luftvägsinfektioner per år. Varje infektion läker i genomsnitt ut på en vecka. En del barn får många fler infektioner, vissa barn kan ha infektionssymtom under sammanlagt 4–5 månader per år. Med åldern minskar antalet infektioner till i genomsnitt två till tre vid 5–19-års-

åldern, för att sedan återigen öka i antal när barnet blivit vuxen och i sin tur blir förälder. [15]

Öroninflammation är en vanlig följdåkomma efter en virusinfektion. Mer än 95 procent av alla barn har minst en öroninflammation under förskoleåldern. Barn som får 5–6 öroninflammationer under en tolv månadersperiod brukar kallas för öronbarn [15].

Omkring 90 procent av infektionerna under barnaåren orsakas av virus vilket bland annat innebär att antibiotika saknar effekt. Under 1990-talet och fram till 2004 minskade antibiotikaförskrivningen till barn i förskoleåldern. Tilltagande antibiotikaresistens och en medveten information till både läkare och föräldrar att inte i onödan behandla infektioner med antibiotika anses ha legat

bakom denna minskning [15]. Mellan 2004 och 2007/2008 skedde ingen ytterligare minskning av antibiotikaförskrivning, men därefter har förskrivningen minskat.

PencillinV är den typ av antibiotika som bör användas i första hand vid till exempel luftvägsinfektioner, när antibiotikabehandling anses nödvändig. Anledningen är att övriga antibiotika i större utsträckning bidrar till uppkomsten av antibiotikaresistens eftersom dessa har en bredare effekt, det vill säga på flera bakterietyper. Användningen av övriga antibiotika bland barn minskar relativt mer än pencillinV, vilket är en önskvärd utveckling.

### **Astma och eksem är vanliga kroniska sjukdomar bland barn**

Astma och eksem är vanliga kroniska sjukdomar som ofta debuterar i barnaåren och kan begränsa det dagliga livet. I skolåldern har 5–10 procent av barnen astma. I skolåldern beror astma i allmänhet på allergi, men förkylningar är en vanlig orsak till att besvären utlöses. Vanliga allergener är pälsdjur och pollen. Enligt den riksrepresentiva undersökningen ”Barnens miljöhälsoenkät 2011” har astma ökat bland 4- respektive 12-åringar, mellan de två undersökningsåren 2003 och 2011.

Mellan 15 och 20 procent av alla barn drabbas av böjveckseksem, så kallat atopiskt eksem. De flesta insjuknar före 5-års ålder och i småbarnsåldern sitter eksemet oftast i knä- och armveck. De flesta blir besvärsfria under skolåldern. Huden är emellertid fortsatt känslig och cirka en fjärdedel utvecklar senare i livet handeksem. Hälften av alla med böjveckseksem utvecklar luftvägsbesvär. Bland de minsta barnen kan födoämnesallergi vara bidragande orsak till eksem, vanligast mot mjölk och ägg. Allergi mot mjölk och ägg brukar dock upphöra under förskoleåldern.

Nickel är en av de viktigaste orsakerna till handeksem. Nickelallergi har börjat minska hos yngre kvinnor sannolikt till följd av det förbud som infördes 2001 inom EU mot nickel i produkter som har kontakt med huden som till exempel örhängen. Men bland 12-åringarna har nickelallergier blivit vanligare sedan 2003 visar ”Barnens miljöhälsoenkät 2011”.

Allergiska besvär som astma, allergisnuva och eksem är vanligare bland barn till föräldrar med lägre utbildningsnivå enligt ”Barnens miljöhälsoenkät”. En anledning till detta kan vara att lågutbildade röker mer. Tobaksrök förvärrar inte bara symtomen vid luftrörsbesvär utan är dessutom en orsak till att astma uppkommer.

### **Barn- och ungdomsdiabetes ökar inte men debuterar tidigare**

Svenska barn och ungdomar med diabetes har i stort sätt alltid typ 1-diabetes som orsakas av en immunologisk reaktion mot de insulinproducerande cellerna. Typ 2-diabetes är kopplad till barnfetma och har ökat bland barn och tonåringar i en del andra delar av världen i takt med ökande barnfetma.

Sverige har näst Finland världens högsta insjuknandefrekvens av typ 1-diabetes bland barn i världen. Orsakerna till varför det är så vanligt i vårt land är inte kända. Insjukandet i typ 1-diabetes har under åtminstone de senast tjugofem åren tenderat att ske i allt yngre åldrar, utan att för den skull det totala antalet som får typ 1-diabetes ökar [18]. Diabetesinsjukandet har nämligen samtidigt minskat i tjugo-årsåldern. Omkring 800 barn och ungdomar under 18 år insjuknar årligen och sedan 2004 har antalet varit oförändrat enligt den statistik som samlas in från vårdgivare till nationella registret för barn- och ungdomsdiabetes [19].



### Nu ökar inte längre psykiska besvär bland 15-åriga flickor

Under de senaste tjugofem åren har andelen flickor i årskurs 9 som haft olika symtom på nedsatt psykiskt välbefinnande ökat oroväckande mycket.

Inom ramen för WHO har skolbarns sociala miljö, hälsa och levnadsvanor undersökts vart femte år bland barn i åldrarna 11, 13 och 15 år. Undersökningen benämns fortsättningsvis i detta kapitel för ”Skolbarns hälsovanor” [10, 27]. Den har genomförts i ett antal länder/regioner i Europa, Canada och USA. I undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” har man bland annat mätt förekomsten av olika symtom på ett nedsatt välbefinnande under de senaste tjugofem åren (figur 2:17). När svenska skolbarns hälsa började undersökas 1985/86, var det i stort sett lika vanligt bland 11-åringar som bland 15-åringar att känna sig nedstämd, nervös, ha svårt att somna eller ha huvudvärk. Då var det inte heller så stora skillnader mellan pojkar och flickor som nu. Under de tjugofem år som gått sedan undersökningen startade, har det blivit allt vanligare att 15-åringar känner sig nere och har svårt att somna, och ökningen har varit störst bland flickorna. Men vid den senaste undersökningen, 2009/2010, visar resultaten för första gången att besvären minskar i omfattning.

I jämförelse med de andra länderna, är andelen i vårt land med denna typ av besvär, strax under genomsnittet för 11-åringar, genomsnittlig för 13-åringar och strax över snittet för 15-åringar, år 2009/2010 [8]. I samtliga länder är besvären vanligare bland flickor än bland pojkar. I alla länderna blir dessa besvär vanligare med stigande ålder bland flickorna, medan skillnader i besvär mellan pojkar i olika åldrar är liten eller obefintlig.

### Svenska barn har hjälpsamma skolkamrater, bra föräldrakontakt men trivs inte så bra i skolan

Svenska barn har förhållandevis lätt att tala med sina föräldrar om det som bekymrar dem, och det gäller pojkar och flickor i samtliga åldrar visar samma undersökning som nämnts ovan [8]. Genomgående för alla länder är att flickor inte har lika lätt att tala med sina pappor som pojkar har, medan det är lika lätt för flickor som för pojkar att prata med mamma.

Bland svenska barn i 11-årsåldern är det ungefär lika vanligt att trivas mycket bra i skolan, som det är för barn i de andra länderna. Däremot är det jämförelsevis en betydligt lägre andel i vårt land som trivs mycket bra i skolan bland 13- respektive 15-åringar.

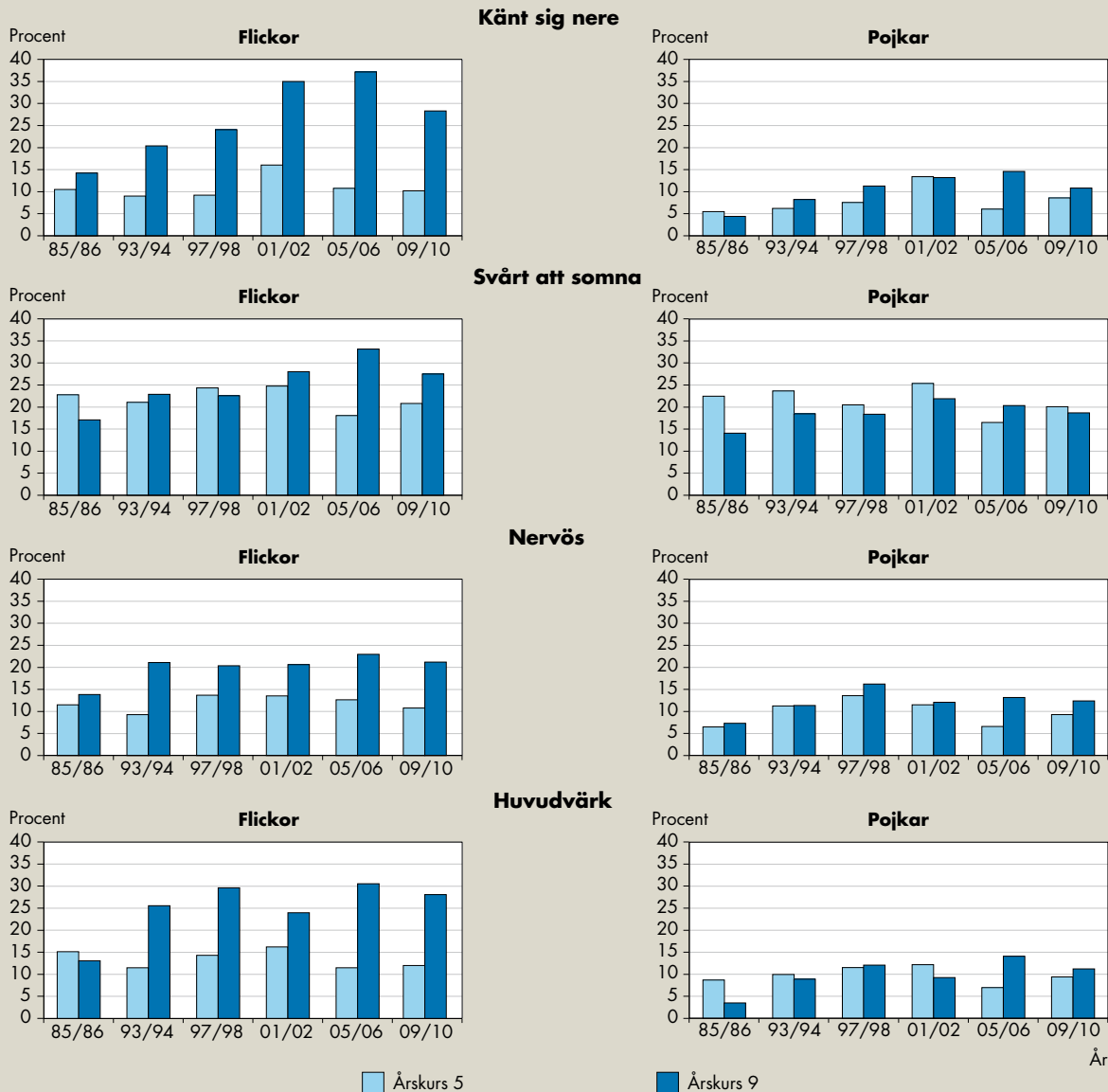
Sverige är det land där det är minst vanligt att känna sig pressad av skolarbete bland 11- respektive 13-åringar. Skillnaden är markant jämfört med situationen för 15-åringar, där skolstress bland svenska barn ligger på en mer genomsnittlig nivå. När det gäller att ha snälla och hjälpsamma skolkamrater är Sverige nästan bäst, och det gäller i alla skolåldrarna. Likaså är det färre som uppger att de utsatts för mobbing eller själva mobbat, än vad fallet är i nästan alla andra länder.

Tabell 2:3 visar flickors och pojkars upplevelse av skolmiljö och föräldrakontakt. För att kunna jämföra med de andra länderna har det lägsta respektive högsta procenttalen som förekommer hos pojkar eller flickor i undersökningen, angivits inom parentes.

## 2. Barns och ungas folkhälsa

**Figur 2:17. Symtom på nedsatt välbefinnande bland flickor och pojkar i årskurs 5 och 9, 1985-2010**

Andel (procent) flickor och pojkar i årskurs 5 och 9 som känner sig nere, har svårt somna, är nervösa, eller har huvudvärk, 1985-2010.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Statens folkhälsoinstitut.

**Tabell 2:3. Barns skolmiljö och föräldrakontakt i Sverige jämfört med andra länder**

Andel (procent) barn som har lätt att tala med sina föräldrar vid bekymmer, trivs mycket bra i skolan, är pressad av skolarbetet eller har hjälpsamma kamrater. Flickor/Pojkar i Sverige 2009/2010. Jämfört med 36 europeiska länder/regioner, Canada och USA\*.

		11 år	13 år	15 år
<b>Lätt att tala med sin mamma</b>	Flickor/Pojkar	93/93	85/88	75/82
	(lägsta—högsta värde, alla länder)*	(79–96)	(69–91)	(63–90)
<b>Lätt att tala med sin pappa</b>	Flickor/Pojkar	78/89	65/82	50/74
	(lägsta—högsta värde, alla länder)*	(64–93)	(41–89)	(28–87)
<b>Tycker mycket bra om skolan</b>	Flickor/Pojkar	44/32	22/19	14/14
	(lägsta—högsta värde, alla länder)*	(11–89)	(4–66)	(5–63)
<b>Pressad av skolarbetet</b>	Flickor/Pojkar	6/9	14/19	31/53
	(lägsta—högsta värde, alla länder)*	(6–58)	(14–67)	(16–69)
<b>Snälla och hjälpsamma skolkamrater</b>	Flickor/Pojkar	89/88	83/82	75/78
	(lägsta—högsta värde, alla länder)*	(51–90)	(35–83)	(34–84)
<b>Utsatt för mobbing</b>	Flickor/Pojkar	4/5	4/4	4/3
	(lägsta—högsta värde, alla länder)*	(2–32)	(2–31)	(3–25)

\* Inom parantesen anges högsta respektive lägsta värdet (för flickor eller pojkar) av samtliga ingående länder. Beträffande urvalet länder hänvisas till referensen.

Källa: WHO, Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in School-aged children (HBSC). Study: International report from the 2009/2010 survey, 2011.

## Åldern 15–29 år

### Risken att dö i ungdomen har varit densamma de senaste femton åren

Risken att avlida under ungdomsåren, 15–29 år är betydligt högre än under barndomen och har till skillnad mot barndomsåren inte minskat. Jämfört med barnåren är könsskillnader och sociala skillnader större, och det finns fortfarande skillnader mellan de nordiska länderna.

Dödsrisken bland pojkar stiger snabbt från 15- till 20-årsåldern och könsskillnaden blir på-

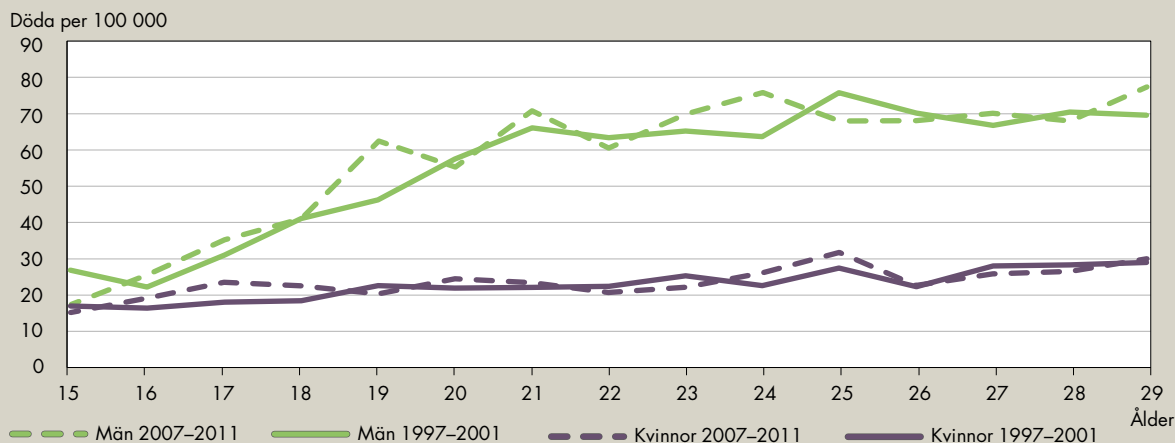
taglig (figur 2:18). År 2011 dog i åldersgruppen 15–29 år, 515 pojkar/män och 225 flickor/kvinnor. Dödsfall till följd av självmord (181 män, 74 kvinnor) och olyckor (181 män, 47 kvinnor) stod tillsammans för sjuttio procent av dödligheten bland männen och drygt hälften bland kvinnorna.

Risken att avlida har i stort sett varit densamma i drygt ett decennium. Figur 2:18 visar att vid samtliga åldrar inom åldersintervallet 15–29 år är risken att dö densamma som den var för tio år sedan (1997–2001 jämfört med 2007–2011).

## 2. Barns och ungas folkhälsa

**Figur 2:18. Dödlighet i olika åldrar i åldersspannet 15–29 år**

Antal döda per 100 000, män och kvinnor, åldersspannet 15–29 år. Genomsnitt för åren 1997–2001 och 2007–2011.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Färre dör av skador i Sverige jämfört med Finland och Norge

Dödligheten i åldern 15–29 år är lägre i Sverige än i Norge och Finland (figur 2:19). Data saknas för Danmark för åren 2007–2010, men under åren dessförinnan sjönk dödligheten i Danmark till Sveriges nivå. Även av denna figur framgår att dödsrisken har varit oförändrad bland unga i Sverige under mer än ett årtionde.

Orsaken till den lägre dödligheten bland unga män i Sverige, beror på en lägre risk att dö i olycksfall (än Norge och Finland) och självmord (än Finland) vilket framgår av figur 2:20. Att dö av andra orsaker är däremot ungefär lika vanligt, bland män i de tre länderna. Även bland kvinnor är skadedödligheten (självmord + olycksfall) lägst i Sverige, men ser man till enbart självmord är dessa dock vanligare i Sverige än i Norge.

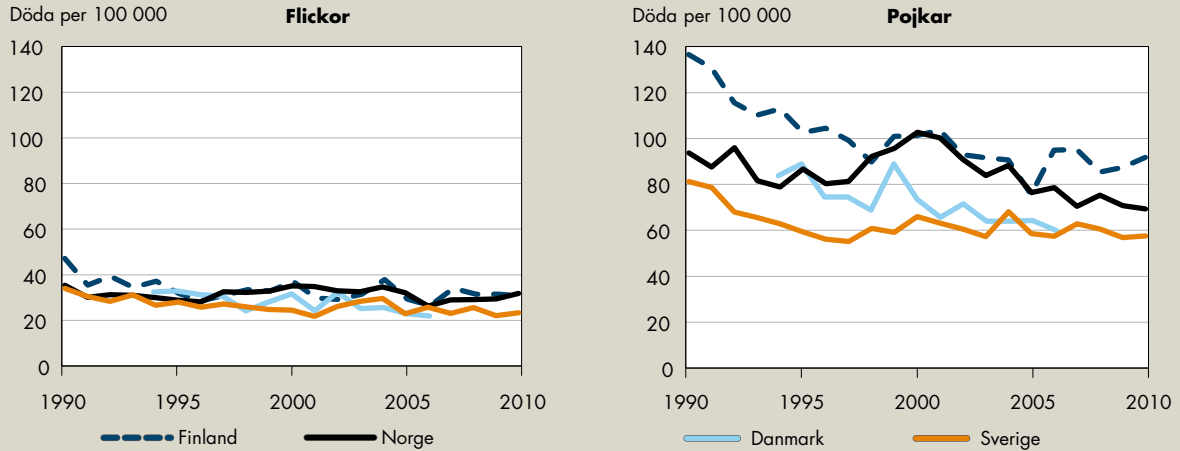
### Självmod och olyckor vanligast bland män med lågutbildade mödrar

Unga män, 15–29 år, vars mödrar enbart har grundskoleutbildning, hade under åren 2000–2011 75 procent högre risk att avlida, än män vars mödrar har en eftergymnasial utbildning. Motsvarande dödlighetsskillnad bland kvinnor var 40 procent. Den högre dödsrisken bland unga som är barn till lågutbildade mödrar, beror framförallt på att det är vanligare att dö i självmord, trafikolyckor och andra olyckor. De sociala skillnaderna i dessa dödsorsaker är särskilt påfallande bland män (figur 2:21).

Risken att avlida i åldern 15–29 år har som sagts inte förändrats under senare år. Figur 2:22 visar att så är fallet för unga oavsett deras mödrars utbildningsnivå. Dödligheten ligger i stort sett på samma nivå sedan 1996, fränsett de årliga variationerna (som är mest uttalade i

**Figur 2:19. Dödlighet i åldern 15–29 år i Finland, Norge, Danmark och Sverige, 1990–2010**

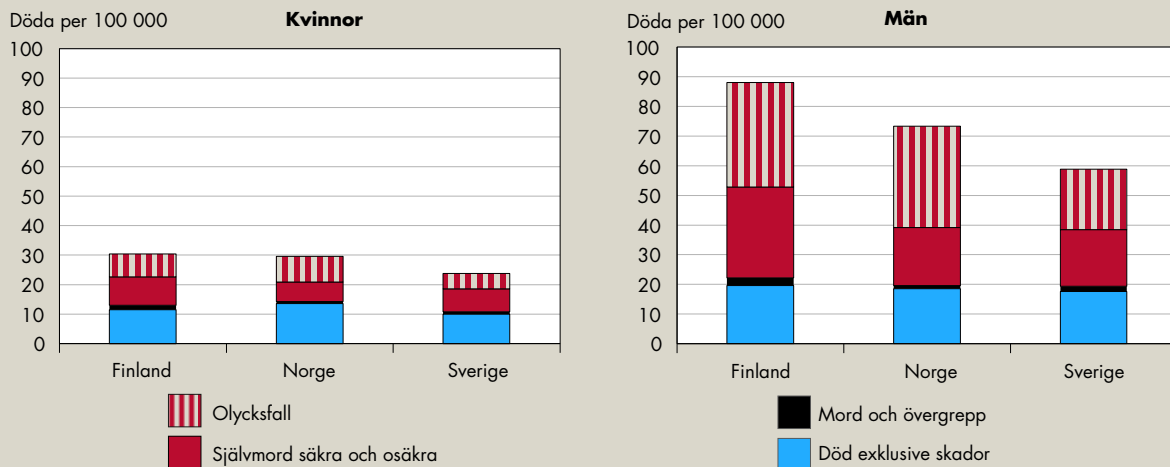
Antal döda per 100 000 i Finland, Norge och Sverige, 1990–2010. Kvinnor och män, 15–29 år. Åldersstandardiserat.



Källa: European mortality database (MDB).

**Figur 2:20. Dödlighet 15–29 år efter typ av dödsorsak, i Finland, Norge och Sverige**

Antal döda årligen per 100 000 i olika dödsorsaker i Finland, Norge och Sverige uppdelat på typ av olycksfall. Kvinnor och män, 15–29 år. Genomsnitt för åren 2005–2010.

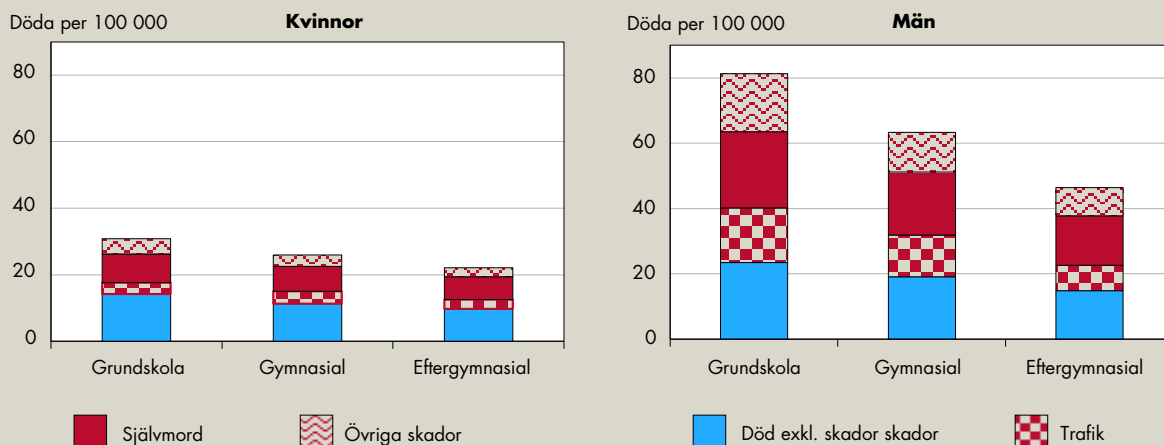


Källa: European mortality database (MDB).

## 2. Barns och ungas folkhälsa

**Figur 2:21. Sociala skillnader i dödsorsaker i åldern 15–29 år efter moderns utbildning**

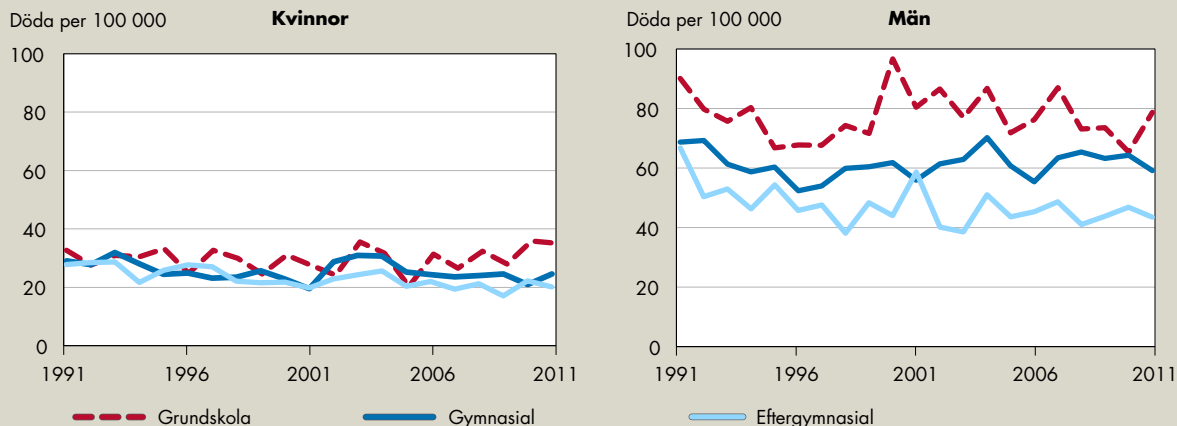
Antal döda årligen per 100 000 i olika dödsorsaker i åldern 15–29 år efter moderns högsta utbildningsnivå. Kvinnor och män, genomsnitt 2000–2011.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 2:22. Sociala skillnader i dödlighet i åldern 15–29 år efter moderns utbildning, 1991–2011**

Dödlighet i åldern 15–29 år efter moderns högsta utbildningsnivå. Antal döda per 100 000, kvinnor och män, 1991–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

gruppen med grundskoleutbildade mödrar på grund av att det är betydligt färre i den gruppen).

### Själv mord ovanligt före slutet av tonåren

Själv mord är mycket sällsynt under barndom och tidiga tonår, men stiger därefter snabbt från 15 års ålder till 20-årsåldern, framförallt bland män (figur 2:23).

Trots att själv mord är en av de viktigaste dödsorsakerna i åldern 15–29 år är det vanligare att ta sitt liv i högre åldrar, vilket gäller både kvinnor och män. Bland exempelvis män är själv mord mer än dubbelt så vanligt i åldersgrupperna över 45 år än bland unga (FHR kapitel 6, figur 2).

### Oförändrad själv mordstrend oavsett social bakgrund

Själv mord har minskat de senaste årtiondena i alla åldersgrupper utom bland ungdomar. I exempelvis åldern 25–44 år har själv morden halverats bland både män och kvinnor sedan 1990 (FHR kapitel 6, figur 2). Att andelen själv mord inte förändrats nämnvärt under de senaste 20 åren, gäller ungdomar oavsett mödrarnas utbildningsbakgrund (figur 2:24). Observera att figur 2:24 har olika skalor för kvinnor och män.

Bland kvinnor förefaller det inte finnas några tydliga sociala skillnader i hur vanligt det är med själv mord. Däremot förefaller själv mordsrisken genomgående vara något högre bland män, med mödrar som endast har grundskoleutbildning. Själv mord bland unga är ovanliga och årliga variationer är därmed stora. Det går därför inte att utläsa om de sociala skillnaderna ökat eller minskat under perioden.

### Själv morden minskar i Danmark och Finland

I Finland och Danmark minskar själv mord bland män i åldern 15–29 år, till skillnad mot Sverige och Norge där ingen större förändring skett (figur 2:25). Själv mord är dock fortfarande vanligast i Finland, medan den lägsta andelen finns i Danmark. Både nivån och utvecklingen av själv mord i Sverige är snarlik den i Norge.

### Dödsolyckor, lägst risk i Sverige

Bland män åldern 15–29 år är det lika vanligt att dö till följd av olycksfall som själv mord. Bland kvinnor i denna åldersgrupp är det däremot färre som dör av olycksfall än av själv mord.

Olycksfallsdödligheten har sjunkit de allra senaste åren, efter att ha legat på en oförändrad nivå sedan mitten av 1990-talet, frånsett årliga variationer med bland annat en topp på grund av tsunamin 2004 (figur 2:26). Observera att det är olika skalor för kvinnor och män i figuren.

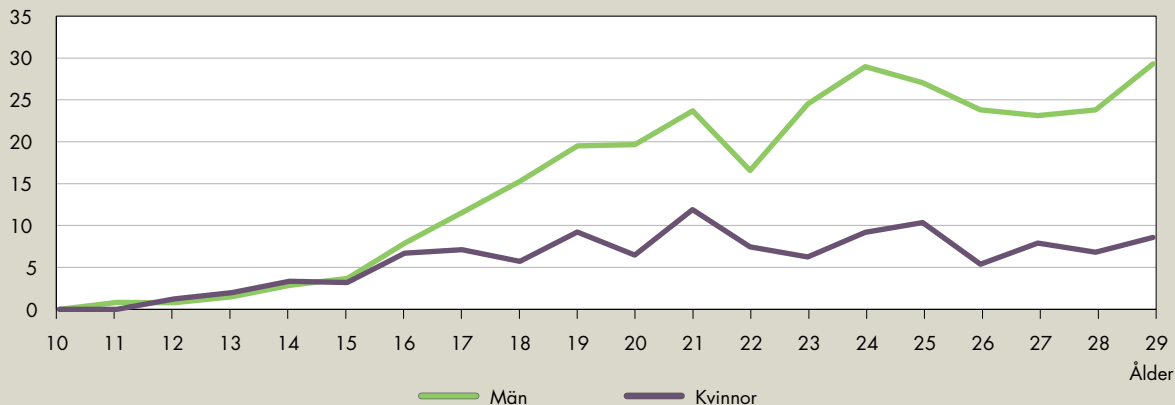
Olycksfallsdödligheten i åldern 15–29 år är betydligt lägre i Sverige än i Finland och Norge, framförallt bland män. Till skillnad från åldersgruppen 1–14 år kvarstår således skillnaderna i olycksfallsdödlighet mellan länderna. Transportolyckor och förgiftningar (utan själv mordsavsikt) ligger bakom flest dödsolyckor i åldern 15–29 år (figur 2:27). I Sverige är det förhållandevis få som dör till följd av transportolyckor och förgiftningar.

## 2. Barns och ungas folkhälsa

**Figur 2:23. Själv mord i olika åldrar i åldersspannet 10–29 år**

Antal döda i självmord\* per 100 000, män och kvinnor, 10–29 år. Genomsnitt för åren 2007–2011.

Döda per 100 000



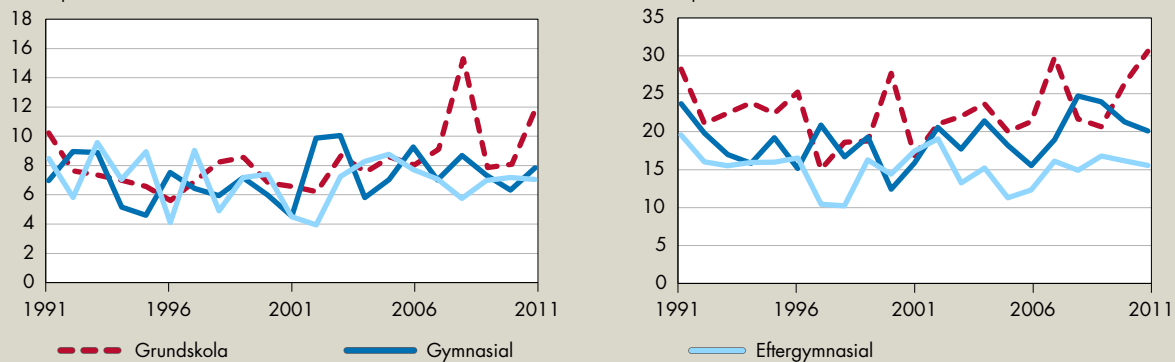
\*säkra + osäkra självmord.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 2:24. Sociala skillnader i självmord i åldern 15–29 år, 1991–2011**

Antal döda per 100 000, män och kvinnor 15–29 år, efter moderns högsta uppnådda utbildning. 1991–2011.

Döda per 100 000

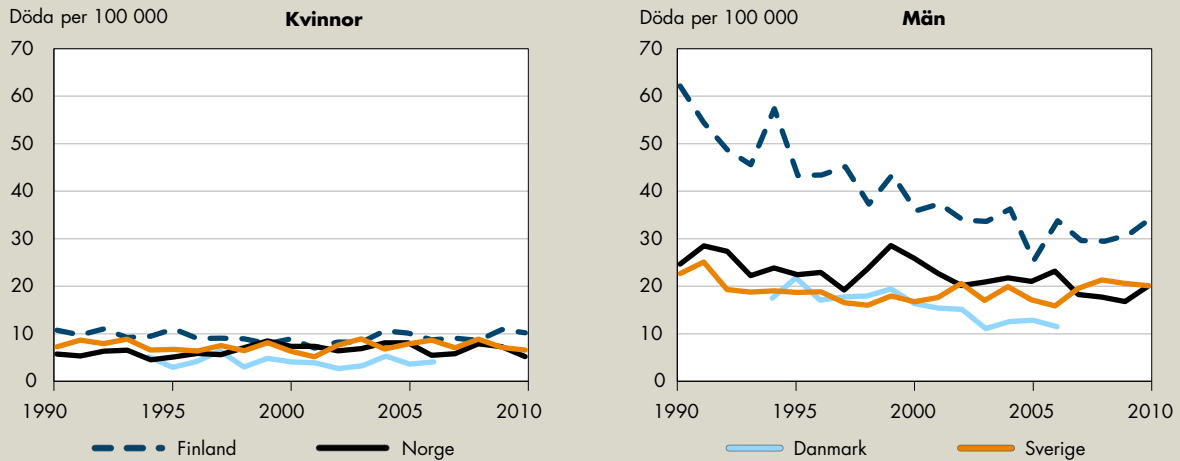


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.



**Figur 2:25. Själv mord i Finland, Norge och Sverige, 1990–2010**

Antal döda per 100 000 i självmord\* i Finland, Norge och Sverige, 1990–2010. Kvinnor och män, 15–29 år. Åldersstandardiserat.

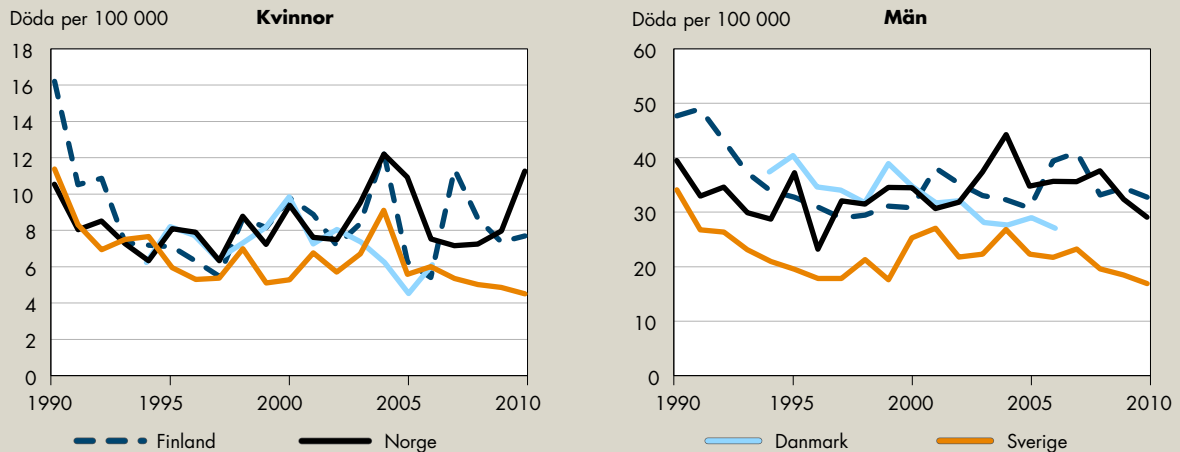


\*Säkra och osäkra självmord.

Källa: European mortality database (MDB).

**Figur 2:26. Död i olyckor i Finland, Norge Danmark och Sverige, 1990–2010**

Antal döda per 100 000 i olyckor i Finland, Norge, Danmark och Sverige, 1990–2010. Kvinnor och män, 15–29 år. Åldersstandardiserat.

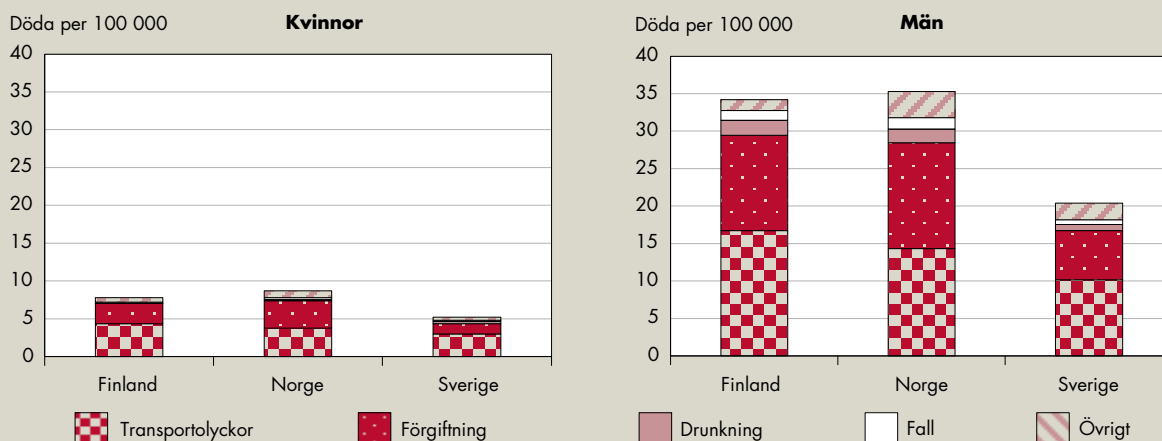


Källa: European mortality database (MDB).

## 2. Barns och ungas folkhälsa

**Figur 2:27. Olycksfallsdödlighet efter typ av olycksfall, i Finland, Norge och Sverige**

Antal döda årligen per 100 000 till följd av olyckor i Finland, Norge och Sverige uppdelat på typ av olycksfall. Kvinnor och män, 15–29 år. Genomsnitt för åren 2005–2010. Åldersstandardiserat.



Källa: European mortality database (MDB).

### Färre röker och dricker sig berusade men fler unga använder narkotika

Det finns flera anledningar till att särskilt uppmärksamma ungas levnadsvanor. Skadliga levnadsvanor etableras ofta tidigt i livet. Nästan alla som är rökare har börjat röka före 18 års ålder, och ju tidigare i livet unga börjar dricka sig berusade ju större är risken för framtida alkoholberoende. Missbruk av olika slag har ofta större inverkan på yngre individer, eftersom de växer och befinner sig i en viktig utvecklingsfas både mentalt och socialt.

### Färre unga röker

Rökning har minskat kraftigt i den vuxna befolkningen, utom bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning där en tredjedel är rökare, och andelen har varit oförändrad sedan 1980-talet. Rökning har allt sedan början av 1980-

talet varit vanligare bland flickor än bland pojkar i årskurs 9 och i åldersgruppen 16–24 år (FHR kapitel 3, figur 17, 18). Sedan början av 1990-talet är det också bland vuxna fler kvinnor än män som röker.

Bland niondeklassare minskade rökningen kontinuerligt fram till 2005/2006. Därefter ökade andelen rökare bland både flickor och pojkar fram till 2009/2010. Under 2011 minskade åter andelen rökare, se vidare Folkhälsoinstitutets rapport ”Barn och unga 2013 – utveckling av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder” [21]. Att snusa är betydligt vanligare bland pojkar än bland flickor, och allt färre skolungdomar snusar. Sammantaget går såldes utvecklingen åt rätt håll men de stora sociala skillnaderna bland vuxna innebär att det sannolikt även är grupper bland ungdomar där andelen rökare inte minskar.

### Alkoholmissbruk bland unga minskar

Åldersgruppen 20–24 år är den ålder som har den högsta genomsnittliga alkoholkonsumtionen bland både kvinnor och män (FHR kapitel 11, figur 5). Att ha ett riskabelt dryckesmönster och att dricka stora mängder vid samma tillfälle är också vanligast bland unga (FHR kapitel 11, figur 8, 9, 11). Svenska ungdomars alkoholkonsumtion ligger på ungefär samma nivå som för övriga ungdomar i EU (FHR kapitel 11 figur 5).

Under 1990-talet ökade alkoholkonsumtionen i Sverige vilket kan avläsas utifrån statistik från försäljning, införsel och från frågeundersökningar (FHR kapitel 11, figur 1, 4, 7). Konsumtionen i den svenska befolkningen förefaller ha kulminerat runt 2004 och har därefter planat ut.

Alkoholkonsumtionen bland elever i årskurs nio ökade också under 1990-talet. Det är sannolikt att det finns ett samband mellan ökningen av psykisk ohälsa under 1990-talet, som beskrivs

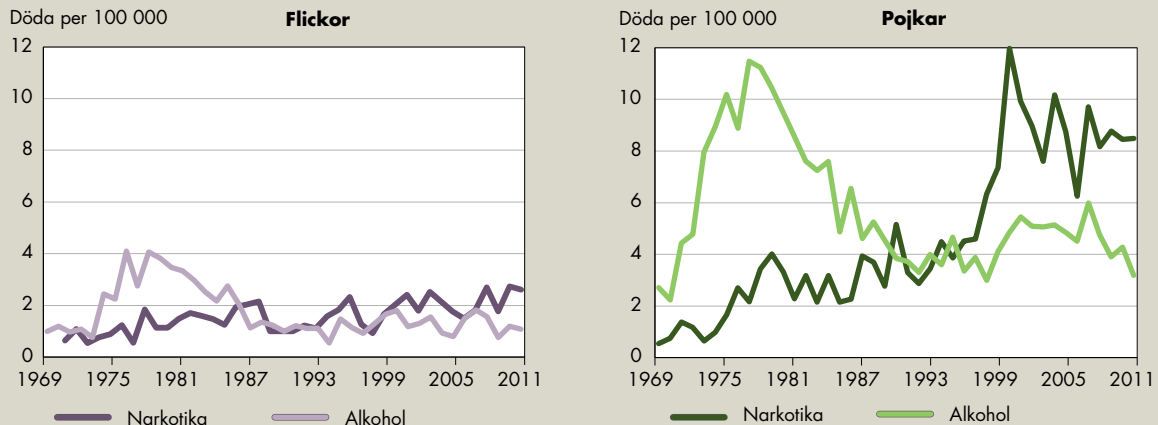
längre fram i detta kapitel, och den samtidiga ökningen av alkoholkonsumtionen. Depression och ångest är vanligare bland personer med hög alkoholkonsumtion (FHR kapitel 11, tabell 1), vilket beror dels på att psykiska besvär kan leda till högre alkoholkonsumtion och att alkoholkonsumtion kan leda till psykiska besvär. En ond cirkel kan uppstå.

Under hela 2000-talet har alkoholkonsumtionen minskat bland elever i årskurs 9, och är nu tillbaka på samma nivå som i början av 1990-talet (FHR kapitel 11 figur 5). Förutom minskande genomsnittlig alkoholkonsumtion, är det allt fler unga som avstår helt från alkohol och allt färre som dricker sig berusade visar Folkhälsoinstitutets sammanfattning av ungas alkoholkonsumtion under 2000-talet [21].

Figur 2:28 visar att alkoholrelaterad dödlighet bland unga var betydligt vanligare på 1970-talet än idag. Den minskade ända fram till slutet av

**Figur 2:28. Död orsakad av alkohol och narkotika 1969–2011**

Antal döda per 100 000 i alkoholrelaterad dödlighet och död av missbruk i andra droger, 1997–2010. Kvinnor och män, 15–29 år.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

1990-talet, men därefter ökade dödligheten något bland män. Under de senaste åren går utvecklingen åter i positiv riktning, allt färre dör av sin alkoholkonsumtion.

Narkotikadödligheten har till skillnad mot alkoholdödligheten ökat kraftigt sedan 1970-talet, och trots de senaste årens minskning bland män, är dödligheten på en betydligt högre nivå än på 1970-talet (figur 2:28).

Till skillnad mot alkohol har användning av narkotika inte visat någon minskning under 2000-talet bland elever i årskurs 9 och gymnasiet, visar den sammanfattningen av narkotikabruk som finns i Folkhälsoinstitutets rapport [21]. När det gäller pågående bruk ”använt senaste månaden” har andelen fördubblats bland pojkar i årskurs 2 i gymnasiet mellan 2006–2011, från 3 procent till 6 procent.

Redan i unga år är det stora könsskillnader i både alkohol- och narkotikabruk. Det bidrar även till de stora könsskillnaderna i dödsolyckor och självmord. Det finns också betydande socioekonomiska skillnader i missbruk. Exempelvis visar figur 2:31 längre fram att det är vanligare att vårdas på sjukhus för en missbruksdiagnos bland unga vars mödrar har lägre utbildningsnivå, än bland unga vars mödrar har en längre utbildning, skillnader som ökat kraftigt de senaste tjugo åren.

### Sexuell och reproduktiv hälsa

Sexuell och reproduktiv hälsa är ett begrepp som innefattar både hälsomässiga och sociala aspekter på sexualitet och barnafödande. Området är i högsta grad centralt för unga personer. Det handlar bland annat om ett säkert och tryggt sexualliv, möjligheter att få det antal barn man önskar och om de livsvillkor som påverkar sexualliv och familjebildning. Det handlar också om hälsa under

graviditet och förlossning samt hälsan hos det nyfödda barnet.

I både Folkhälsorapport 2005 och i Folkhälsorapport 2009 finns det omfattande kapitel om reproduktiv och sexuell hälsa. I rapporten från 2005 har tonvikten lagts vid barnafödandet [22], hur samhällsvillkoren påverkar barnafödande, samt betydelsen av födelsekontroll och aborter, i Sverige och internationellt. I Folkhälsorapport 2009 (kapitel 9) ligger tyngdpunkten mer på den sexuella hälsan och detta kapitel finns också i den uppdaterade engelska versionen från 2012 [23, 24]. Dessutom beskriver Folkhälsoinstitutets rapport utvecklingen på området [21].

Här följer några punkter sammanfattningsvis. Den mest förekommande sexuellt överförda infektionen, klamydia, är vanligast i åldersgruppen 15–19 år. Andelen smittade ökade kraftigt från början av 1990-talet fram till för några år sedan, ingen större förändring har skett de senaste åren. Att *inte* använda kondom blev allt vanligare under 1990-talet fram till år 2007, det visade upprepade mätningar i en riksrepresentativ undersökning [25]. De senaste årens kondomanvändning har, enligt en annan undersökning, legat på oförändrad nivå mellan 2007–2010 [26] (se vidare i Folkhälsoinstitutets rapport [21]).

Genomsnittsåldern för mödrar vid första barnets födelse ökade i flera decennier, men ökar inte sedan 2004. Att föda barn i tonåren är ovanligt i Sverige och flertalet som blir gravida under tonåren väljer att genomgå abort. Andelen aborter bland tonåringar svänger. Av okänd anledning samvarierar andelen aborter bland tonåringar, och även aborter i andra åldrar, med födelsetalet i befolkningen. Alltså när födelsetalen går upp, ökar också andelen aborter [22]. Aborter bland tonåringar är vanligare i Sverige än i Norge, Danmark och Finland [23].

Trots att gravida är förhållandevis friska och mödradödligheten är mycket låg i vårt land, är

hälsoproblem vanliga både under och efter graviditeten. I fertil ålder är det betydligt fler kvinnor, än jämnåriga män, som vårdas på sjukhus och den huvudsakliga anledningen är komplikationer i samband med graviditet.

### Övervikt, mat och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar

Övervikt har blivit vanligare i alla åldrar och viktökningen i befolkningen var snabbast under 1990-talet. Övervikt i unga år tenderar att bestå även i vuxen ålder. Dessutom brukar de flesta dra på sig ytterligare några kilon under livets gång. Att många redan är överviktiga i unga år innebär en framtida risk för en sämre folkhälsa. Övervikt har ökat mest bland unga relativt sett. I åldern 16–24 år är övervikt nu dubbelt så vanligt, jämfört med för tjugo år sedan. Mat och motionsvanor behöver förändras om övervikten ska minska bland barn och unga. Överviktens orsaker och dess betydelse för folkhälsan diskuteras ingående i Folkhälsorapport 2009 (FHR kapitel7).

### Övervikt fortsätter att öka<sup>3</sup>

I den internationella undersökningen, ”Skolbarns hälsovanor”, får 11-, 13- och 15-åringar uppge vikt och längd. I jämförelse med andra länder har Sverige en låg förekomst av övervikt bland barn.

Övervikt är vanligare bland pojkar och bland äldre barn, än bland flickor och yngre barn. Barns vikt (i förhållande till längden, BMI) har ökat

under senaste tjugo åren för både 11-, 13- och 15-åringar. Ökningen har varit större bland pojkar än bland flickor.

I åldern 16–24 år kan viktutvecklingen följas i den nationella folkhälsoenkäten 2004–2011. Övervikt är vanligare bland män även i åldern 16–24 år. Bland kvinnor har övervikt blivit allt vanligare under hela undersökningsperioden. Andelen överviktiga män var oförändrad fram till de allra senaste åren, men andelen med övervikt ökar nu också i denna grupp.

Andelen unga med fetma (BMI 30 och däröver) har legat stabilt på 4–5 procent under perioden 2004–2011, och är lika vanlig bland kvinnor som bland män. Av arbetslösa ungdomar är andelen med fetma 10 procent, jämfört med 5 procent av arbetande och 3 procent av studerande.

### Mer grönsaker men läsk och godis minskar inte längre

En indikation på hur barns matvanor förändras ur ett hälsoperspektiv får man genom att följa hur vanligt det är att barn äter önskvärd mängd grönsaker och frukt samt avstår från att regelbundet dricka läsk eller äta godis.

Undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” har följt matvanor hos barn i åldern 11–15 år, under 2000-talets första decennium (2001/02 till 2009/10) [27]. Undersökningen visar att utvecklingen har gått mot något hälsosammare matvanor. Det har blivit vanligare att äta grönsaker, omkring 60 procent av barnen äter grönsaker minst 5–6 gånger i veckan. Knappt hälften äter lika ofta frukt, men den andelen har inte förändrats. Läskdrickandet och även godisätande minskade fram till 2005/06, och har därefter varit oförändrat. Omkring 15 procent äter godis minst 5–6 gånger i veckan och 14 procent dricker läsk lika ofta.

<sup>3</sup> En detaljerad sammanställning av barns och ungas viktutveckling, matvanor och fysisk aktivitet utifrån undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” och den Nationella folkhälsoenkäten finns i Folkhälsoinstitutets rapport [21]

## 2. Barns och ungas folkhälsa

---

Utvecklingen går åt samma håll för pojkar som för flickor. Pojkar har dock överlag mindre hälsosamma matvanor. De äter mer godis, dricker mer läsk och äter mindre grönsaker och frukt. Barn med utländsk bakgrund dricker oftare läsk, men äter mer grönsaker.

### Inga större förändringar av fysisk aktivitet bland barn och unga

I undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” har barnen (11–15 år) fått besvara frågan ”Hur ofta brukar du träna på din fritid så att du blir andfådd eller svettas?” Fler pojkar än flickor tränar på denna nivå minst 4 gånger per vecka. Träning har ökat något bland flickor under de senaste tjugo åren, medan nivån är oförändrad bland pojkar.

I åldern 16–24 år har motionsvanorna varit oförändrade mellan 2004–2011 enligt den nationella folkhälsoenkäten. Män som motionerar utövar lite hårdare träning än kvinnor. Stillasittande fritid, som innebär att man ägnar mindre än två timmar i veckan åt promenader, cykling eller annan motion, är lika vanligt bland män som bland kvinnor. Andelen stillasittande, omkring 12 procent, har inte förändrats under perioden. Arbetslösa motionerar mindre än unga som arbetar eller studerar.

### Psykisk ohälsa 15–29 år

Allt sedan början av 1990-talet har det funnits flera tecken på att ungdomars psykiska hälsa har försämrats (FHR kapitel 3). Under hela 1990-talet ökade andelen unga som i frågeundersökningar uppgav symtom på ett nedsatt psykiskt välbefinnande, en ökning som var större än för andra åldrar och som inte alls fanns bland de äldsta (FHR kapitel 3, figur 11). Andelen som uppgav att de led

av ångslan, oro eller ångest, tredubblades på femton år i åldersgruppen 16–24 år, enligt Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar 1989–2005. Det innebar en ökning bland kvinnor från nio till trettio procent och bland män från fyra till fjorton procent. Även ständig trötthet, sömnproblem och svår värk i nacke och skuldror hade ökat (FHR kapitel 6 figur 1).

Denna ökning av självrapporterade besvär fanns bland ungdomar oavsett bakgrund det vill säga oavsett familjeförhållanden, arbetsmarknadsstatus, föräldrars socioekonomiska situation med mera (FHR kapitel 3, tabell 2). Men graden av ökning och nivån av besvär skiljer sig emellertid åt. Bland exempelvis kvinnor i åldern 20–24 år var det vanligast med oro och ångest bland studerande, och det var även bland studerande som andelen med besvär hade ökat mest.

Ytterligare tecken på att den psykiska hälsan försämrades under 1990-talet och framåt, var den kraftiga ökningen av sjukhusvård för självska- beteende/självmodsförsök bland unga, samtidigt som det minskade i andra åldrar (FHR kapitel 3 figur 15). Detsamma gällde vård i psykiatrisk slutenvård, det vill säga en ökning bland unga och en minskning för övriga åldersgrupper (FHR kapitel 3 figur 12). Det var framförallt psykiatrisk vård på grund av ångest och depressioner som ökade bland unga.

### Olika dimensioner av psykisk ohälsa

Det är förstås helt olika dimensioner av psykisk ohälsa som man kan fånga med de olika datakällor som beskrivits ovan. Självrapporterade besvär som oro och ångest uppgår 30–40 procent av unga kvinnor. Det kan jämföras med att mindre än en procent vårdas för självska- beteende/självmodsförsök. Självmod är ännu ovanligare.

I genomsnitt begick 66 kvinnor i åldern 15–29 år självmord årligen, åren 2007–2011, och det var drygt 2 300 kvinnor som vårdades för självska-  
beteende år 2011. Det innebär att det är 35 gånger fler som vårdades för självska-  
beteende än som begår självmord. Bland män var motsvarande siffror drygt 183 självmord och 1 300 vårdade, det vill säga 7 gångers skillnad.

Vård för självska-  
beteende/självmordsförsök är vanligast i ungdomsåren, till skillnad mot självmord som är vanligare högre upp i åldrarna. Vård för självska-  
dador kulminerar strax före tjugo års ålder bland kvinnor, och strax efter bland män och den sociala gradienten finns i hela åldersspannet 15-29 år (figur 2:29). Majoriten av de ungdomar som läggs in på sjukhus för självska-  
dador vårdas för förgiftning, framförallt från läkemedel men också av alkohol. Förhållandevis få, 5–7 procent, vårdas på sjukhus för skärskador [30].

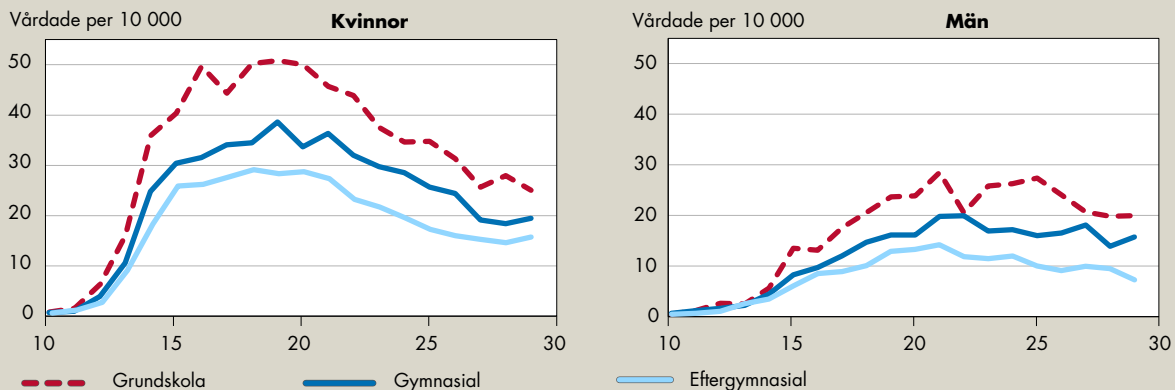
### Samhällsförändringar som påverkar flertalet ungdomar bakom psykisk ohälsa

Analysen av ungdomars psykiska hälsa i Folkhälsorapport 2009 ledde till slutsatsen att den psykiska hälsan hade försämrats successivt sedan början av 1990-talet. Visserligen har samtliga datakällor som analysen vilar på brister, och det finns alternativa förklaringar till ökningen för varje specifik datakälla, än att psykisk ohälsa blivit vanligare. Men eftersom de olika källorna visar ett samstämmigt mönster ter det sig troligt att det finns en gemensam orsak, nämligen än att den faktiska psykiska ohälsan har ökat bland unga.

I Folkhälsorapport 2009 diskuterades några tänkbara samhällsförändringar som kan associeras till den ökade psykiska ohälsan nämligen: Färre arbetstillfällen för ungdomar och fler i studier, förändringar av studiemiljön och arbetsförhållanden, ökad individualisering och ändrade

**Figur 2:29. Självska-  
beteende/självmordsförsök i olika åldrar i åldersspannet 10–29 år**

Antal vårdade per 10 000, män och kvinnor, 10–29 år, efter moderns högst uppnådda utbildning. Genomsnitt för åren 2007–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

## 2. Barns och ungas folkhälsa

levnadsvanor (mindre sömn och ökad alkoholkonsumtion).

### Försämringen av ungdomars psykiska hälsa tycks ha avstannat

Flera undersökningar visar att ökningen av självupplevda psykiska besvär avstannat eller minskat bland unga de senaste åren. Som nämnts ovan visar undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” år 2009/10 för första gången sedan 1985 en minskning av andelen 15-åriga flickor och pojkar som ”känner sig nere” (figur 2:17). Likaså var det i den senaste undersökningen mindre vanligt att känna sig irriterad, ha svårt att somna, ha ont i magen eller huvudvärk [27].

Undersökningen ”Ung i Värmland” som vänder sig till samtliga niondeklassare i Värmland, visar också att ökningen av självrapporterade besvär avstannat. Mellan undersökningsåren

2008 och 2011 minskade andelen flickor och pojkar som ofta, eller alltid, känt sig spända, har dålig aptit, ledsna, yra i huvudet eller har svårt att sova, från att dessa besvär i princip ökat kontinuerligt sedan 1988 när undersökningen började [28].

I Stockholms län har man mätt psykisk ohälsa vart fjärde år sedan 1990 utifrån ett index där flera olika symtom ingår (GHQ12). Fram till 2002 ökade andelen med psykiska besvär bland kvinnor och män i åldern 21–24 år för att därefter minska [29].

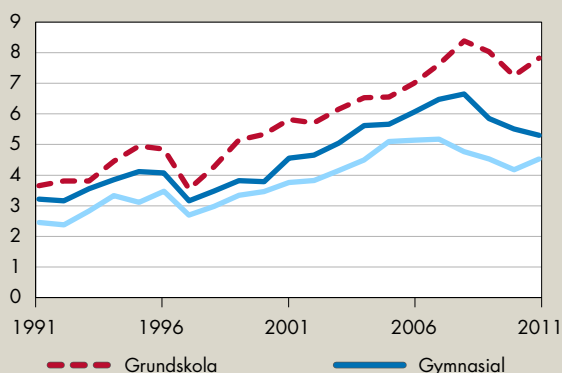
Figur 2:30 visar att utvecklingen tycks ha vänt även när det gäller självskadebeteende/själv-mordsförsök. Figuren visar också att den tidigare ökningen av sjukhusvård för självskadebeteende, fanns såväl bland ungdomar, med mammor med låg som hög utbildningsnivå. Även trendbrottet runt 2008 gäller samtliga unga, oavsett mammans utbildning.

**Figur 2:30. Sociala skillnader i självskadebeteende/själv-mordsförsök i åldern 15–29 år, 1991–2011**

Antal vårdade per 10 000 för självskador, 1991–2011, kvinnor och män 15–29 år, efter moderns högsta uppnådda utbildning.

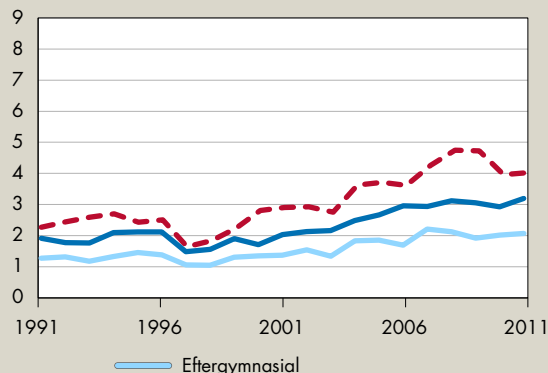
Vårdade per 10 000

**Kvinnor**



Vårdade per 10 000

**Män**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.



Ökningen av självska­de­be­te­en­de/självmords­försök var dock mycket större bland ungdomar vars mammor hade lägre utbildning. Sociala skillnader mellan ungdomar är därför betydligt större nu än i början av 1990-talet (mätt som skillnaden i antal vårdade per 10 000 vårdade, det vill säga absoluta skillnaden).

### **Psykiatrisk slutenvård ökar alljämt och de sociala skillnaderna blir större**

Utöver självska­de­be­te­en­de visar vård i andra psykiatriska diagnoser i stort sett ingen minskande trend. Andelen vårdade ungdomar ökar stadigt för diagnoserna missbruk, ångest, depressioner, bipolär sjukdom, autism och adhd, allt sedan början av 1990-talet (figur 2:31). Andelen vårdade för psykoser har däremot inte ökat och vård för ätstörningar har minskat de senaste åren.

För samtliga ovanstående psykiatriska diagnoser var den sociala skillnaden liten eller obefintlig i början av 1990-talet. Ökningen därefter finns för ungdomar oavsett mödrars utbildningsnivå, men ökningstakten skiljer sig markant åt för flera av dessa diagnoser. Idag finns en tydlig social gradient för vård för missbruk, ångest, depressioner, psykoser och adhd, som är vanligare ju lägre utbildningsnivå den unges mamma har. Den sociala gradienten är däremot den omvända när det gäller vård för bipolär sjukdom och ätstörningar, som bägge är vanligare bland unga till välutbildade mödrar. Beträffande vård för autism ses inga sociala skillnader.

De som vårdas på sjukhus under senare år för ångest, depressioner eller alkohol/drogmissbruk, är sannolikt lika allvarligt sjuka som vårdade ungdomar var tidigare, eftersom de återkommer till psykiatrisk slutenvård i lika stor utsträckning nu som tidigare [30].

### **Kommer självmorden att minska?**

Ungdomar som vårdas för självska­de­be­te­en­de/självmords­försök har ofta även en psykiatrisk diagnos. Parallellt med ökningen av självska­de­be­te­en­de ökade som sagt även vård för bland annat depression, ångest och missbruk. Det är emellertid inte någon specifik psykiatrisk diagnos som står bakom ökningen av självska­de­be­te­en­de. Bland de som skadat sig själva var andelen som hade en psykiatrisk diagnos densamma under åren 1997–2007 och proportionerna mellan de olika diagnoserna var också densamma [31]. Likaså var det inte heller någon enskild självska­de­be­te­en­de metod som ökade mer än andra [31].

Många som begår självmord har tidigare gjort självmords­försök och har därutöver ofta en psykiatrisk sjukdom. Personer som i frågeundersökningar uppger att de lider av ångest och oro har också visat sig ha en högre risk att begå självmord [30]. Frågan är om även självmorden, så småningom kommer att minska om vård för självska­de­be­te­en­de fortsätter att minska och allt färre rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande.

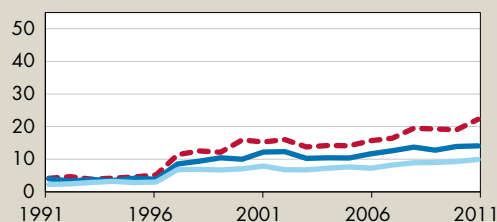
Ungdomars försämrade psykiska hälsa har uppmärksamats i förhållandevis hög grad det senaste decenniet och försök att förbättra hälsan för ungdomar pågår. Vilka förändringar som har bidragit till att trenden brutits beträffande självupplevd psykisk ohälsa och självska­de­be­te­en­de är oklart. Trots att det finns tecken på en förbättring finns det anledning att vara uppmärksam på de hälsokonsekvenser som i framtiden kan uppträda för den generation ungdomar som har rapporterat höga nivåer av psykiska besvär, eftersom man vet att självrapporterad psykisk ohälsa i ungdomen innebär högre risk att insjukna i psykiatriska sjukdomar och begå självmord.

## 2. Barns och ungas folkhälsa

**Figur 2:31. A-D. Sociala skillnader i sjukhusvård för olika psykiatriska diagnoser i åldern 15–29 år, 1991–2011**

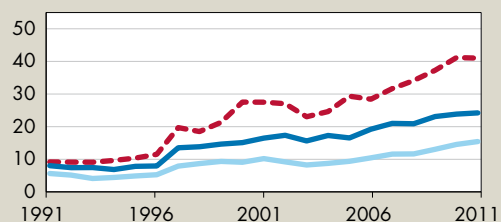
Antal sjukhusvårdade per 10 000, män och kvinnor, 15–29 år, efter moderns högst uppnådda utbildning. 1991–2011.

Antal vårdade per 10 000 **Kvinnor**

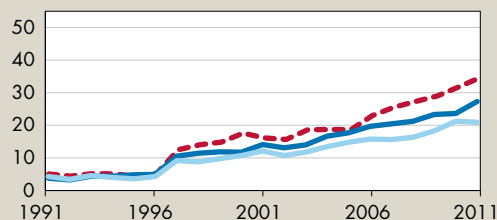


**A. Missbruk**

Antal vårdade per 10 000 **Män**

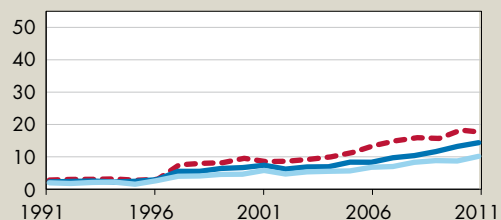


Antal vårdade per 10 000 **Kvinnor**

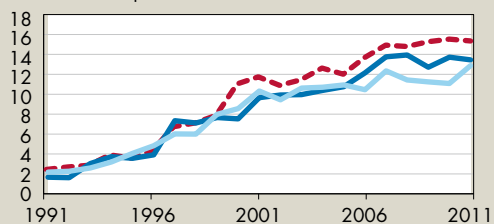


**B. Ångest**

Antal vårdade per 10 000 **Män**

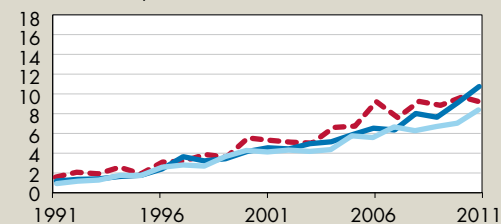


Antal vårdade per 10 000 **Kvinnor**

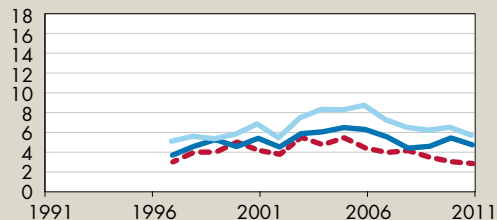


**C. Depression**

Antal vårdade per 10 000 **Män**

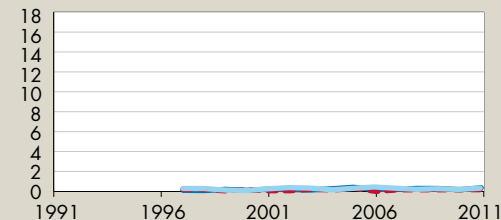


Antal vårdade per 10 000 **Kvinnor**



**D. Bipolär**

Antal vårdade per 10 000 **Män**

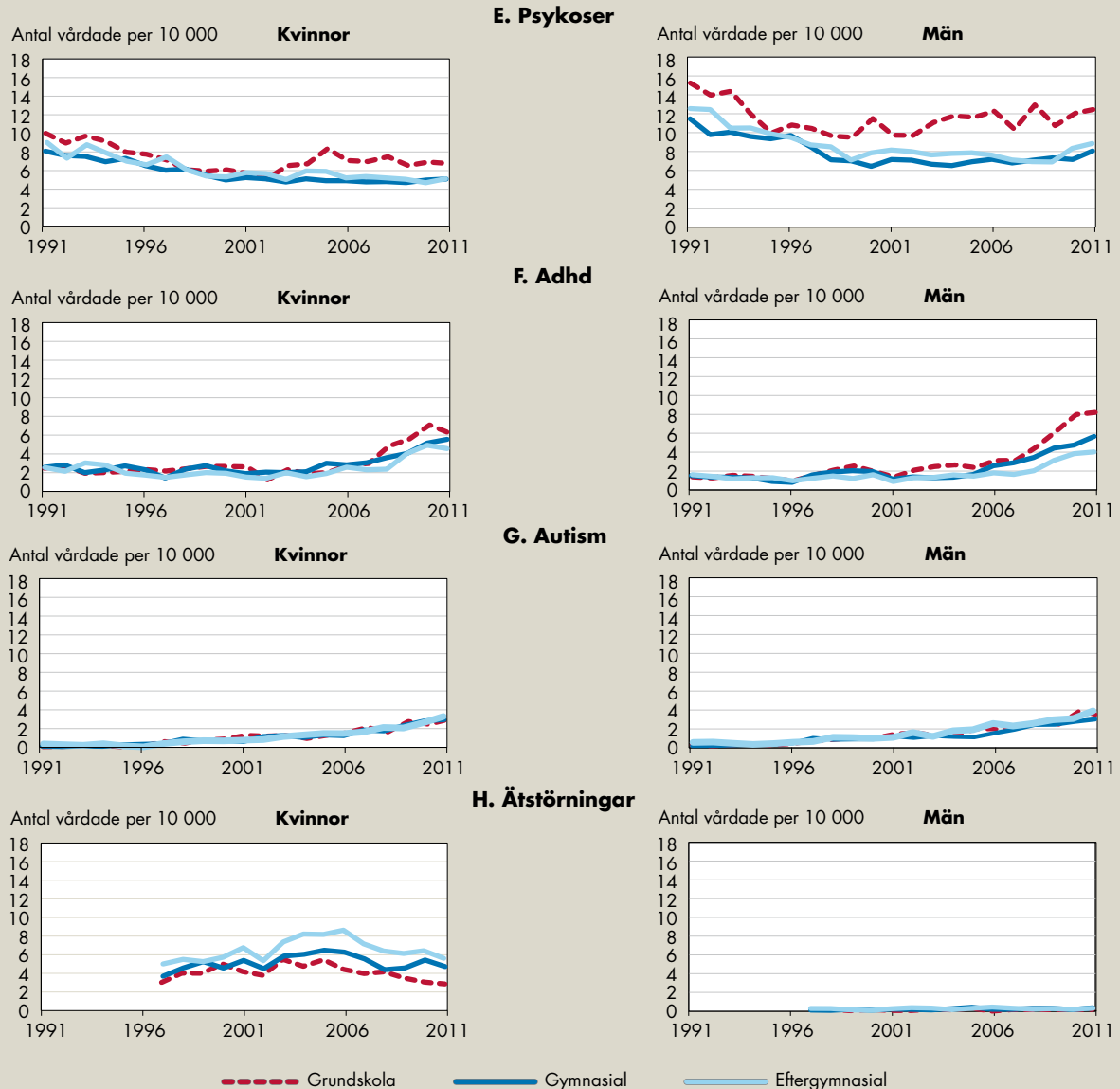


--- Grundskola    — Gymnasial    — Eftergymnasial

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

**Figur 2:31. E-H. Sociala skillnader i sjukhusvård för olika psykiatriska diagnoser i åldern 15–29 år, 1991–2011**

Antal sjukhusvårdade per 10 000, män och kvinnor, 15–29 år, efter moderns högst uppnådda utbildning. 1991–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

### Referenser

1. Hjern, A., *Barns hälsa*, i *Folkhälsorapport 2009*, Socialstyrelsen.
2. Lager, A., et al., *Ungdomars hälsa*, i *Folkhälsorapport 2009*, Socialstyrelsen.
3. Hjern, A., *Children's health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 2*. Scand J Public Health, 2012. 40(9 Suppl): p. 23-41.
4. Lager, A., et al., *Young people's health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 3*. Scand J Public Health, 2012. 40(9 Suppl): p. 42-71.
5. Ekéus, C., K. Christensson, and A. Hjern, *Unintentional and violent injuries among pre-school children of teenage mothers in Sweden: a national cohort study*. J Epidemiol Community Health, 2004. 58(8): p. 680-5.
6. Socialstyrelsen, *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2011 Assisterad befruktning 1991–2010*, 2013.
7. Mödrahälsovårdsregistret, *Årsrapport 2011*.
8. WHO, *Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in School-aged children (HBSC). Study: International report from the 2009/2010 survey*, 2011.
9. Wahlin, S. och I. Sarman, *Ska kvinnan vara nykter när hon försöker bli gravid?* Läkartidningen, 2009. 106(24-25): p. 1628-9.
10. Stenson, K., *Men's Violence against Women – a Challenge in Antenatal Care [Mäns våld mot kvinnor – en utmaning inom mödrahälsovården]*, Department of Women's and Children's Health 2004, Uppsala Universitet: Uppsala.
11. Finnbogadottir, H. and A.K. Dykes, *Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden*. Midwifery, 2012. 28(2): p. 181-9.
12. Szajewska, H., et al., *Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease*. Aliment Pharmacol Ther, 2012. 36(7): p. 607-18.
13. Livsmedelsverket, *Evidensbaserade råd om nutrition till barn*, 2011.
14. Socialstyrelsen, *Smitta i förskolan*, 2008.
15. Hjorth, L., et al., *Hög överlevnad efter barn-cancer, ibland till högt pris*. Läkartidningen, 2010. 107(42): p. 2572-5.
16. Cancerfonden och Socialstyrelsen, *Cancer i siffror 2009*, 2009.
17. Dahlquist, G.G., L. Nyström, and C.C. Patterson, *Incidence of type 1 diabetes in Sweden among individuals aged 0-34 years, 1983-2007: an analysis of time trends*. Diabetes Care, 2011. 34(8): p. 1754-9.
18. Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes (SWEDIABKIDS), *Årsrapport – 2011 års resultat*
19. Statens folkhälsoinstitut, *Barn och unga 2013– utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Samordnad folkhälsorapportering*, 2013.
20. Danielsson, M. and K. Sundström, *Kapitel 6: Reproduktiv hälsa*, i *Folkhälsorapport 2005*: Stockholm.
21. Danielsson, M., et al., *Sexual and reproductive health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 9*. Scand J Public Health, 2012. 40(9 Suppl): p. 176-96.
22. Danielsson, M., et al., *Sexuell och reproduktiv hälsa*, i *Folkhälsorapport 2009*, Socialstyrelsen.
23. Herlitz, C., *Hiv och aids i Sverige. Kunskap, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2007*, 2008.

24. Smittskyddsinstitutet. *Ungdomar och sexualitet 2011. Ungdomsbarometern. Specialrapport för Smittskyddsinstitutet*. 2011;
25. Statens folkhälsoinstitut, *Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport*, 2011: Östersund.
26. Hagquist, C., *Skolmiljö, mobbing och hälsa. Resultat från Ung i Värmland 1988-2011*, 2012, Centrum för forskning om barn och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads Universitet.
27. Dalman, C., Y. Forsell, and C. Magnusson, *Psykisk ohälsa i Stockholms län 2011*, Stockholms läns landsting Karolinska Institutet.
28. Beckman, K., et al., *Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada. Läkemedel vanligaste skademetod*. *Läkartidningen*, 2010. 107(7): p. 428-31.
29. Salmi P, Berlin M, Björkenstam E, Weitoft Ringbäck B. *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Socialstyrelsen, 2013.



Vård och stöd till vissa  
utsatta grupper

3.

## Vård och stöd till vissa utsatta grupper

### Slutsatser

- Antalet barn och unga som får vård för psykisk ohälsa fortsätter att öka, och det är framför allt vård för depressioner och ångestsjukdomar som ökar. Tidiga tecken på psykisk ohälsa är en väsentlig riskfaktor för psykiatrisk vård senare i livet. Det finns emellertid brister i ansvarsfördelning i första linjens vård vid psykisk ohälsa, och barn, unga samt deras familjer vet inte alltid vart de ska vända sig. Inom barn- och ungdomspsykiatri är rekryterings- och bemanningsproblemen en fortsatt utmaning. Det är dock positivt att barns och ungas tillgänglighet till den psykiatriska vården har förbättrats. Samtidigt har barn- och ungdomspsykiatri allvarliga brister i patientsäkerhet som det är viktigt att verksamheterna kommer till rätta med.
- De placerade barnens levnadsomständigheter och deras sämre hälsa ställer ökade krav på socialtjänsten och hälso- och sjukvården att anpassa vården och omsorgen så att den bättre svarar upp mot placerade barns behov. Det är viktigt att verksamheter och forskare fortsätter att följa hälsan och livsvillkoren för denna grupp, och att samverkan mellan olika verksamheter förbättras.
- Stödet till barn och unga med funktionsnedsättning har blivit bättre, men fortfarande kvarstår vissa brister. Gruppens delaktighet vid utformning av stöd måste öka och olika aktörers samordning av stöden måste bli bättre.
- Hemlöshet bland unga är relativt ovanligt, men för var femte som är ung och hemlös har problematiken varat i flera år. Konflikt i familjen är den vanligaste orsaken till hemlöshet bland barn och unga. Trots att de flesta får olika insatser från socialtjänsten så finns det ett antal som inte får några insatser alls.
- Barns och ungas utsatthet för lindrigt våld tycks ha minskat, men förekomsten av grövre våld är oförändrad. På flera håll i landet pågår arbetet med att bygga upp team, som ska ge samordnat stöd till våldsutsatta barn och unga. Samtidigt behöver andra aktörers tillämpning av anmälningsskyldigheten till socialtjänsten bli bättre, liksom möjligheterna för de utsatta barnen och unga att själva komma till tals.
- Stödet till ensamkommande barn och unga har förbättrats och idag är skillnaderna små mellan hem för vård eller boende (HVB) som riktar sig till denna grupp och andra HVB. Andelen som inte går i skolan är emellertid något högre för denna grupp än för barn och unga i andra HVB.



## Barn och unga som vårdas för psykisk ohälsa

Barn och unga upp till 17 års ålder kan söka till specialiserad öppenvård vid barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det finns även psykiatriska slutenvårdplatser för barn i vissa landsting om barnet akut behöver läggas in på sjukhus. Om det inte finns någon sådan barnpsykiatrisk slutenvård är barnet eller den unge hänvisad till vuxenpsykiatrisk slutenvård.

## Adhd är det främsta skälet till besök inom den öppna barn- och ungdomspsykiatri

Under 2011 hade omkring 41 300 pojkar och 26 700 flickor i upp till 17 år någon form av kontakt med den psykiatriska öppenvården, eller använde psykofarmaka [1]. Det motsvarar 4,2 procent av pojkarna och 2,9 procent av flickorna i åldersgruppen. Psykofarmaka förskrevs till två procent flickor och tre procent pojkar i respektive åldersgrupp (tabell 3:1).

**Tabell 3:1. Förekomst av allvarigare psykisk ohälsa bland barn och unga 0–17 år**

Flickor respektive pojkar som någon gång under 2011 besökt psykiatrisk öppenvård, vårdats inom psykiatrisk slutenvård eller använt psykofarmaka\*.

Alla som	Flickor		Pojkar	
	Antal	Andel av alla i åldersgruppen %	Antal	Andel av alla i åldersgruppen %
Använder* psykofarmaka	18 607	1,99	29 506	2,99
Vårdas i psykiatrisk slutenvård**	1 903	0,2	1 358	0,14
Besöker psykiatrisk öppenvård*	17 638	1,89	27 953	2,84
<b>Antingen använder psykofarmaka, besöker psykiatrisk öppenvård eller vårdas inom psykiatrisk slutenvård</b>	<b>26 700</b>	<b>2,86</b>	<b>41 326</b>	<b>4,19</b>
<b>Både</b> använder psykofarmaka <b>och</b> vårdas inom psykiatrisk slutenvård**	156	0,02	119	0,01
<b>Både</b> använder psykofarmaka <b>och</b> besöker psykiatrisk öppenvård**	9 157	0,98	16 155	1,64
<b>Både</b> besöker psykiatrisk öppenvård** <b>och</b> vårdas inom psykiatrisk slutenvård	239	0,03	189	0,02
<b>Både</b> använder psykofarmaka <b>och</b> besöker psykiatrisk öppenvård <b>och</b> vårdas i psykiatrisk slutenvård	948	0,10	514	0,05

\*hämtar ut förskrivna läkemedel

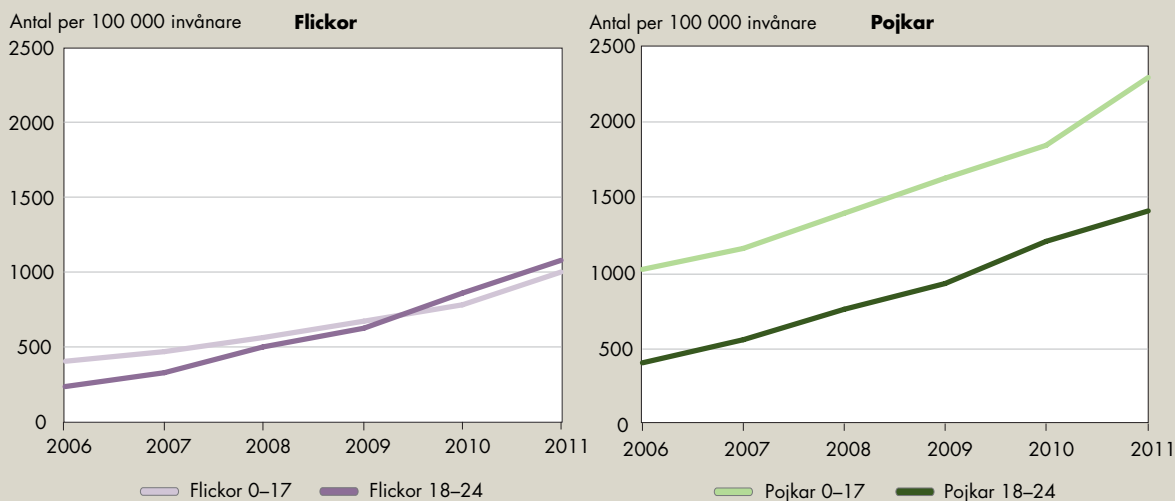
\*\*p.g.a. psykisk sjukdom

Källa: Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

#### Figur 3:1. Psykiatrisk öppenvård, neuropsykiatriska tillstånd

Antal patienter vårdade i specialiserad öppenvård med neuropsykiatrisk diagnos som huvuddiagnos, 2006–2011.



F80-99 Neuropsykiatriska diagnoser.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Både för pojkar och flickor var uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörningar (adhd) främsta skälet till besök inom öppen psykiatrisk vård.

Allt fler unga har kontakt med öppenvården på grund av psykisk ohälsa, och under perioden 2000–2010 ökade gruppen med omkring en tredjedel. Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister visar att det framför allt handlar om en ökning av adhd, autism och Aspergers syndrom<sup>1</sup> (figur 3:1<sup>2</sup>). Ökningen är tydligast för pojkar, där

har antalet vårdkontakter mer än fördubblats mellan 2006 och 2011.

Figur 3:2<sup>2</sup> visar ökningen av antalet flickor respektive pojkar som vårdas för psykisk sjukdom, som schizofreni, depression och ångest. I figuren ingår även andra psykiska tillstånd som beteendestörningar och personlighetsstörningar. Även dessa diagnoser ökar inom den psykiatriska öppenvården, men ökningen inte är lika dramatisk som för de neuropsykiatriska diagnoserna.

1 Ökningen bör dock tolkas med viss försiktighet på grund av osäkerhet i hur god täckningsgraden i inrapporteringen till registret har varit.

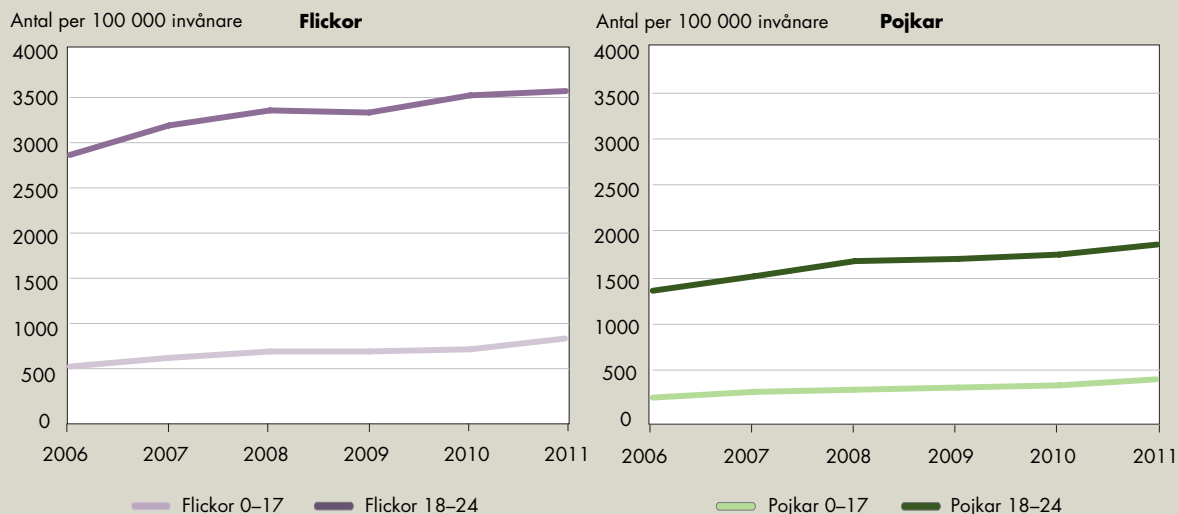
2 I figuren redogörs även för besök som görs av åldersgruppen 18–24 år, det vill säga unga vuxna. De besöken görs emellertid inte till BUP utan till den psykiatriska öppenvården som vänder sig till vuxna.

#### Liten ökning inom psykiatrisk slutenvård

Inom den psykiatriska slutenvården vårdas relativt få barn och unga som är 17 år eller yngre. År 2010 rörde det sig om cirka 6 000 personer,

**Figur 3:2. Psykiatrisk öppenvård, psykisk sjukdom**

Antal patienter vårdade i specialiserad öppenvård med psykisk sjukdom som huvuddiagnos, 2006–2011.



Psykiatriska diagnoserna F20–29 schizofreni, F30–39 förstämningssyndrom inkl. depression, F40–48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma inkl. ångest. F50–69 beteendestörning och personlighetstörning.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

vilket motsvarade 3 av 1 000 barn och unga. Andelen ökade något under perioden 2000–2010, men är fortfarande relativt liten i förhållande till andelen vuxna patienter i psykiatrisk slutenvård. Omkring två tredjedelar av de barn och unga som vårdades i den psykiatriska slutenvården 2010 var flickor. I hög grad vårdades de för depressions- och ångesttillstånd [2].

Relativt få barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser vårdas inom den psykiatriska slutenvården, 2011 var antalet omkring 30 per 100 000 barn och unga. Andelen var något högre för pojkar än för flickor (figur 3:3<sup>2</sup>).

År 2011 vårdades 700 flickor per 100 000 barn och unga för psykisk sjukdom inom den psykia-

triska slutenvården, som schizofreni, depression och ångest (figur 3:4<sup>3</sup>). Motsvarande andel för pojkar var 400 per 100 000 barn och unga. Även inom slutenvården är könsskillnaderna stora, och flickorna är i majoritet.

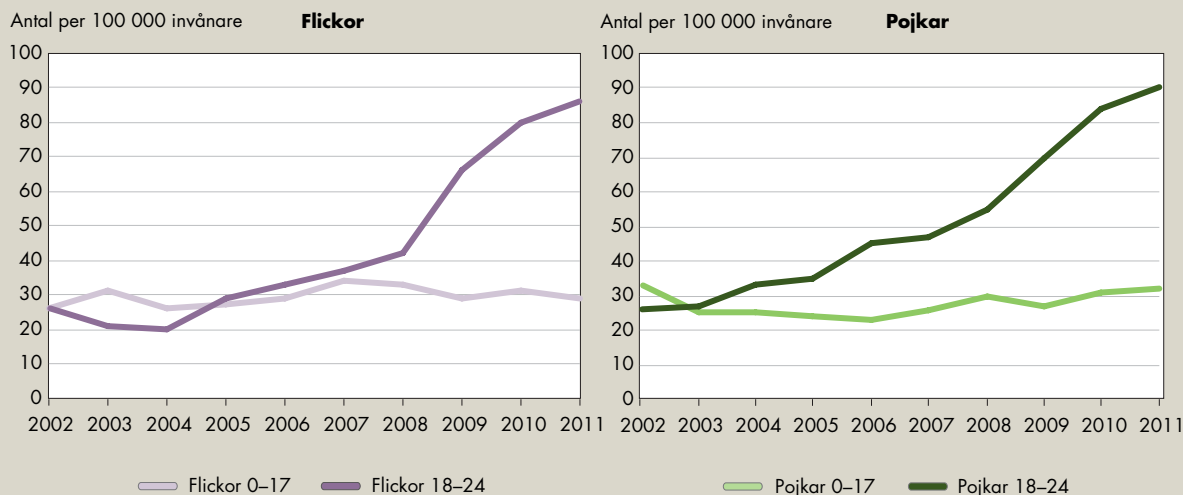
En kartläggning som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har genomfört ger ytterligare kunskap om barn och unga som vårdas i den psykiatriska slutenvården. Under 2008 vårdades omkring 2 300 barn och unga inom heldygnsvården [3]. Huvuddelen av dessa var flickor i åldern

3 I figuren redogörs även för besök som görs av åldersgruppen 18–24 år, det vill säga unga vuxna. De besöken görs emellertid inte till BUP utan till den psykiatriska öppenvården som vänder sig till vuxna.

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

#### Figur 3:3. Psykiatrisk slutenvård, neuropsykiatriska tillstånd

Antal patienter vårdade i slutenvård med neuropsykiatrisk diagnos som huvuddiagnos, 2006–2011.



F80–99 Neuropsykiatriska diagnoser.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

13–17 år. De vanligaste diagnoserna bland både flickor och pojkar var ångeststörningar samt depression, mani och bipolär sjukdom. Bland flickor var också ätstörningar en vanlig diagnos.

De barn och unga som vårdades i slutenvård när SKL:s kartläggning ägde rum var överlag svårt sjuka och bara någon enstaka bedömdes ha en tveksam indikation för slutenvård. De behövde ofta skyddas från att skada andra eller sig själva – självmordsförsök och självskaumbeteende var relativt vanliga orsaker till vården. Medelvårdtiden var drygt 16 dagar, och omkring 15 procent av vården gavs enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård [3].

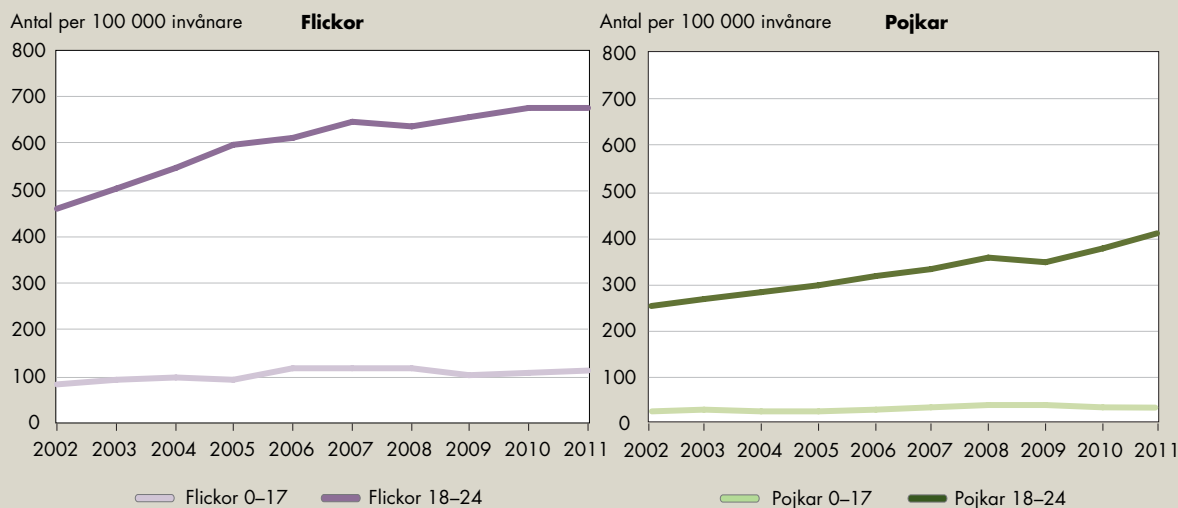
#### Psykiatrisk vård till unga vuxna

Från det att den unge fyller 18 år behandlas psykiatrisk problematik generellt inom vuxenpsykiatri i Sverige. På vissa håll finns dock verksamheter för unga vuxna mellan 18 och 24 år.

Under 2011 fick omkring 33 500 män och 46 100 kvinnor i åldern 18–24 år någon form av psykiatrisk vård [1]. Det motsvarar 7,2 procent män och 10,5 procent kvinnor i motsvarande åldersgrupp i befolkningen. Nästan 9 procent av alla unga kvinnor och 6 procent av alla unga män i åldersgruppen hade förskrivits psyko-farmaka. Utlandsfödda män och kvinnor fick öppen- eller slutenvård i något högre utsträckning än övriga.

**Figur 3:4. Psykiatrisk slutenvård, psykisk sjukdom**

Antal patienter vårdade i slutenvård med psykisk sjukdom som huvuddiagnos, 2006–2011.



Psykiatriska diagnoserna F20–29 schizofreni, F30–39 förstämningssyndrom inkl. depression, F40–48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma inkl. ångest. F50–69 beteendestörning och personlighetsstörning.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Inom den psykiatriska öppenvården finns det vissa könsskillnader i orsaker till vård av unga vuxna. Bland de unga kvinnorna dominerar ångestsjukdomarna medan de unga männen i större utsträckning behöver psykiatrisk öppenvård på grund av adhd [1].

### Tillgången till barn- och ungdomspsykiatri varierar

En viktig ambition är att tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ska vara god. Det handlar dels om att patienterna ska få kontakt med verksamheterna, dels om att väntetiderna inte ska vara för långa.

Slutenvården inom barn- och ungdomspsykiatri har genomgått stora förändringar, och under perioden 1996–2010 minskade antalet vårdplatser i landet med 60 procent. De 157 vårdplatser som 2010 fanns inom barn- och ungdomspsykiatri var dessutom ojämnt fördelade över landet [3].

Våren 2012 hade sju landsting inga egna vårdplatser för slutenvård inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten [4]. Dessa landsting löste detta på olika sätt, till exempel genom fasta avtal med annat landsting eller köp av vårdplatser vid behov, med inläggning på barnmedicinsk eller allmänpsykiatrisk avdelning samt med tillskapande av tillfälliga vårdplatser bemannade

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

med personal från barn- och ungdomspsykiatri (BUP) [4].

År 2011 hade ingen huvudman remisstväg till BUP. Däremot hade regioner och landsting olika rutiner för hur den första kontakten med BUP går till och hur det initiala samtalet genomförs. Enligt landstingen själva är det vanligast att föräldrar eller den unge själv tar kontakt med BUP. Det näst vanligaste förfarandet är remisser från kommunen (elevhälsan, skolhälsovården eller socialtjänsten) och på tredje plats kommer remisser från någon annan vårdnivå inom landstinget. Ett par landsting har infört länsövergripande telefonlinjer dit barn och unga kan ringa och söka vård inom BUP.

#### Databasen över väntetider i vården

Uppgifter om barn- och ungdomspsykiatriens tillgänglighet finns i SKL:s databas Väntetider i vården. Måtten i databasen har utvecklats i anslutning till regeringens överenskommelse med SKL om en förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. De landsting som lever upp till garantin får ta del av ett statsbidrag. Sedan 2007 har drygt en miljard kronor fördelats till landstingen inom ramen för denna satsning.

Enligt den förstärkta vårdgarantin skulle alla landsting senast 2011 kunna erbjuda patienter inom barn- och ungdomspsykiatri en första tid för bedömning inom högst 30 dagar. Därefter skulle patienten inom högst 30 dagar få fördjupad utredning eller behandling. Enligt Socialstyrelsens uppföljning klarade 14 av 21 landsting av att uppfylla samtliga krav för 2011 års statsbidrag, medan ett landsting inte klarade något av kraven (tabell 3:2).

Socialstyrelsen konstaterade att målsättningen varit optimistisk samtidigt som den uppenbart

**Tabell 3:2. Måluppfyllelse väntetider för barn- och ungdomspsykiatri**

Andel genomförda första besök inom högst 30 dagar och start av fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar i genomsnitt för perioden september–oktober 2011\*.

Landsting	Genomförda första besök Inom 30 dagar	Start av fördjupad utredning eller behandling Inom 30 dagar
	Andel i procent	Andel i procent
Stockholm	96	75
Uppsala	97	100
Södermanland	90	97
Östergötland	99	93
Jönköping	92	94
Kronoberg	98	67
Kalmar	97	77
Gotland	100	100
Blekinge	99	95
Skåne	96	91
Halland	94	59
Västra Götaland	96	87
Värmland	99	100
Örebro	95	96
Västmanland	95	70
Dalarna	73	82
Gävleborg	98	85
Västernorrland	95	95
Jämtland	96	96
Västerbotten	26	31
Norrbottnen	94	88
Riket	91	82

\*Resultatet – har beräknats enligt följande: Antalet genomförda första besök inom 30 dagar dividerat med totalt antal genomförda första besök respektive fördjupad utredning/behandling exklusive patientvald väntan.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting.

har stimulerat landstingen till förbättringsarbete och framsteg vad gäller tillgängligheten. Regionala skillnader kvarstår dock. Vid fördelningen av 2012 års statsbidrag klarade 13 av 21 landsting alla krav medan tre landsting inte klarade något krav [4].

Socialstyrelsen har sammanställt landstingens samlade erfarenheter av fem års satsningar inom detta område. Flertalet anser att statsbidragen på drygt en miljard kronor har varit ett välkommet och nödvändigt resurstillskott för att klara den förstärkta vårdgarantin. Satsningen har medfört ett tydligt stöd och fokus, och den har stimulerat till förbättringsarbeten och bidragit till verksamhetsutveckling. Samtidigt är flera landsting kritiska till satsningens fokus på tillgänglighet, som de ser som en ensidig betoning på kvantitet snarare än kvalitet. Satsningen tycks inte heller ha lett till fler landstingsövergripande strategier eller handlingsprogram för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Flera landsting rapporterar dock pågående insatser för att utveckla en första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Några landsting har också fattat politiska beslut om en sådan nivå för behandling av lättare och måttlig psykisk ohälsa [4].

#### Informationen till patienter kan bli bättre

Hur upplever då barn, unga och deras föräldrar att barn- och ungdomspsykiatri fungerar? En bild av detta ges i resultaten från den första nationella patientenkät som genomförts inom barn- och ungdomspsykiatri [5]. Undersökningen genomfördes i 16 landsting och regioner hösten 2011 och riktades till unga från 13 års ålder och deras föräldrar. Närmare 9 000 personer svarade på frågorna, men svarsfrekvensen var låg och det går därför inte att dra generella slutsatser av resultaten.

De som svarade på enkäten uppgav att de i hög utsträckning ansåg sig bli bemötta med hänsyn och respekt på barn- och ungdomspsykiatriens mottagningar. De upplevde att de hade möjlighet att tala med behandlaren om oro eller ängslan inför problem eller behandling – detta gällde både barn och föräldrar. Majoriteten av både barn och föräldrar sa också att de hade fått information om varför de föreskrivna läkemedlen ska tas.

Förbättringsområden fanns dock, bland annat i samarbetet mellan mottagningen och kommunala verksamheter som skola, barnomsorg och socialtjänst. Annat som kunde förbättras enligt de svarande var informationen inför det första besöket och om vad som kommer att ske och hur [5].

#### Lokala uppföljningar behöver utvecklas

Det är också viktigt att formerna för regionala och lokala uppföljningar utvecklas, för att uppnå en ökad systematik i att upptäcka och tillgodose stödbehov hos barn och unga. Ett exempel på sådant arbete är Hamnen i Värmdö kommun.

Hamnen är en särskild mottagning vid vårdcentralen i Gustavsberg, för barn och unga upp till 18 år med psykisk ohälsa. Mottagningen drivs sedan 2008 gemensamt av Stockholms läns landsting och kommunen. Arbetet bygger på samverkan, men även på en noggrann inventering av stödbehoven, ett evidensbaserat arbete och en tydlig ambition att följa upp och utvärdera verksamheten. Med stöd från Socialstyrelsen genomfördes en utvärdering av verksamhetens resultat<sup>4</sup> [6]. Den visar att Hamnen har nått en stor och bred grupp barn och unga, inte minst pojkar, av vilka omkring en femte del säger att de annars inte skulle ha sökt hjälp. Under de år som Hamnen funnits har antalet barn och unga från Värmdö kommun

4 Utvärderingen sträckte sig till och med 2010.

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

---

vid den närmaste barn- och ungdomspsykiatriska kliniken minskat. Detta tyder på att mottagningen avlastat kliniken samtidigt som de barn och unga som har svårast problem får fortsatt stöd där. Utvärderingen har också analyserat barnens och ungdomarnas problem och funktionsförmåga före och efter kontakten med Hamnen. Resultaten visar att de som fått till exempel stödsamtal och kognitiv beteendeterapi i de allra flesta fall blivit hjälpta [6].

#### Stora regionala skillnader i patientsäkerhet

Socialstyrelsen har uppmärksammat viktiga utvecklingsområden för patientsäkerheten och metodvalen inom barn- och ungdomspsykiatri, inom ramen för myndighetens tillsyn som genomfördes 2008–2009 [7]. Tillsynen visade att verksamheterna var av så skiftande kvalitet att många inte uppfyllde målet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Några av de övriga slutsatserna från tillsynen var:

- Det var ibland oklart vilka patienter som ska vårdas inom barn- och ungdomspsykiatri.
- Verksamheterna hade kommit olika långt i arbetet med kvalitet och patientsäkerhet.
- Läkarmedverkan identifierades som ett bristområde. På endast 40 procent av enheterna uppgav de intervjuade att verksamheten uppfyllde hälso- och sjukvårdslagens krav på att utse en patientansvarig läkare. I knappt hälften av de granskade journalerna från öppenvården hade patienterna haft kontakt med en läkare.
- Granskade journaler visade stora dokumentationsbrister. Socialstyrelsen bedömde att en femtedel av journalerna inte innehöll godtagbar dokumentation, till exempel saknades den

psykiatriska diagnosen i nära hälften av journalerna från öppenvården.

- Det fanns brister i uppföljningen av genomförda insatser och i möjligheten att tillgodose behovet av slutna psykiatrisk vård för vissa grupper av barn och unga.

Alla slutsatser pekade dock inte ut brister, exempelvis konstaterade Socialstyrelsen att rutinerna för tvångsvård över lag var goda [7].

#### Samverkan har blivit bättre men arbete återstår

Barn- och ungdomspsykiatri behöver ofta samverka med andra verksamheter inom och utanför hälso- och sjukvården, både för att samordna insatserna för enskilda barn och unga och för att utveckla gemensamma metoder och arbetssätt. Det finns exempel på mycket väl fungerande och dokumenterad samverkan, men strukturen och systematiken varierar.

Verksamhetsövergripande samverkansavtal är vanliga mellan BUP och socialtjänsten, och förekommer även i mindre utsträckning mellan BUP, skolan och primärvården. Andra former av samarbetsavtal gäller med bland annat vuxenpsykiatri, barnmedicinen, barnhabiliteringen, handikappcentrum, flyktingmedicinska enheter, familjehälsan, ungdomsmottagningar, hem för vård eller boende (HVB), institutioner och behandlingshem som drivs av Statens Institutionsstyrelse (SIS). Många gånger sker dessutom samverkan utan att vara reglerad i avtal [7, 8, 9].

Erfarenheterna av etablerad samverkan är ofta goda, men det finns också hinder i form av

- otydlighet när det gäller kostnadsansvar för olika insatser vid placeringar av barn



- dokumentationsproblem i förhållande till olika lagar
- tidsbrist
- otydliga avgränsningar av uppdrag mellan BUP, primärvården och elevhälsan
- olika organisationslösningar och olikheter i behandlings- och vårdideologi [7, 8].

Inte minst när det gäller arbete med neuropsykiatriska utredningar är samverkan med skolhälsovården och elevhälsan viktig. Här har dock BUP en logistisk utmaning i att få till stånd överenskommelser med ett stort antal kommuner och enskilda skolor.

Diskussionerna om en första linje handlar inte bara om en tydligare fördelning av uppdrag och insatser på olika nivåer och aktörer. Diskussionerna visar också tydligt på betydelsen av samverkan mellan huvudmän och verksamheter. För

att kunna ge rätt insatser i rätt tid behöver flera olika verksamheter samverka både när det gäller att upptäcka psykisk ohälsa och att planera, genomföra och följa upp insatser.

Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården ger en bild av formerna för samverkan mellan socialtjänsten och andra verksamheter vid bland annat psykisk ohälsa hos barn och unga. I slutet av 2011 hade drygt 60 procent av de kommuner som svarat på Socialstyrelsens enkät skriftliga överenskommelser om att samverka med barn- och ungdomspsykiatri. Andelen kommuner med skriftliga överenskommelser var något högre 2011 än 2010 [10].

För att förbättra samverkan har andra regionala och lokala lösningar tillkommit. Till exempel har en tredjedel av landstingen länstäckande styrdokument för samverkan med elevhälsan [11]. Dessutom finns det i flera delar av landet

**Tabell 3:3. Risk för att använda<sup>a</sup> olika psykofarmaka under det femte året efter intervjutillfället för personer som tidigare uppgett att de inte mår bra**

Personer som vid intervjutillfället åren 1994–2006 var 16–29 år gamla och som då rapporterade lätta eller svåra besvär av oro, ångslan eller ångest.

Justerad<sup>b</sup> relativ risk (RR)

Besvär med ångslan, oro, ångest vid intervjutillfället?	Psykofarmaka											
	Antidepressiva			Antipsykotiska			Ångstdämpande			Sömnmedel		
	Antal	%	RR	Antal	%	RR	Antal	%	RR	Antal	%	RR
Nej (Referensgrupp)	217	4,0	1	15	0,3	1	102	1,9	1	105	1,9	1
Ja, lätta	121	10,1	1,8*	11	0,9	2,5*	63	5,3	2,2*	46	3,9	1,5*
Ja, svåra	65	24,3	2,6*	12	4,5	5,5*	33	12,3	3,4*	46	17,2	4,1*

Referensgrupp (RR=1) är personer som inte uppgett ångslan, oro eller ångest.

De relativa riskerna är beräknade med Cox regression.

<sup>a</sup>att hämta ut förskrivna läkemedel.

<sup>b</sup>Justerat för ålder, kön, tidsperiod samt självrapporterad sjuklighet.

\*Signifikant på 5%-nivå.

Källa: ULF, Statistiska centralbyrån; Patientregister, Dödsorsaksregister och Läkemedelsregister, Socialstyrelsen.

särskilda avtal och överenskommelser om insatser för barns och ungas psykiska hälsa, till exempel i Västra Götalandsregionen, Norrbottens län, Stockholms län Jönköpings län och Region Skåne.

#### **Tidiga tecken på psykisk ohälsa medför högre risk för framtida vård av psykisk sjukdom**

Upplevelser av svår oro och ängslan i unga år medför starkt förhöjda risker för död, vård på sjukhus, psykisk sjukdom och självmordsförsök, visar en studie som Socialstyrelsen genomfört [1]. Att åter vårdas på sjukhus på grund av psykisk sjukdom inom fem år efter första vårdtillfället var allra vanligast bland ungdomar och unga vuxna med svårare besvär av oro. Bland dessa personer hade cirka 9 procent vårdats på sjukhus och det var nästan fem gånger vanligare än bland dem som saknade besvär. Lättare besvär innebar en drygt fördubblad förekomst av psykisk sjukdom (tabell 3:3).

Nästan 3 procent av de med svårare oro, ängslan eller ångest, vårdades för självmordsförsök under uppföljningsperioden (det vill säga fem år efter skattningstillfället). Det var fem gånger vanligare än bland de som saknade besvär. Lättare besvär innebar en drygt fördubblad risk. Svåra besvär innebar även en viss ökad risk för vård på grund av andra skador, som transportolyckor, fallskador och oavsiktliga förgiftningar.

Även risken för användning av psykofarmaka ökade markant för dem som i ungdomen hade upplevt oro, ångest och ängslan. Fem år efter skattningstillfället hämtade de personer som rapporterat svåra besvär av oro och ångest ut psykofarmaka på recept i avsevärt högre grad jämfört med dem som saknade besvär [1].

#### **Första linjen för tidiga insatser är otydlig**

I föregående stycke redogör Socialstyrelsen för hur tidiga tecken på psykisk ohälsa många gånger är en varningssignal för mer allvarlig psykisk sjukdom i ett senare skede. Men hur fungerar vården, och i vilken utsträckning finns tidiga insatser tillgängliga? Detta har varit ett prioriterat område under flera år, och en viktig fråga för många huvudmän och verksamheter har varit att skapa en organisation som tydliggör vem som ansvarar för olika insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. En ambition har varit att öka tillgången till tidigt stöd genom en tydligare så kallad första linje, med till exempel primärvård, elevhälsa och ungdomsmottagningar.

En annan ambition har varit att koncentrera barn- och ungdomspsykiatrins resurser på de barn och unga som har störst behov av specialiserade insatser. Olika lösningar har vuxit fram lokalt och regionalt.

På många håll finns det dock fortfarande betydande oklarheter kring ansvar och organisation [4]. Många föräldrar eller vårdnadshavare till barn och unga med tecken på psykisk ohälsa vet inte vart de kan vända sig för att få stöd, och för många verksamheter och professionella är det oklart var gränserna för det egna ansvaret går.

För att de olika delarna av det förebyggande arbetet och de tidiga insatserna ska fungera behöver verksamhetsansvariga och berörda yrkesgrupper ha kunskap om

- verksamhetsansvarigas eget ansvar för och deras egna möjligheter att förebygga psykisk ohälsa
- olika former av psykisk ohälsa, risk- och skyddsfaktorer och tidiga tecken
- effektiva metoder och arbetssätt, till exempel vad vården och omsorgen bör tänka på när de

väljer och tillämpar olika metoder

- barns egna berättelser och erfarenheter
- vikten av ett systematiskt arbete med mål och uppföljning, och hur ny kunskap successivt kan införlivas i arbetet.

I dag används ett stort antal metoder och arbetsätt för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. Effekterna av dem blir dock sällan utvärderade, i synnerhet inte i Sverige [12]. Den bristande kunskapsbasen illustreras av den nationella inventering som Socialstyrelsen genomförde 2008, av metoder och arbetsätt inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan. Mer än 200 metoder användes. Flertalet rapporterade metoder hade dock inte utvärderats, och det fanns inte heller någon lättillgänglig dokumentation om dem [13].

Det förekom att flera verksamheter använde samma metoder för olika uppdrag, oavsett om uppdragen handlade om alla barn de möter, barn som löper särskilda risker för psykisk ohälsa eller barn som har utvecklat psykisk ohälsa. I några verksamheter var det även vanligt att utveckla egna metoder och arbetsätt. Det gällde särskilt i skolan, där man ofta valde ut delar av etablerade metoder och kombinerade dem med delar av andra metoder och arbetsätt [13].

Sedan 2008 har emellertid flera utvärderingar av förebyggande metoder inletts, bland annat med stöd från Socialstyrelsen. Exempel på metoder som utvärderas är bland annat föräldrastödsprogrammen Cope, Connect, Kommet och De otroliga åren samt Marte Meo (en metod som innebär att man med hjälp av videoinspelning studerar samspelet mellan barn och vuxna i vardagliga situationer).

#### Resultaten nås på lång sikt

Har de senaste årens utvecklingsarbete gjort någon skillnad för barn och unga som har eller som riskerar att utveckla psykisk ohälsa?

Uppföljningar av flera regionala och lokala satsningar visar på positiva och mätbara resultat. Verksamheterna kan alltså ge ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa, även om inte alla övergripande kunskaps- och organisationsfrågor är lösta. En ökad systematik och bättre lokala uppföljningar behövs för att stödet till barn och unga ska kunna förbättras. De senaste årens arbete har bidragit till ökad kunskap om möjligheter och hinder för fortsatt utveckling. Frågor om barns och ungas psykiska hälsa behandlas i dag inom flera departement, politikområden och statliga myndigheter. De ingår också i andra nationella satsningar på barn och unga som utsätts för våld, far illa på andra sätt, har problem i skolarbetet eller behöver långvarigt stöd till följd av omfattande funktionsnedsättningar.

Att bygga upp kunskapen om metoder och arbetsätt och att utveckla styrningen och ledningen är ett långsiktigt arbete. Idag är den främsta utmaningen att fortsätta arbetet med den systematik och uthållighet som krävs för att det ska få ett brett och långsiktigt genomslag.

#### *Ny handlingsplan pekar ut riktningen för arbetet framöver*

Regeringen beslutade i maj 2012 om en handlingsplan för psykisk ohälsa, PRIO psykisk ohälsa (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016). Barn och unga är en av två prioriterade målgrupper i satsningen, som bland annat omfattar fortsatta prestationsbaserade ersättningar till barn- och ungdomspsykiatri [14].

Samtidigt som planen beslutades 2012 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att bland annat utveckla grunddata och indikatorer för att följa och belysa kvaliteten och effektiviteten i vård och omsorg om dels barn och unga med psykisk ohälsa, dels gruppen personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Socialstyrelsen ska också fortsätta att följa upp tillgänglighetsattsningen och det tidigare beslutade statsbidraget för 2012 samt förstärka tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården.

## Barn och unga som är heldygnsplacerade

Barn och unga som placeras i familjehem, hem för vård eller boende (HVB) eller i annan heldygnsvård är en särskilt utsatt grupp. Dessa barn och unga har ofta sämre hälsa, både psykisk och somatisk, än övriga i åldersgruppen. Dödligheten är nära fem gånger så hög bland unga som är eller har varit placerade, jämfört med andra i åldersgruppen 15-24 år och det är 10 gånger fler barn och unga som är placerade på HVB som har vårdats för självsador [15]

Dessa barn och unga behöver mycket stöd och god vård och som ofta förutsätter en välfungerande samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En stor del av behoven handlar dessutom om annat stöd, exempelvis stöd i skolan.

## Mer fokus på utbildning

Det är två till tre gånger så vanligt med låga betyg hos placerade barn jämfört med andra jämnåriga med samma begåvningsnivå. De placerade barnen har dessutom betydligt lägre utbildningsnivå i vuxen ålder än andra jämnåriga. Den låga ut-

bildningsnivån gäller oavsett hur länge barnen var placerade, hur gamla de var vid placeringen och vilken typ av hem de var placerade i. Detta resultat från Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården [15].<sup>5</sup> Endast 6 av 10 barn som placerades före tio års ålder går ut grundskolan med gymnasiebehörighet (godkänt i svenska, engelska och matematik). Resultatet är ännu sämre för de som placerats efter tolv års ålder. Socialstyrelsens tillsyn ger ytterligare kunskap om gruppen; omkring sju procent av de placerade barnen och unga går inte i skolan överhuvudtaget. Men, tillsynens iakttagelser visar också att de flesta HVB ger barn och unga stöd i skolarbetet.

Låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 är den starkaste riskfaktorn för framtida psykosociala problem bland placerade barn och unga. Denna faktor förklarar 40–50 procent av de överrisker för ogynnsam utveckling som placerade barn har jämfört med andra jämnåriga.

## Hälsan är sämre

Barn och unga som bor i familjehem har visat sig ha sämre hälsa än andra i samma åldersgrupp [16]. Det gäller både fysisk och psykisk hälsa. Studier visar också att de familjehemsplacerade är en högriskgrupp för att utveckla ohälsa i framtiden [17].

Ansvar för hälsan hos familjeplacerade barn och unga delas mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården och familjehemsföräldrarna. Resultaten från de svenska studier som gjorts visar tillsammans med internationell forskning att familjehemsbarn oftare har hälsoproblem och att det är

<sup>5</sup> Uppgifterna har tagits fram genom att samköra Socialstyrelsens och Skolverkets register för en grupp på 8 000 barn, födda i Sverige mellan 1982 och 1993, och som varit placerade under hela årskurs 9.

vanligt med brister i det medicinska omhändertagandet [18-21]. I ett projekt i Malmö läkarundersöktes alla barn som förekommit hos socialtjänsten för utredning eller placering [22]. Av dessa barn och unga hade omkring 45 procent ett eller flera hälsoproblem som gjorde att de remitterades vidare till exempelvis en vårdcentral, barnläkarmottagning, BUP, öron-näsa-hals-mottagning, optiker, hudklinik eller tandläkare.

Sammanfattningsvis fann forskarna påtagliga brister i den grundläggande hälsovården och i omhändertagandet av hälsoproblem för de barn och unga som var placerade i familjehem. Ett problem var de betydande brister som fanns dels i socialtjänstens dokumentation av barnens hälsa och behov av hälso- och sjukvård, dels i kommunikationen mellan olika aktörer. Omkring 15 procent av barnen och de unga saknade en eller flera vaccinationer i basprogrammet när de började i skolan. Vart femte barn hade inte fått någon fyraårskontroll, och synundersökningen hade bara genomförts hos hälften av barnen. Vart tionde familjehemsbarn hade inte gjort hörsel- eller synkontroll de första skolåren och andelen som inte genomgått ordinarie hälsobesök i skolhälsovården var klart högre än bland övriga barn. Undersökningen fann även brister i uppföljningen av tandhälsan och tecken på en hög nivå av psykisk ohälsa bland familjehemsbarnen.

Även om kunskapen fortfarande är bristfällig om hälsoförhållanden och medicinskt omhändertagande av barn och unga som samhällsvårdas, så behövs åtgärder för att dessa i praktiken ska få hälsovård som motsvarar deras behov. De placerade barnens sämre hälsa och deras levnadsomständigheter ställer ökade krav på socialtjänsten och hälsovården att anpassa vården och omsorgen så att den bättre svarar upp mot placerade barns behov.

#### **Många satsningar på att förbättra skolresultat och hälsa**

På flera håll i landet har samverkan kommit i gång för att förbättra placerade barns och ungas skolprestationer, genom en verksamhet som går under namnet Skolfam [23].<sup>6</sup> Familjehemsföräldrar och lärare får stöd och handledning av ett team med representanter för olika yrkesgrupper för att kunna ge det placerade barnet rätt stöd. Tillsammans tar de fram en individuell handlingsplan som de arbetar efter och följer upp. Vissa kommuner har tillsatt särskilda skolsamordnare för placerade barn. För samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns exempel på gemensamma riktlinjer och rutiner.

Socialstyrelsen och Skolverket har tagit fram en vägledning om placerade barns och ungas utbildning och hälsa för att stödja samverkan [24]. Förutom att uppmärksamma målgruppens behov inom dessa områden är vägledningen tänkt att vara ett praktiskt kunskapsstöd för skolan, hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Vägledningen har förtydligat ansvarsfördelningen och identifierat kritiska punkter i samverkan mellan de olika aktörerna. Den lyfter bland annat fram vikten av att i samband med en placering kartlägga barnets skolprestationer och skolrelaterade behov och hans eller hennes hälsa och hälso- och sjukvårdskontakter. Med en sådan kartläggning som utgångspunkt blir det lättare att följa hur vården tillgodoser behoven hos de placerade barnen och unga.

#### **Flera projekt för bättre sexuell hälsa har startat**

Den sexuella hälsan bland placerade unga skiljer sig på vissa punkter från andra ungas.

<sup>6</sup> [www.skolfam.se](http://www.skolfam.se)

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

---

Det är vanligare att unga med heldygnsinsatser eller kontaktperson blir tonårsföräldrar, jämfört med andra i samma åldersgrupp. Socioekonomiska och demografiska faktorer och familjebakgrund är bara en delförklaring. Unga som hade placerats som tonåringar var mer benägna att få barn tidigt än de som hade placerats som barn. Studien visar på ett ökat behov av preventiva insatser bland placerade unga [25].

Jämförelser mellan unga som varit tvångsomhändertagna på SiS-institutioner<sup>7</sup> enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser för vård av unga, LVU, eller lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU, och andra unga visar genomgående en högre grad av riskbeteende bland de placerade [26]:

- Sexdebuten hos de placerade unga skedde vid betydligt lägre ålder än hos andra unga.
- Gruppen skyddar sig i lägre utsträckning mot oönskad graviditet, sexuellt överförbara infektioner och hiv.
- De placerade unga hade i större omfattning blivit sexuellt utnyttjade, samt utnyttjat andra, och hade oftare erfarenhet av graviditet. Det fanns en viss riskmedvetenhet hos gruppen, men den var lägre än bland andra unga.

Uppgifter som baseras på intervjusvar från inskrivna vid SiS-institutioner ger delvis en annan bild. Där uppger de unga en lägre grad av sexuellt utnyttjande än i ovanstående undersökning (15 procent av de unga kvinnorna och 2 procent av de unga männen) [27]. I intervjuerna uttryckte dessutom de allra flesta (drygt 90 procent) att de inte ville veta mer om sex och preventivmedel, till

exempel genom ungdomsmottagningarnas verksamhet [27].<sup>8</sup>

År 2008 fick Statens Institutionsstyrelse (SiS) i uppdrag att förstärka arbetet med tvångsomhändertagna ungdomar och vuxna missbrukare som har varit, är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål. En kartläggning som SiS genomförde visade att de tvångsomhändertagna riskerar att utsättas för sexuella övergrepp [28]. En av tre unga kvinnor hade blivit erbjudna ersättning för sexuella tjänster. Kartläggningen visade också på ett ökat behov av sammanhållna vårdinsatser, vilket ställer krav på samverkan mellan institutionerna, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I samband med projektet har Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) utbildat personal vid SiS-institutioner för att de bättre ska kunna hantera och arbeta med frågor om genus och sexualitet. Flera institutioner som har deltagit i projektet har i sin tur startat gruppverksamheter med fokus på sex- och samlevnad [28]. Det är inte bara institutionerna själva som arbetar med dessa frågor utan i viss mån även ungdomsmottagningarna. Under 2011 besökte fyra procent av Sveriges ungdomsmottagningar SiS-institutioner, som en del av deras utåtriktade verksamhet [29].

På HVB är det långt ifrån alla som tillgodoser barnens och de ungas behov av kunskap om sex- och samlevnad, samt de ungas tillgång till preventivmedel. Den nationella tillsynen har visat att andelen endast är 58 procent av de offentligt

---

7 Institutioner som drivs av Statens Institutionsstyrelse.

8 Uppgifter från inskrivningsintervjuer för 2011 från ADAD. ADAD står för Adolescent Drug Abuse Diagnosis och är Statens Institutionsstyrelsens utvärderings- och dokumentationssystem. Uttaget baseras på en population om 984 ungdomar, varav 659 har besvarat en lång ADAD-intervju. Uttaget har gjorts på ärendenivå, vilket innebär att en person kan förekomma i materialet mer än en gång.

drivna HVB och 70 procent av de enskilt drivna [30]. Ungdomsmottagningarna besöker dessutom HVB i relativt låg utsträckning. Under 2011 inkluderade sju procent av ungdomsmottagningarna denna verksamhet i sitt utåtriktade arbete. En högre andel av ungdomsmottagningarna besökte HVB för ensamkommande barn och unga: 29 procent [29].

#### Utbredd användning av psykofarmaka bland placerade barn och ungdomar

Många placerade barn och unga lider av psykisk ohälsa och olika beteendestörningar, och många i gruppen behandlas med psykofarmaka [15]. I exempelvis USA till exempel blir det allt vanligare att skriva ut psykofarmaka till barn, och Läkemedelsverkets motsvarighet i USA varnar bland annat för att skriva ut för mycket adhd-läkemedel och antidepressiva läkemedel i form av SSRI-preparat till gruppen. Ett skäl till varningarna är att vi i dag inte vet tillräckligt om preparatens effektivitet och biverkningar bland barn. Myndigheter i USA har också pekat på att just placerade barn förskrivs betydligt mer psykofarmaka än barn som inte är placerade.

Även placerade barn och unga i Sverige använder betydligt mer psykofarmaka än övriga i motsvarande åldersgrupp (tabell 3:4). Mest psykofarmaka får barn och unga som är placerade i HVB. Särskilt vanligt är det bland de som är över 11 år, men också mycket små barn får psy-

**Tabell 3:4. Förskrivningsmönster av psykofarmaka**

Förskrivningsmönster av psykofarmaka bland placerade barn och unga i familjehem eller HVB 2011.

Jämförelsegrupp är barn och ungdomar som inte varit placerade. Andel (%) barn i respektive grupp med olika psykofarmaka, minst ett läkemedelsuttag, efter ålder och placeringsform.

Typ av placering	Anti-psykotika	Anti-depressiva	Ångstdämpande	Sömnmedel
<b>Familjehem</b>				
0–5 år	0,1	0*	1,8	1,1
6–10 år	1,4	0,7	1,6	3,1
11–15 år	2,1	2,5	2,1	4,0
16–20 år	2,7	8,6	4,6	5,9
<b>HVB</b>				
0–5 år	-	0*	2,9	-
6–10 år	-	-	3,9	3,9
11–15 år	10,2	9,1	6,7	18,0
16–20 år	8,7	14,8	10,2	17,8
<b>Ingen placering</b>				
0–5 år	-	0*	0,4	0,1
6–10 år	0,1	0,1	0,4	0,4
11–15 år	0,2	0,7	0,6	0,8
16–20 år	0,4	2,9	1,8	1,6

\*Avrundat till noll, en låg andel barn.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret och registret över insatser till barn och unga enligt socialtjänstlagen (Sol), Socialstyrelsen.

kofarmaka, särskilt ångstdämpande och sömnmedel.

Dessa resultat bekräftas även i en utvärdering av vård och omsorg av placerade barn och unga, som Socialstyrelsen publicerade våren 2013 [15]. Den visar att det är 15-19 gånger vanligare att barn och unga i HVB regelbundet använder sömnmedel, antidepressiva- eller antipsykotiska läkemedel jämfört med andra barn och unga. En ny studie visar dessutom att tidigare placerade barn löper större risk att använda psykofarmaka också som vuxna [31].

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

#### *Psykofarmakabehandling sker många gånger utan diagnos*

Socialstyrelsen har även analyserat användningen av psykofarmaka bland barn och unga som är placerade inom familjehem eller HVB, uppdelat på om de har en psykiatrisk diagnos eller inte. Som framgår av tabell 3:5 använder dessa barn och unga mer psykofarmaka än andra unga, vare sig de har fått psykiatrisk diagnos eller inte. Det gäller särskilt barn och unga i HVB. Bland dem som inte hade en psykiatrisk diagnos var det exempelvis 45 gånger vanligare att behandlas med antipsykotiska läkemedel bland flickor i HVB, än bland flickor som inte var placerade (4,5 procent jämfört med 0,1 procent).

Av alla barn och unga 11–20 år som var placerade i HVB stod närmare 20 procent på psykofarmaka utan att ha en psykiatrisk diagnos (visas ej i tabell). Motsvarande andel inom familjehem var omkring 10 procent och tre procent bland dem

som aldrig varit placerade. Socialstyrelsen avser att fördjupa analyserna kring användningen av psykofarmaka bland placerade barn och ungdomar.

#### **Villkoren varierar mellan olika livsområden**

En studie av skolgång, fritid och kamratrelationer för unga i familjehem och på HVB visar att unga som bor på HVB har färre kontakter med kamrater utanför vårdmiljön och är mer involverade i olika typer av sociala problem i skolan, som mobbning och skolk, än andra unga [32].

Även unga i familjehem har mer skolsociala problem. Men inom många områden fanns inga skillnader mellan familjehemsplacerade unga och hemmaboende. Unga i familjehem hade bättre tillgång till skolrelevanta resurser än unga i HVB, i förhållande till deras respektive jämförelsegrupper. Många familjehemsungdomar uppger

**Tabell 3:5. Förekomst av psykofarmaka i samband med diagnos**

Andel (%) unga med psykofarmaka bland personer (11–20 år) med respektive utan psykiatrisk diagnos\*, uppdelat på kön och boendeform, år 2011. För läkemedelsgrupperna antipsykotiska, antidepressiva eller ångestdämpande.

	Antipsykotiska		Antidepressiva		Ångestdämpande	
	Diagnos	Ej diagnos	Diagnos	Ej diagnos	Diagnos	Ej diagnos
<b>Pojkar</b>						
Familjehem	3,1	1,5	16,4	2,4	16,4	4,6
HVB-hem	10,1	2,3	15,8	5,4	18,4	8,6
Ej placerad	3,9	0,2	9,3	0,7	12,2	1,9
<b>Flickor</b>						
Familjehem	5,2	0,8	16,0	2,6	20,8	5,7
HVB-hem	15,3	4,5	28,8	7,8	33,5	13,8
Ej placerad	4,6	0,1	14,6	1,1	20,9	2,7

\*Diagnos satt vid ett vårdtillfälle inom specialiserad öppen- eller slutenvård.

Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Registret över insatser till barn och unga enligt socialtjänstlagen (Sol), Socialstyrelsen.



att deras familjehemsföräldrar ställer höga krav på skolarbetet, och de får hjälp med läxor ungefär i samma utsträckning som hemmaboende ungdomar. Unga i familjehem har också fler kamratkontakter än de i hem för vård eller boende men färre än hemmaboende [32].

Både bland barn som bor med sina föräldrar och barn som inte gör det har bristande ekonomiska resurser samband med psykisk ohälsa och utsatthet för mobbning [33]. De som inte bor med sina föräldrar upplever dock i högre grad än andra barn att de har bristande ekonomiska resurser, vilket överensstämmer med den levnadsnivåmätning som gjordes bland samhällsplacerade barn för några år sedan. Att ha pengar hänger ihop med andra resurser och markerar statustillhörighet, vilket har betydelse för självkänslan och möjligheten att upprätta kamratrelationer. Ekonomiska resurser är därför en viktig faktor för ungas villkor under uppväxten [33].

## Barn och unga med funktionsnedsättning

Situationen för barn och unga med funktionsnedsättning har förändrats drastiskt under de senaste decennierna, både när det gäller samhällets stöd och omgivningens attityder. Framför allt har gruppens rättigheter stärkts. I stort sett alla barn med funktionsnedsättning växer i dag upp i sina familjer. Den främsta anledningen till denna utveckling är att samhället har byggt upp hållbara stödssystem för familjerna. I dag är utgångspunkten att samhället har ett grundläggande ansvar för att alla medborgare och även personer med funktionsnedsättning ska kunna vara delaktiga i samhällslivet. Det finns dock fortfarande mycket som behöver göras för att fullt ut nå målen om jämlika

levnadsvillkor och full delaktighet för alla i samhället [34].

Barn och unga med funktionsnedsättning har många gånger sämre livsvillkor än andra i åldersgruppen. I en fördjupad studie som Socialstyrelsen gjort av unga vuxna som drabbats av kronisk sjukdom eller ryggmärgsskada under uppväxten framgår till exempel att ryggmärgsskadade har en betydligt svagare förankring på arbetsmarknaden, jämfört med andra grupper. De har också en högre användning av psykofarmaka och har oftare än andra jämnåriga vårdats för självmordsförsök, missbruk, depression eller ångest [35].

### Andelen med funktionsnedsättning ökar med ålder

Andelen med funktionsnedsättning ökar ju högre upp i åldrarna man kommer, från omkring 6 procent bland de yngsta barnen till omkring 17 procent för 16-åringar. Andelen ökar därefter till 20 procent för åldersgruppen 16 till 19 år, och slutligen 26 procent för dem mellan 20 och 24 år. Att andelen med funktionsnedsättning är högre i de övre åldersgrupperna beror bland annat på att många funktionsnedsättningar upptäcks eller debuterar senare.

Det är något vanligare med långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar bland pojkar än bland flickor. De vanligaste funktionsnedsättningarna är astma och allergier, läs- och skrivsvårigheter och mag- och tarmbesvär [36].

I många undersökningar bland barn och unga är de med funktionsnedsättning otillräckligt representerade, vilket bland annat beror på att särskilda skolformer inte alltid inkluderas i undersökningar som riktar sig till skolelever. Vanliga så kallade befolkningsundersökningar är många gånger därför otillräckliga för att uppskatta förekomsten av barn och unga med funktionsnedsätt-

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

ning. Ett annat sätt att bedöma förekomsten är i stället att utgå från de individuella stöd som ges till gruppen, till exempel insatser enligt lagen om (1993:387) om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

#### **Insatser enligt LSS, som riktar sig till barn<sup>9</sup>**

*Råd och stöd* – rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder.

*Ledsagarservice* syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att med stöd av en följeslagare komma ut och delta i samhällslivet till exempel besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet.

*Kontaktperson* är ett personligt stöd, som syftar till att bryta isolering och att underlätta ett självständigt liv.

*Avlösarservice* syftar till att göra det möjligt för anhöriga att få avkoppling eller utträta sysslor utanför hemmet. Avlösarservice i hemmet kan erbjudas både som regelbunden insats och som en lösning vid akuta behov under hela dygnet.

*Korttidsvistelse* är en kortare vistelse utanför det egna hemmet som syftar till att personen med funktionsnedsättning ska få miljöombyte och rekreation och de anhöriga ska få avlastning. Vistelsen kan förläggas i korttidsrum, hos stödfamilj eller som lägervistelse.

*Korttidstillsyn* ges till skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov. Insats i form av tillsyn utanför det egna hemmet för skolbarn över 12 år med funktionsnedsättning. Insatsen ges före och efter skolans slut, under lov dagar, studiedagar och längre lov.

*Boende för barn* är boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet.

År 2011 hade omkring 21 000 barn och unga upp till 22 år insatser enligt LSS (0,8 procent av alla barn och unga), och de två vanligaste insatserna

<sup>9</sup> Kommunerna har ansvar för flertalet insatser enligt LSS, medan landstingen har ansvar för insatsen råd och stöd.

var korttidsvistelse och korttidstillsyn (tabell 3:6). Fler pojkar än flickor har insatser enligt LSS, det gäller både totalt och på insatsnivå. Socialstyrelsen har tidigare analyserat dessa skillnader och då konstaterat att de till viss del förklaras av att vissa diagnoser och funktionsnedsättningar är vanligare hos pojkar än hos flickor. Det gäller till exempel utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd, ryggmärgsskador, cerebral pares (cp), ryggmärgsbräck och Downs syndrom. Samtidigt pekar forskningen på att flickor underdiagnostiseras när det gäller autism och autismliknande tillstånd [37].

Barn och unga med funktionsnedsättning kan även få personlig assistans, antingen enligt LSS eller enligt assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.

Personlig assistans – biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistansstämningar enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Med personlig assistans avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer till den som på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskap om den funktionshindrade (grundläggande behov). När det grundläggande behovet överstiger 20 timmar per vecka kan assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken beviljas. Den enskilde kan själv välja vem som anordnar assistansen.

År 2011 hade totalt 4 000 barn och unga personlig assistans enligt någon av lagstiftningarna (se tabell 3:7). Även här var pojkarna i majoritet. Antalet barn och unga med assistans har ökat, sedan 2004 med närmare 25 procent. Ökningen tycks dock ha avstannat, och mellan 2010 och 2011 minskade antalet personer något. Socialstyrelsens analyser visar att mellan dessa två

**Tabell 3:6. Stöd enligt LSS**

Antal barn och ungdomar med olika insatser enligt LSS den 1 oktober 2011 fördelade efter ålder och kön.

Insats enligt LSS	0–6 år			7–12 år			13–22 år			Samtliga 0–22 år		
	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt
Råd och stöd	40	55	95	80	180	260	460	650	1 110	585	880	1 465
Personlig assistans	50	60	110	120	160	270	230	305	535	400	520	920
Ledsagarservice	4	10	15	130	270	400	1 250	2 100	3 345	1 380	2 380	3 760
Kontaktperson	0	1	1	30	80	110	1 600	2 145	3 740	1 630	2 230	3 850
Avlösarservice	210	450	660	460	1 010	1 470	370	670	1 040	1 040	2 130	3 165
Korttidsvistelse	160	290	450	800	1 610	2 420	2 170	3 610	5 775	3 130	5 510	8 640
Korttidstillsyn	0	0	0	25	60	80	1 840	3 090	4 930	1 865	3 140	5 010
Boende, barn	2	2	4	20	40	65	455	795	1 250	480	840	1 320

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2011. Socialstyrelsen, 2012.

år upphörde assistansen för drygt 180 barn och unga i åldern 0-19 år [38].

#### Många får även stöd från habiliteringen

Många barn och unga med funktionsnedsättning får även insatser från habiliteringsverksamheter. Habiliteringen består av insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Habilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och

säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Habiliteringen är ingen homogen verksamhet, utan ser olika ut i olika landsting och på olika kliniker, men sammanfattningsvis hjälper habiliteringen barn och unga med att bibehålla och utveckla:

**Tabell 3:7. Barn och unga med assistans**

Antal barn och unga med personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt Socialförsäkringsbalken 2004-2011.

År	Flickor	Pojkar	Totalt
2004	1 400	1 840	3 240
2007	1 520	2 190	3 710
2010	1 690	2 430	4 120
2011	1 600	2 400	4 000

Källa: Socialstyrelsens bearbetning av registren över insatser enligt LSS och mottagare av assistansersättning (2011).

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

---

- motorisk förmåga
- språklig förmåga
- förmågan att kommunicera
- social förmåga
- psykologisk förmåga.

Habiliteringen arbetar även för att förbättra vardagsmiljön genom att till exempel prova ut hjälpmedel och ge samtalsstöd.

#### **Delaktighet är ett av de viktigaste målen**

Ökad delaktighet är ett viktigt mål både för den nationella funktionshinderspolitiken och för socialtjänstens arbete. Barn med funktionsnedsättning har ofta kontakt med och är långvarigt beroende av personal i olika verksamheter. Det tillhör barnets rättigheter att vara delaktig och bli lyssnad på i frågor som rör henne eller honom. Under 2009 genomförde Socialstyrelsen en studie om hur LSS-handläggare arbetar med barnperspektivet. Det visade sig att handläggarna har svårigheter att beakta barnens synpunkter i sina utredningar, eftersom barn och ungdomar med funktionsnedsättning ofta har svårt att kommunicera verbalt. Det finns behov av ett mer strukturerat utredningsförfarande runt bedömning av LSS-insatser [39].

Barn som ges möjlighet att vara delaktiga blir mer motiverade och intresserade i vardagliga situationer och får därmed en högre kontroll över sitt liv. Att vara delaktig i planerings- och beslutsprocessens olika steg kan göra att barnets egen förståelse för sina behov och önskningar utvecklas [39].

#### *Alla barn och unga är inte delaktiga i planering av insatser*

Ett sätt att möjliggöra delaktighet för barn och unga med funktionsnedsättning är att inkludera dem i upprättandet av genomförandeplaner.

Genomförande av beslut enligt LSS ska dokumenteras. Dokumentation ska visa vilka beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse (21 a §). Genomförandeplanen bör upprättas inom den verksamhet som svarar för det praktiska genomförandet och bör med utgångspunkt från beslutet och målet om insatsen beskriva hur den praktiskt ska genomföras.

Under 2011 granskade Socialstyrelsen boenden för barn och unga med fokus på bland annat genomförandeplaner [40]. Tillsynen visade att de flesta i gruppen hade en genomförandeplan, men att endast drygt hälften hade varit delaktiga i upprättandet av själva planen:

- 95 procent hade en genomförandeplan, men 72 procent av planerna hade inte följts upp
- i 54 procent av de granskade verksamheterna bedömde Socialstyrelsen att barn och ungdomar alltid, eller i stort sett alltid, var delaktiga i hur insatsen planerades och genomfördes
- i 32 procent av de granskade verksamheterna var barn och ungdomar ibland delaktiga i hur insatsen planerades och genomfördes
- i 14 procent av de granskade verksamheterna bedömde Socialstyrelsen att barnen aldrig eller mycket sällan var delaktiga i hur insatsen planerades och genomfördes
- i 88 procent av de granskade verksamheterna gavs vårdnadshavare eller gode män alltid eller oftast möjlighet att delta i planering och uppföljning av insatsen.

Ökad delaktighet för barn och unga med funktionsnedsättning är ett prioriterat mål i Socialstyrelsens arbete med den nationella strategin för funktionshinderspolitiken [41]. Dessutom är ökad delaktighet för barn och unga med funktionsned-

sättning ett nytt utvecklingsområde i regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till en evidensbaserad praktik [42]. Utvecklingsarbetet kommer att fokusera på att tillvarata, vidareutveckla och utvärdera metoder och strategier som finns för att barn och unga med funktionsnedsättning ska kunna påverka beslut som rör dem själva.

#### **Bristande samverkan och samordning**

För att barn och unga med funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda krävs det många gånger insatser från flera aktörer, och stödet behöver dessutom ofta samordnas. Bild 3:1 illustrerar mängden av aktörer som kan vara inblandade, och vilken huvudman dessa tillhör.

De många involverade aktörerna medför behov av samverkansrutiner, till exempel mellan LSS-området och andra verksamheter, både inom och utanför kommunen. Figuren nedan (figur 3:5) visar att samverkansöverenskommelser<sup>10</sup> i LSS-ärenden är mycket vanligare mellan kommunala verksamheter som rör vuxna än mellan kommunala verksamheter som rör barn och unga. Ungefär 60 procent av kommunerna har överenskommelser med vuxenverksamheter som socialpsykiatri och äldreomsorgen, men endast hälften har överenskommelser mellan LSS-området och individ- och familjeomsorgen (IFO).

Långt ifrån alla kommuner har överenskommelser om samverkan med andra huvudmän och verksamheter. Ungefär 30 procent av kommunerna har överenskommelser med barn och ungdomspsykiatri, andelen är något lägre för barn- och ungdomshabilitering.

Bristande samverkan mellan aktörer och bristande samordning riskerar att medföra flera konsekvenser: stödet till den enskilde kan hålla sämre kvalitet, stöd kan riskera att utebli och föräldrar riskerar att få ta större ansvar för att samordna stödet från flera aktörer.

#### *Familijs situation mer ansträngd*

Livssituationen är ofta ansträngd för familjer som har barn med funktionsnedsättning. Barnets stora behov påverkar många gånger föräldrarnas möjligheter till studier, förvärvsarbete, fritid, umgänge med andra, egen tid och, inte minst, deras möjlighet att ägna sig åt övriga barn i familjen. Även ansvaret att samordna barnets stöd kan underlätta föräldrarnas situation

Riksrevisionen har konstaterat att samordningsansvaret påverkar föräldrarnas situation i negativ riktning [43]. Detta bekräftas även av en studie som Socialstyresen publicerade 2003, där en slutsats var att långvarig sjukskrivning förekom oftare i hushåll med vårdbidrag<sup>11</sup> än bland andra hushåll med barn.

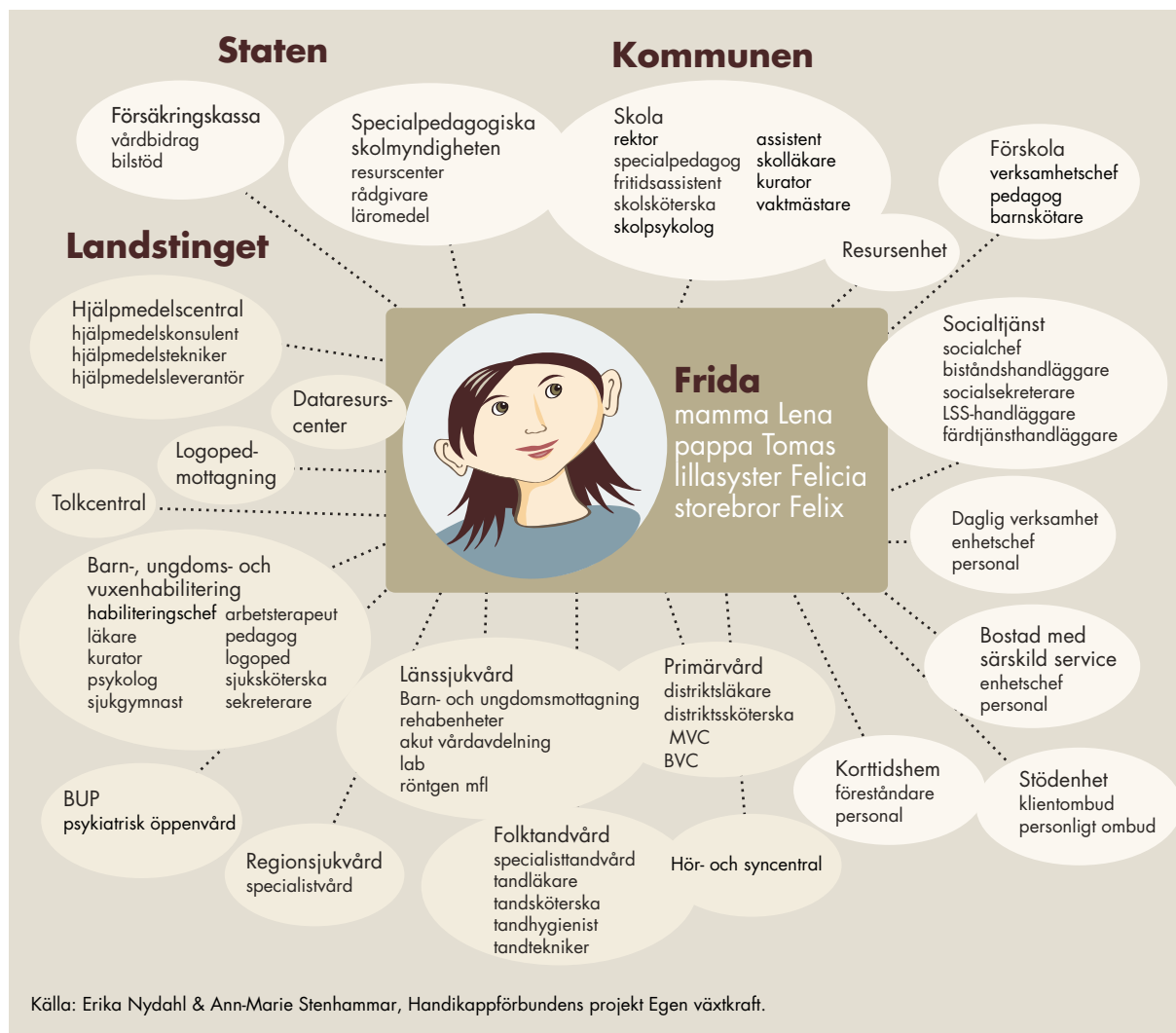
Resultaten från studien visade att familjer med vårdbidrag hade en mer ansträngd situation än familjer där barnet inte hade en funktionsnedsättning:

- Långvarig sjukskrivning var vanligare i hushåll med vårdbidrag, 28 jämfört med 16 procent hos övriga barnfamiljer.
- Längre perioder av arbetslöshet var vanligare bland familjer med vårdbidrag.

<sup>10</sup> Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå, det vill säga mellan den politiska ledningen och förvaltningschefen.

<sup>11</sup> Vårdbidrag kan betalas ut av Försäkringskassan till föräldrar som vårdar ett sjukt barn eller ett barn med funktionsnedsättning. Barnet måste behöva särskild tillsyn och vård i minst sex månader. Föräldrar har också rätt till vårdbidrag om denne har stora merkostnader på grund av barnets funktionsnedsättning eller sjukdom. Vårdbidragets storlek varierar med hur stora behov barnet har.

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper



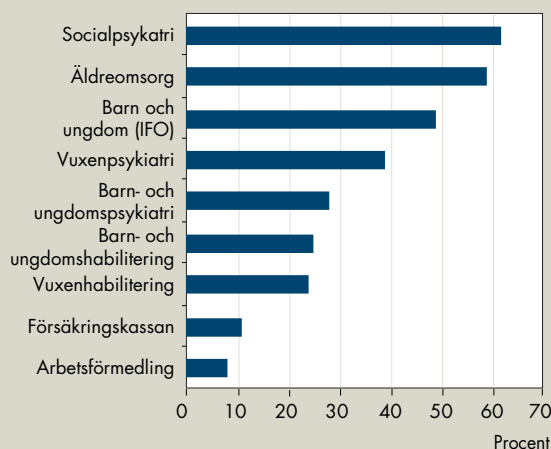
- Familjerna med vårdbidrag arbetade färre timmar än andra familjer, och hade något oftare tidsbegränsade anställningar [44].

Både föräldrar och berörda myndigheter upplever att offentliga aktörer inte samordnar stödinsatserna till barn med funktionsnedsättning på ett sätt som

underlättar för berörda familjer. Föräldrar upplever dessutom att samverkan har blivit sämre under de senaste åren, och om den fungerar beror det i hög grad på enskilda handläggares engagemang. Följden blir att en stor del av samordningsansvaret fortfarande ligger hos föräldrarna, vilket kan vara en bidragande orsak till att de är sjukskrivna i

**Figur 3:5. Samverkansavtal LSS-verksamhet**

Andel LSS-verksamheter som har samverkansöverenskommelser på ledningsnivå med andra aktörer, år 2011.



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (2012).

större utsträckning och har svårare att hävda sig på arbetsmarknaden än andra föräldrar [43].

#### *Flera myndigheter föreslår samordnare för familjer*

Regeringen och riksdagen har under de senaste decennierna på olika sätt försökt underlätta för de berörda familjerna. Numera är till exempel kommunerna skyldiga att erbjuda den enskilde en individuell plan enligt LSS i stället för att vänta in en förfrågan. Den begränsade förekomsten av samverkansrutiner (figur 3:5) indikerar emellertid att förutsättningarna kan förbättras.

Detta avsnitt har pekat på flera orsaker till att samverkansproblem uppstår, till exempel mång-

falden av huvudmän och aktörer och bristande rutiner på organisationsnivå. En annan bidragande orsak kan vara olika budget och att kraven på samverkan skiljer sig mellan lagstiftningar [55].

Samordningsproblemen tycks vara svåra att komma till rätta med, men det finns vägar framåt. Behovet av en särskild person med ansvar för samordning av stödet har lyfts fram ett flertal gånger [46, 47].

#### Ekonomisk utsatthet och hemlöshet

År 2011 fick 8 procent av Sveriges unga vuxna (18–24 år) ekonomiskt bistånd någon gång under året (figur 3:6). Andelen har dock minskat något sedan året innan, och den största minskningen återfanns i Västmanlands län. Den lägsta andelen unga vuxna med ekonomiskt bistånd fanns i Stockholm län med 5 procent. Högst andel fanns i Södermanlands län med 14 procent.

Många unga vuxna har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och arbetslösheten i åldersgruppen är cirka tre gånger högre än bland övriga åldersgrupper oavsett konjunktur. Särskilt utsatta är de som varken studerar eller arbetar under övergångsfasen mellan ungdom och vuxenliv. Även risken för såväl psykisk ohälsa som missbruk är större än för övriga i åldersgruppen. Det är därför viktigt att unga vuxna snabbt får stöd att komma in på arbetsmarknaden eller påbörja studier.

Socialstyrelsens öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2012 visar att 65 procent av landets kommuner kan erbjuda någon form av kommunalt finansierad arbetsfrämjande insats inom en månad till unga vuxna som ansöker om försörjningsstöd på grund av arbetslöshet [48].

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

Individuell plan enligt 10 § LSS är en vård- och omsorgsplan för beslutade och planerade insatser/åtgärder, som tagits fram i samråd med den enskilde. Den individuella planen enligt LSS ska fortlöpande och minst en gång om året omprövas. Den kan beskriva insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även insatser/åtgärder som vidtas av andra aktörer utanför vård- och omsorgsområdet ska beskrivas. Landstinget och kommunen ska underrätta varandra om upprättade planer.

#### Vanligt med familjeproblem bland hemlösa unga

I en nationell kartläggning från 2011 beskriver Socialstyrelsen för första gången hemlöshet bland de barn och ungdomar (18 år eller yngre) som av olika skäl lever under hemlösa förhållanden utanför familjen [49]. Det innebär att de befinner sig i en gråzon mellan hemmet och samhällets vård och omsorg.<sup>12</sup> Uppgifterna inhämtades från ett stort antal aktörer inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt frivilligsektorn.

Kartläggningen pågick en vecka i maj 2011 och cirka 400 barn och unga i hela landet rapporterades som hemlösa. Av dem var 51 procent flickor och 49 procent pojkar. I gruppen var 35 procent utrikesfödda.

Trettionio procent av dessa barn och unga bodde hos vänner och bekanta. Knappt 35 procent bodde i försökslägenheter, träningslägenheter eller liknande.

Hemlösheten var ny för de allra flesta, men cirka 17 procent hade varit hemlösa i 1–3 år. Utöver problem med bostad hade barnen och ungdomarna framför allt familjeproblem (64 procent).

12 Detta gäller inte barn och ungdomar (18 år eller yngre) som är placerade utanför hemmet av socialtjänsten.

#### Ekonomiskt bistånd

Den som själv inte kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, rätt till bistånd av socialnämnden. Enligt 4 kap. 2 § SoL får socialnämnden om det finns skäl för det ge bistånd utöver vad som följer av 1 §.

Försörjningsstödet är en del av det ekonomiska biståndet och avser de vanligaste och regelbundet återkommande levnadskostnaderna.

Försörjningsstödet består dels av en norm för livsmedel, kläder och skor, lek och fritid, förbrukningsvaror, hälsa och hygien samt dagstidning, telefon och tv-avgift, dels av skäliga kostnader för boende, hushållsel, arbetsresor, hemförsäkring samt medlemskap i fackförening och arbetslöshetskassa. När det gäller normen beslutar regeringen varje år om en skälig nivå genom riksnormen.

Till livsföring i övrigt räknas även bistånd som inte är ekonomiskt, som till exempel bistånd för vård och behandling av personer med missbruk, boende i olika former för barn och unga, personer med funktionsnedsättning samt äldre, kontaktperson, hemtjänst eller dagverksamhet.

Cirka 9 procent uppgavs ha problem med missbruk och beroende. Uppgiftslämnarna bedömde att konflikt i familjen var den främsta anledningen till hemlösheten (62 procent).

Socialstyrelsen har en bred definition av hemlöshet och delar upp begreppet i fyra olika hemlöshetsituationer.<sup>13</sup> Gemensamt för dem alla är avsaknad av en egen bostad i form av till exempel egen hyreslägenhet eller bostadsrätt:

Akut hemlöshet – uteliggare, härbärg, jourboende etc.

Institutionsvistelse och så kallade kategoriboende – ska skrivas ut inom tre månader

Långsiktiga boendelösningar – till exempel sociala kontrakt

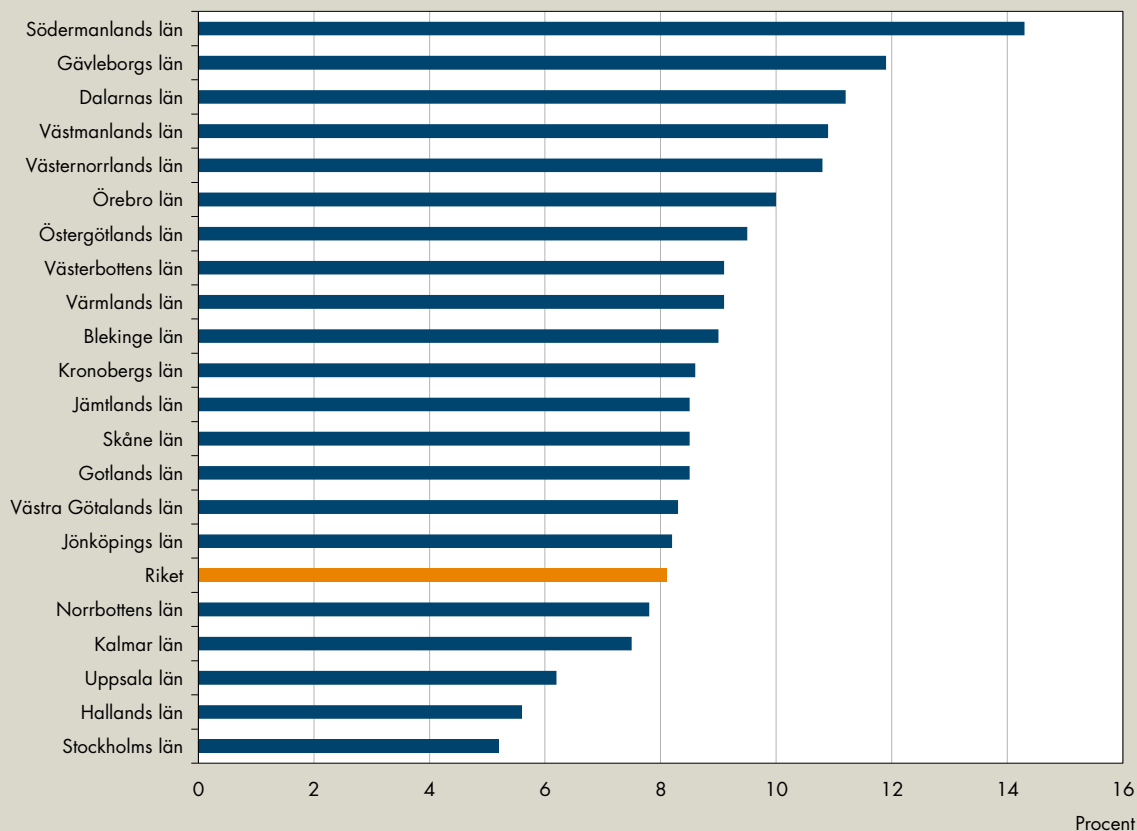
Eget ordnat kortsiktigt boende – inneboende kortare tid än tre månader.

13 Se fullständig definition i hemlöshetskartläggningen 2011.



**Figur 3:6. Ekonomiskt bistånd bland unga vuxna**

Andel unga vuxna 18–24 år som fått ekonomiskt bistånd någon gång under år 2011.



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen och registret över totalbefolkningen, SCB.

De vanligaste insatserna dessa barn och unga fick från kommunernas socialtjänst var boendeinsatser, ekonomiskt bistånd och familjestöd. Men 14 procent hade inte tagit del av några insatser det senaste året. Barnen och ungdomarna levde främst på ekonomiskt bistånd eller studiemedel, men nästan en femtedel hade ingen inkomst alls [59].

## Våldsutsatthet och övergrepp

Våld drabbar barn i alla åldrar, från spädbarn till ungdomar. Det kan ske i olika sammanhang som i hemmet, i skolan, på fritiden och genom olika sociala medier. Barn kan också samtidigt vara både gärningsmän och utsatta för våld. Aktörer som skolan, hälso- och sjukvården, socialtjänsten

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

och polisen har ett ansvar för att samverka för att ge barnen skydd.

#### Definition av våld mot barn

Våld mot barn definieras ofta som handlingar eller situationer vilka innebär ett aktivt agerande mot barnet, men ibland används beteckningen också för andra förhållanden som innebär att barn far illa eller riskerar att fara illa, bland annat vanvård och försumlig behandling i hemmet [50]. Den senare användningen följer ett språkbruk som FN:s barnrättskommitté numera tillämpar. Där används "violence" som beteckning för alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande av barn [51].

#### Föräldrars våld mot barn minskar

Barn i förskoleåldern som utsätts för våld har oftast blivit misshandlade av sin vårdnadshavare [52]. Omkring 80 procent av de polisanmälda misshandelsbrotten mot barn i åldern 0–6 år begås av en förälder. De lindrigare formerna av föräldrars våld mot barn har dock minskat över en längre tid. Denna utveckling förklaras framför allt av en minskning i användandet av våld i uppfostringssyfte, vilket kriminaliserades 1979. Andelen vuxna som rapporterar en positiv inställning till vålds användning i uppfostringssyfte och andelen föräldrar som uppger att de själva har utövat våld mot sina barn minskar över tid. År 1980 var det cirka 28 procent av föräldrarna som under det senaste året "slagit eller klappat till" sitt barn. År 2000 var motsvarande andel drygt 1 procent. Enkätstudier bland föräldrar från 2006 och 2011 visar dock en svag ökning jämfört med 2000.

Barns utsatthet för grovre våld har på det hela taget varit oförändrad sedan 1980-talet. Andelen barn upp till 14 år som hamnar på sjukhus på

grund av en våldsskada har inte förändrats över tid (figur 3:7). Det allra grövsta, dödliga våldet mot yngre barn har däremot minskat under en längre tid. Antalet misshandelsbrott mot barn som anmälts till polisen har dock ökat under en längre tid. Det är i första hand förändringar i anmälningsbeteendet hos föräldrar, skolan och förskolan samt socialtjänsten som ligger bakom denna ökning [52].

#### Våldsutsatthet vanligare bland pojkar

Det våld som äldre barn och ungdomar utsätts för sker i första hand mellan jämnåriga. År 2011 lades exempelvis närmare 40 procent av de upplagrade misshandelsfallen mot barn 7–14 år ner med hänvisning till att den misstänkte inte var straffmyndig.<sup>14</sup> Cirka 70 procent av de personer som registreras som misstänkta för misshandel mot 15–17-åringar var själva i åldrarna 15–20 år [52].

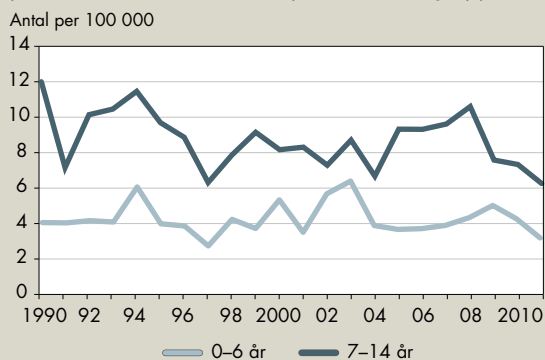
Bland elever i årskurs 9 (figur 3:8) uppgav uppemot var femte flicka respektive var fjärde pojke att de utsatts för lindrigt våld åren 1995–2008. I undersökningen från 2011 hade dock dessa andelar minskat. Skolan är den vanligaste platsen för dessa händelser. Utsattheten för så grovt våld att niondeklassarna behövt söka någon form av vård är tämligen oförändrad för både flickor (cirka 4 procent) och pojkar (cirka 7 procent). Dessa brott sker ungefär lika ofta i skolan som på offentliga platser [52].

För ungdomar i åldrarna 16–24 år sker våldet oftare på fritiden och i samband med (alkoholrelaterat) nöjesdeltagande i stället för i skolan och i hemmet. Våldsutsattheten i denna åldersgrupp har inte ökat under senare år och det grövre våldet ligger ungefär på samma nivå som på 1980-talet.

<sup>14</sup> Det vill säga, han eller hon var yngre än 15 år.

#### Figur 3:7. Barn inlagda på sjukhus på grund av våldsskada\*

Antal vårdtillfällen för barn i åldrar 0–6 och 7–14 år per 100 000 invånare i respektive åldersgrupp.



\*Skada p.g.a. övergrepp av annan person, diagnoskod enligt ICD-9: 960–968 och ICD-10: X85–Y09.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Risken att bli utsatt för våld som leder till en inläggning på sjukhus ökar under tonåren och är som högst bland unga vuxna i 20–24-års åldern. Det är också mycket vanligare att unga män vårdas på sjukhus på grund av misshandel än unga kvinnor (figur 3:9). Med undantag för de allra yngsta barnen (0–6 år) är pojkar generellt mer utsatta för misshandel än flickor. Unga män har oftare utsatts för våld på offentliga platser, medan våldet mot unga kvinnor oftare inträffat i någons bostad [52].

Det dödliga våldet visar sedan 1980-talet varken på en ökning av antalet unga offer eller antalet unga gärningsmän. Ungefär 15 ungdomar i åldern 10–24 år faller offer för dödligt våld varje år [52].

#### Var fjärde flicka utsatt för sexuella övergrepp

Flickor utsätts för sexuella övergrepp i avsevärt större utsträckning än pojkar [52]. Svenska undersökningar bland 18-åringar visar att 10–13

procent av flickorna och 3–6 procent av pojkarna har varit utsatta för penetrerande sexuella övergrepp någon gång under sin uppväxt. När andra former av sexuella övergrepp inkluderas, exempelvis blottning och sexuell beröring, blir andelen utsatta 25 procent bland flickorna och 7 procent bland pojkarna.

Få av de sexuella övergrepp som barn och ungdomar utsätts för kommer till myndigheternas kännedom. Sannolikheten att barn berättar om sin utsatthet för sexuella övergrepp är dessutom lägre bland pojkar än flickor. De som blir registrerade som misstänkta för sexualbrott mot personer under 18 år är i huvudsak män – drygt 97 procent 2011.

Omkring 70 procent av brotten mot barn upp till 11 år begås av någon inom familjen eller släkten. Endast 3 procent hade begåtts av någon tidigare obekant. Bland utsatta barn och ungdomar i åldern 12–14 respektive 15–17 år hade däremot flera av brotten begåtts av tidigare obekanta personer (18 respektive 32 procent), medan andelen brott som hade begåtts av personer inom familjen eller släkten var lägre (16 respektive 3 procent). Allt eftersom barnen blir äldre ökar antalet sexualbrott som begås av personer som är relativt jämnåriga med offren. Bland de yngsta barnen begås brotten oftast i hemmet medan de brott som begås mot äldre barn och ungdomar främst sker utanför det utsatta barnets hem – bland tonåringar ofta i samband med umgänge med kompisar, inte minst på fester eller i anslutning till utelivet [52].

#### Ingen minskning av utsatthet för mobbning

Andelen barn och unga som känner sig utsatta för mobbning har varit oförändrad under 2000-talet [52]. Enligt Skolverkets undersökning från 2009 kände sig 6 procent av eleverna i årskurs 4–6 och i årskurs 7–9 mobbade av andra elever.

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

I gymnasieskolan var motsvarande andel 2 procent. I Brottsförebyggande rådets (BRÅ) undersökning från 2011, var det drygt 13 procent av flickorna och 8 procent av pojkarna i årskurs 9 som svarade att de ibland eller ofta varit utsatta för mobbning.

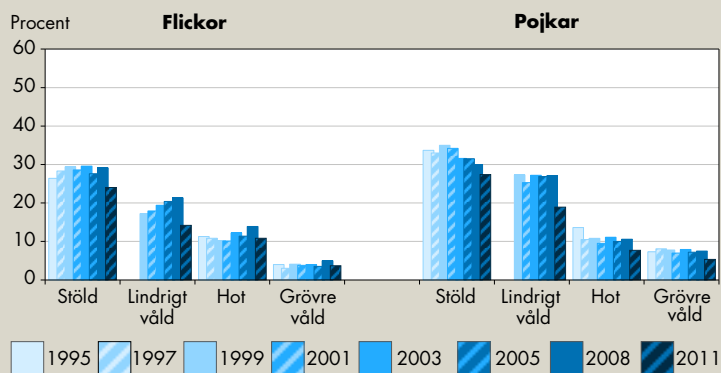
Omkring var tredje pojke respektive flicka i årskurs 9 uppger att de utsatts för stöld av cykel, plånbok eller annan värdesak (figur 3:2). År 2008 uppgav nästan 11 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna att de under det senaste året blivit hotade så att de blev allvarligt rädda. Under 2000-talet har denna andel bland pojkar varit någorlunda stabil medan den har ökat bland flickor. Dessa hot inträffar oftast på offentliga platser [52].

Ytterligare en studie, som genomfördes av Socialstyrelsen, fokuserade på utsatthet och stöd under uppväxten bland personer i åldern 20–24 år [53]. Studien omfattade frågor om egendomsbrott, fysiskt våld, verbala övergrepp, sexuella övergrepp, försummelse och bevittnande av våld. Preliminära resultat från studien ger en bild av hur olika former av våldsutsatthet hänger samman och vilken betydelse våldsutsatthet har för den psykiska hälsan:

- Våldsutsatthet är oftast ingen engångshändelse. Att ha utsatts för en typ av våld kan även indikera utsatthet för en annan typ av våld.
- Skolan framstår som en vanlig arena för brott och övergrepp och andra barn är vanliga aktörer där.

**Figur 3:8. Utsatthet för brott bland ungdomar**

Andel elever i årskurs 9 som uppger att de har utsatts för olika brottshandlingar 1995–2011.



Källa: Skolundersökningen om brott, Brottsförebyggande rådet.

- Hemmet är en vanlig plats för våldsutsatthet och försummelse.
- Det är 1,5–2 gånger vanligare att unga personer med funktionsnedsättning blir utsatta för våld jämfört med andra unga.
- Ungefär vart femte våldsutsatt barn hade fått professionell hjälp, främst av kurator i vård eller skola och av psykiatrin.
- Barn som varit utsatta för våld vid upprepade tillfällen eller på flera olika sätt har sämre psykisk hälsa som vuxna.
- Endast var femte person som vid upprepade tillfällen varit utsatt för brott, våld, övergrepp eller försummelse är i dag vid god psykisk hälsa. Det är vanligare att dessa säger sig ha varit motiverade och mogna att ta emot stöd, jämfört med gruppen med sämre hälsa. Detta pekar på vikten av barnets egen roll i utformningen av insatsen [53].

#### De flesta kommuner erbjuder stöd och behandling

Omkring var tionde ungdom i ålder 15-16 år anger att de har bevittnat våld [54]. Barn som bevittnat våld av närstående har fått särskild uppmärksamhet under det senaste decenniet, bland annat genom nya regler om socialtjänstens ansvar att ta hänsyn till dessa barns behov av stöd och hjälp. Omfattande satsningar har genomförts för att utveckla det lokala stödet till barnen och den vetenskapliga kunskapen om vad som är ett gott stöd till dem [55-58].

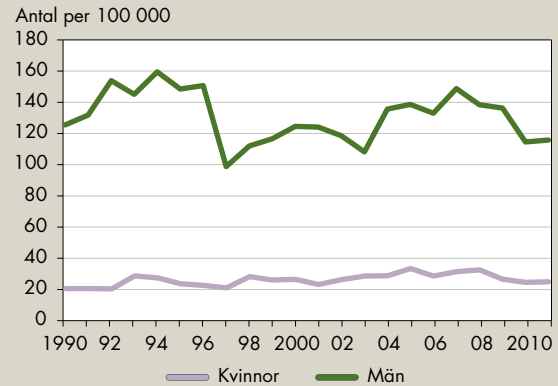
Nästan alla kommuner kan erbjuda råd och stöd till barn som bevittnat våld, genom samtal med en socialsekreterare [59]. Vidare kan kommunerna i mycket hög utsträckning erbjuda stöd- och behandlingsinsatser som krissamtal, kontaktperson och familjepedagogiska insatser. Omkring hälften av kommunerna har kartlagt utbildningsbehovet för personal som kan möta eller arbetar med barn som bevittnat våld, och drygt en tredjedel av kommunerna har under det senaste året systematiskt följt upp insatserna för barn som bevittnat våld. På den sista punkten är de regionala variationerna dock stora [59].

#### Barnahuset kan vara bättre än ordinära barnutredningsformer

Barnahuset är en typ av verksamhet som förenar kommun, landsting och stat i konkret myndighetssamverkan för barn som misstänks vara utsatta för brott. Utvecklingen har varit snabb sedan de första svenska barnahuset startade 2004 och 2005, med amerikanska och isländska verksamheter som förebilder. År 2010 fanns det åtminstone 22 verksamheter i Sverige som kallade sig barnahuset [60, 61]. I slutet av 2012 fanns det, enligt uppgifter från Rädda Barnen, ett trettiotal sådana verksamheter runt om i landet.

**Figur 3:9. Unga inlagda på sjukhus på grund av våldsskada\***

Antal vårdtillfällen för kvinnor och män i ålder 15–20 år per 100 000 invånare i motsvarande åldersgrupp, 1990–2010.



\*Skada p.g.a. övergrepp av annan person, diagnoskod enligt ICD-9: 960–968 och ICD-10: X85–Y09. Observera att 1997 skedde statistikomläggning från ICD-9 till ICD 10.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Barnhusens målgrupp bör utgöras av barn som misstänks ha utsatts för brott mot liv och hälsa, brott mot frihet och frid eller sexualbrott, kvinnlig könsstympning och barn som bevittnat våld i nära relationer, enligt rekommendationer från Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen och Åklagarmyndigheten. Avgörande för om barn ingår i målgruppen är brottsmisstanken, inte om det misstänkta brottet begåtts i till exempel barnets hemmiljö, i skolan eller på annan plats eller av en vuxen eller ett barn [62].

Slutsatserna av en uppföljning från 2010 pekar på att en fungerande barnahusetverksamhet är bättre än ordinära barnutredningsformer hos polisen, även om knappast något barnahuset motsvarade de uppställda kriterierna [61]. Dels är det bättre för

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

---

barnen att det samlade samhällsstödet finns på ett ställe så att barnet inte behöver slussas runt till olika institutioner, dels ger det ökade samarbetet med andra discipliner och myndigheter en bredare kunskapsbas för utredningarna och en möjlighet att ur olika aspekter samtidigt möta barnets problematik.

Uppföljningen lyfter också fram några viktiga förutsättningar för barnhusens verksamhet: tillgång till den specialistkompetens som krävs och en viss volym. Utredarna konstaterade att barn – oavsett ålder – som varit på förhör på barnahus har varit övervägande positiva till det bemötande och stöd de fått. Så många brottsutsatta barn som möjligt bör därför komma till barnhusen, inte bara de barn som socialtjänsten har behov av att bedöma och utreda.

Utredarna betonade också att en långsiktig och hållbar myndighetssamverkan förutsätter att samtliga involverade samverkansparter tar ett gemensamt ekonomiskt och personellt ansvar för verksamheten. För en långsiktig verksamhetsutveckling föreslog man en nationell samordning för certifiering, kontinuerlig uppföljning och kvalitetssäkring av barnhusen [61].

#### *Särskilda team och enheter bildas i samverkan*

Flera huvudmän har, var för sig eller i samverkan med andra, byggt upp verksamheter med särskilt fokus på barn som utsatts för våld. På Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm och på Akademiska sjukhuset i Uppsala finns särskilda barnskyddsteam med exempelvis barnmedicinsk kompetens, enligt förebilder från bland annat USA och England.

Sedan flera år finns specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter inom området i bland annat Linköping och Stockholm. Det

finns även specialiserade verksamheter för stöd till barn som utsatts för sexuella övergrepp.

Några landsting/regioner och kommuner har bildat särskilda enheter eller centrumbildningar för forsknings- och utvecklingsarbete som berör frågor om våld mot barn. Några exempel på sådana verksamheter är Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, Region Skånes kunskapscentrum för barnhälsovård och kunskapscentrumet Dialoga i Göteborgsregionen.

#### **Behov av fortsatt utvecklingsarbete**

Även om ett omfattande förbättringsarbete pågår är det tydligt att behovet av fortsatta utvecklingsinsatser är stort. FN:s barnrättskommitté har uppmärksammat stora regionala skillnader i Sverige när det gäller stöd och behandling till våldsutsatta barn. Kommittén rekommenderade 2006 särskilt att Sverige

- prioriterar förebyggande åtgärder
- verkar för icke-våldsvärderingar
- ökar människors medvetenhet
- erbjuder hjälp till rehabilitering och återintegrering i samhället
- säkerställer barns deltagande
- skapar tillgängliga och barnanpassade tjänster och metoder för rapportering av våld mot barn.

Barnrättskommittén tagit upp barnets rätt till frihet från våld och vikten av förebyggande arbete. Vuxna måste också ha tillräcklig kunskap, vilja och möjlighet att ingripa när de misstänker att våld förekommer, även om barnet inte uttryckligen ber om hjälp [51].

De uppdrag och andra insatser som initierats under senare år har också lett fram till insikter om behovet av ytterligare kunskapsutveckling

och kunskapsspridning. Bland annat har nedanstående övergripande utvecklings- och förbättringsområden uppmärksammats när det gäller socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete:

- Bättre tillämpning av anmälningsskyldigheten, utvecklad utredningsmetodik inom socialtjänsten och bättre samverkan mellan socialtjänsten och andra verksamheter. Brister i olika verksamheters anmälningsskyldighet till socialnämnden när barn far illa eller riskerar att fara illa har påvisats i flera studier, inte minst inom hälso- och sjukvården [62, 63, 64]. Socialstyrelsens rapport om barn som avlidit med anledning av brott 2010–2011 visar också att brister i socialtjänstens barnvårdsutredningar, har lett till att barn inte alltid har fått det skydd eller det stöd de varit i behov av. Av rapporten framgår att den lagstadgade skyldigheten för myndigheterna att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa inte fungerar tillfredsställande. Det gäller främst samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård, polis och skola [65].
- Ökad kunskap om effektiva strategier, metoder och arbetssätt. För att barn som utsatts för våld ska få det stöd som de behöver krävs kunskap om vilka metoder och arbetssätt som är effektiva och om hur dessa metoder ska komma till användning. Det gäller såväl vid tidiga insatser för att förebygga, upptäcka och bedöma tecken på våld som för akut skydd och stöd. Även efter den akuta fasen är det viktigt att det finns effektiva metoder och arbetssätt för uppföljning och långsiktigt stöd till barn som exempelvis har traumatiserats till följd av våld. Bara ett mindre antal systematiska kunskapsöversikter som berör

området har tagits fram, och endast ett fåtal metoder har utvärderats i randomiserade kontrollerade svenska studier [66-68].

- Ökade möjligheter för barn att själva komma till tals. Ett område som berör både arbetsformer och metodik handlar om samtal med barn som misstänks vara utsatta för våld. Detta är fortfarande ett eftersatt forskningsområde [66]. Barn som utsatts för våld upplever också att de inte får tillräckligt med frågor om vad de varit med om eller att deras svar inte tolkas och används på rätt sätt [62]. Barnens möjligheter att komma till tals är både en fråga om deras rättigheter och om att utveckla en evidensbaserad praktik för ett effektivt stöd från bland annat socialtjänst och hälso- och sjukvård [69, 70].
- Förbättrad uppföljning av insatser för barn som utsatts för våld. Det finns olika uppföljningssystem inom de samhällsområden och verksamheter som arbetar med frågor om våld mot barn, men fortfarande saknas såväl lokal och regional som nationell överblick över de insatser som görs inom bland annat socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det saknas också till stor del indikatorer som gör det möjligt att jämföra vad som görs i olika delar av landet. Socialstyrelsen har under våren 2012 publicerat de första öppna jämförelserna av insatser när det gäller våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld [59].

## Migrerande barn

### Ensamkommande barn och unga

Gemensamt för barn och unga som kommer ensamma till Sverige är att de har erfarenheter av uppbrott från den invanda miljön, föräldrarna och det sociala nätverket [71].

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

Ensamkommande barn är en gemensam beteckning för "barn under 18 år som vid ankomsten till mottagarlandet är skilda från båda sina föräldrar eller från någon annan vuxen person som får anses ha trätt i föräldrarnas ställe, eller som efter ankomsten står utan sådan ställföreträdare". (1 § femte stycket lag (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.). I denna text avses med ensamkommande barn sådana som ansöker om asyl och har registrerats som barn av Migrationsverket.

Majoriteten av de ensamkommande barnen och unga kommer från områden – i dag framför allt Afghanistan och Somalia – med våldsamma och blodiga konflikter, och många bär på erfarenheter av att vuxenvärlden svikit dem [72]. Orsaker till migrationen är ofta en kombination av yttre orsaker – som krig, fattigdom, konflikter i släkten eller familjen – och en önskan om ett bättre liv. Barnets medverkan i beslutet att migrera kan vara motvillig eller frivillig [73–75].

En stor del, kanske de flesta av barnen, har i sina hemländer varit med om svåra upplevelser, som förluster av nära anhöriga, varierande grader av hot och våld och avsaknad av skolgång. Allt detta är riskfaktorer för en ogynnsam utveckling i den unga personens liv. Ju fler riskfaktorer desto högre risk att barnet drabbas av ohälsa och negativ utveckling [76]. För många har också själva flykten till Sverige varit lång med inslag av hot, misshandel, fängslande och övergrepp av olika slag. En del av barnen och ungdomarna reagerar på detta med allvarliga psykiska symtom.

Antalet ensamkommande barn varierar mellan åren beroende på pågående krig och konflikter i andra länder. År 1992 kom till exempel ett mycket stort antal barn till Sverige till följd av kriget på Balkan [77]. De största grupperna av ensamkommande barn och ungdomar som sökte asyl i Sve-

rige åren 2010–2012 kom från Afghanistan, följt av Somalia, Eritrea och Irak.

Över hälften (57 procent) av alla ensamkommande barn och ungdomar som sökte asyl i Sverige åren 2009–2012 var 16–17 år gamla och mer än en tredjedel var i åldern 13–15 år. Att yngre barn kommer ensamma är mera sällsynt (figur 3:10). Majoriteten av barnen som kommer är pojkar, mellan cirka 80 och 85 procent per år [78].

#### *Åldersbedömning har betydelse för bedömning av stöd*

Många ensamkommande barn saknar födelsebevis eller annan identitetshandling när de kommer till Sverige. Det finns länder där det inte alltid upprättas födelsebevis som visar var och när man är född och vilka föräldrarna är. När ensamkommande söker asyl, eller när barn i utlandet ansöker om att få återförenas med någon anhörig i Sverige, och saknar tillförlitliga identitetshandlingar, kan frågor om åldern uppstå.

Frågan om en sökande är ett barn under 18 år eller en vuxen som redan har fyllt 18 år har betydelse vid prövningen av om han eller hon ska få stanna i Sverige eller inte. Det har också betydelse när man bedömer om han eller hon

- ska anvisas till en kommun för boende inom socialtjänsten med andra barn
- behöver stöd i form av en god man, skolgång och andra insatser inom ramen för socialtjänsten
- ska hänvisas till ett boende inom Migrationsverket.

För helt uppenbara fall, det vill säga fall "där var och en utan närmare övervägande klart kan se att det rör sig om en vuxen person", kan Migra-



tionsverket ifrågasätta åldern direkt vid ansökningsstillfället [79]. Migrationsverket har ingen statistik över antalet som genomgår åldersbedömning.

Om det efter den muntliga utredningen fortfarande finns osäkerhet om barnets identitet och ålder – frågor som är viktiga vid prövningen av ärendet – bör Migrationsverket erbjuda personen möjlighet att stödja sina uppgifter genom en medicinsk åldersbedömning [79].

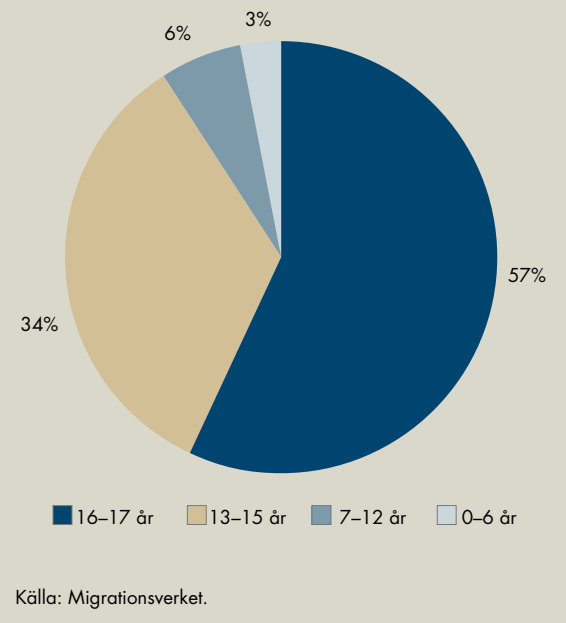
Det finns inte någon medicinsk eller psykosocial metod som exakt kan fastställa en persons kronologiska ålder. Det handlar om att kunna ange ett åldersintervall för att avgöra om den ålder som barnet säger sig ha är sannolik eller inte [80, 81]. De metoder som trots allt verkar vara de mest ändamålsenliga är de medicinska metoderna, det vill säga en ålderbedömning gjord av en erfaren barnläkare och grundad på samtal, utvecklingsbedömning och kroppsundersökning samt röntgenundersökningar av tänder och handskelett [82].

Socialstyrelsen har gett ut rekommendationer om medicinsk åldersbedömning för ensamkommande barn som ansöker om uppehållstillstånd i Sverige [83]. Åldersbedömningarna måste uppfylla krav på objektivitet, vetenskaplighet, kvalitet och rättssäkerhet. Socialstyrelsen rekommenderar att en medicinsk åldersbedömning inleds med en pediatrik klinisk undersökning, som vid behov kompletteras med röntgen av tänder och handskelett. Målet är att minska risken för att barn felaktigt bedöms vara över 18 år.

Majoriteten av de ensamkommande barnen som kommer till Sverige och ansöker om asyl får permanent uppehållstillstånd (PUT). År 2011 fick 85 procent av alla ensamkommande barn som sökte asyl i Sverige uppehållstillstånd i första instans. Om man också räknar in personer vars

**Figur 3:10. Ensamkommande barn och unga**

Åldersfördelning (%) bland alla ensamkommande barn och unga som kom åren 2009–2012.



ansökan ska prövas enligt Dublinförordningen<sup>15</sup> och dem vars ärende avskrevs, fick 74 procent uppehållstillstånd. År 2012 var motsvarande siffra 65 procent [84].

15 I EU-länderna och Norge, Island, Liechtenstein och Schweiz finns det regler om vilket land som ska ansvara för en ansökan om asyl. Genom Dublinförordningen (Europeiska rådets förordning (EG) nr 343/2003) reglerar länderna vilket land som ska ansvara för asylprövningen. En asylsökande har alltså inte rätt att välja vilket land som ska utreda och pröva skälen för asyl. Om ett ensamkommande barn tidigare har ansökt om asyl i ett annat land, som också omfattas av Dublinförordningen, skickas en begäran om "återtagande" dit. För att ett barn ska överföras krävs att barnet faktiskt har ansökt om asyl i det andra landet.

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

---

#### *Stort behov av omgående hjälp med boende och stöd*

År 2006 överfördes ansvaret för att ta emot ensamkommande asylsökande barn från Migrationsverket till kommunerna. Förändringen i ansvar innebar dels att Migrationsverket befriades från sin dubbla roll som vårdgivare och beslutsfattare, dels att kommunerna övertog ansvaret för barnens omvårdnad och boende inom ramen för socialtjänsten. Dessutom medförde reformen att ensamkommande barn skulle kunna ta del av de stödinsatser som socialtjänsten kan erbjuda. Det blev därmed socialtjänstens ansvar att se till att barnen och ungdomarna erbjuds ett tryggt och säkert boende av god kvalitet med möjligheter till individuellt stöd och utveckling samt att barnen och ungdomarna får lämplig utbildning och tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

Förändringen 2006 byggde på beräkningen att cirka 500 barn per år kommer ensamma till Sverige, och att antalet i stort sett var konstant. Emellertid började antalet ensamkommande barn att öka ungefär samtidigt med reformens införande, för att därefter stadigt öka.

Särskilt påtagliga blev problemen med ökningen i de fyra största ankomstkommunerna Malmö, Sigtuna, Solna och Mölndal. Behovet av omgående hjälp med boende och stöd från socialtjänsten samt förordnande om god man blev tydligt märkbart åren efter lagändringen. Tecknandet av överenskommelser mellan Migrationsverket och kommuner om att ta emot ensamkommande barn har inte skett i den takt och omfattning som behövs för att kunna motsvara behoven. Dessa problem finns fortfarande kvar.

De flesta ensamkommande barn har tagit ett stort ansvar under lång tid och många av barnen är handlingskraftiga och kompetenta. Bland dem finns även en sårbar högriskgrupp, som tidigt be-

höver identifieras och erbjudas riktade behandlingsinsatser [71, 85].

Det är socialtjänstens ansvar att se till att barnen och ungdomarna erbjuds ett tryggt och säkert boende av god kvalitet med möjligheter till individuellt stöd och utveckling samt att barnen och ungdomarna får lämplig utbildning och tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

#### *Stödet har blivit bättre*

Det är viktigt att de ensamkommande barnen får vad de behöver och har rätt till eftersom de saknar vårdnadshavare som kan bevaka deras intressen. De befinner sig dessutom i en ny och främmande kultur utan kunskaper i svenska språket.

De flesta ensamkommande barn och unga placeras på hem för vård eller boende, HVB.<sup>16</sup> Den nationella tillsynens iakttagelser pekar på att stödet i HVB till denna grupp har blivit bättre. Tidigare gjorde knappt hälften av verksamheterna individuella bedömningar av hur de ensamkommandes behov kunde tillgodoses, motsvarande siffra för övriga HVB var dubbelt så hög. In- och utskrivningsbeslut och samtycke från den ensamkommande saknades dessutom alltför ofta [40]. Socialstyrelsen bedömde att socialtjänstens handläggare många gånger saknade kunskap om vad som gäller för ensamkommande barn och unga, och ibland utreddes barnets eller den unges behov endast summariskt [40].

Enligt Socialstyrelsens Tillsynsrapport 2013 finns det inga stora skillnader i kvalitet i HVB för ensamkommande barn jämfört med övriga HVB [15]. Men personalens utbildningsnivå är generellt sett något lägre och det är något fler verksamheter för ensamkommande som inte erbjuder ungdomarna en godtagbar boendestandard.

<sup>16</sup> I kapitel 4 redogörs för utvecklingen av heldygnsplaceringar för bland annat ensamkommande barn och unga.

I HVB för ensamkommande tycks dessutom en lägre andel av personalen ha särskild kunskap om målgruppen, jämfört med andra HVB. I HVB för ensamkommande var det 40 procent jämfört med 64 procent i övriga HVB.

#### *Förhållandena i mottagarlandet är avgörande för barnens framtida hälsa*

Förhållandena i mottagarlandet är avgörande för de ensamkommande barnens långsiktiga hälsa och utveckling. Brist på stöd ökar risken för en sämre prognos med bestående traumasymtom och annan psykisk ohälsa.

Barn som upplevde livshotande händelser och skräck kan återuppleva det genom plågsamma minnesbilder och mardrömmar. Vanligt vid sådana situationer är att barnet gör vad han eller hon kan för att undvika allt som kan påminna om händelsen. Detta kan i sin tur leda till överspändhet, irritabilitet, koncentrationssvårigheter och överdriven vaksamhet. Farofyllda, chockartade eller smärtsamma händelser leder inte automatiskt till traumatisering i psykiatrisk bemärkelse, men de kan göra det. Det är avgörande hur barnet upplevde händelsen, hur han eller hon tolkar situationen och framför allt vad som händer efter traumat. Traumatisering kan ge upphov till olika allvarliga symtom som kan diagnosticeras som posttraumatiskt stressyndrom, akut stressyndrom eller någon annan psykiatrisk diagnos [85].

En annan utmärkande omständighet för de ensamkommande barnen är att samtliga är utsatta för långvarig och extrem stress. Denna stress börjar inte sällan långt före resan och kan sedan fortsätta långt efter ankomsten – inte minst under tiden för asylprövningen och fram till beslutet om att få stanna [86]. Orsaker till stress efter ankomsten kan till exempel vara att känna sig rädd för vad som ska ske i framtiden, [87] att inte ha

några släktingar i det nya landet, att bli ifrågasatt under asylprocessen eller att känna sig tvingad att uppge fel identitet, historia eller ålder [88].

Ett tredje utmärkande tillstånd är övergivenhet i bemärkelsen att de ensamkommande barnen och ungdomarna är ensamma utan sina föräldrar i ett främmande land. Många hyser oro för sina familjemedlemmar som de kanske förlorat kontakten med. Andra barn kan känna sig övergivna efter att ha tagit aktivt avstånd och flytt från familjen, kanske efter våld eller hederskonflikter [87, 89].

#### *Hur går det sen?*

Få studier har följt upp hur det går för de ensamkommande barnen, och de uppföljningar som genomförts ger delvis olika resultat. År 2009 gjordes en uppföljning av 100 ensamkommande ungdomar tio år efter att de hade fått permanent uppehållstillstånd [90]. De flesta hade återförenats med släktingar och familj i Sverige. Ett mindre antal var fortfarande ensamma i landet. Efter tio år hade mer än tre fjärdedelar sysselsättning eller studier. De flesta hade sökt och fått svensk medborgarskap och hälften hade bildat egna familjer.

#### **Barn med uppgivenhetssyndrom**

Under 2002 väckte allt fler barn med en ny symtombild reaktioner på flera håll inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Sverige. Det handlade om barn i asylsökande familjer som uppvisade varierande, starka symtom med oro, ångest, sömnproblem, depression, tilltagande passivitet och kontaktlöshet. De förlorade så småningom förmågan att använda kroppen normalt, vilket i flera fall innebar att vårdpersonalen var tvungna att sondmata dem för att de skulle få i sig näring. Vissa barn behövde blöja. Barnen kom att benämnas ”deprimerade, barn som lagt sig,

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

---

apatiska barn och barn med uppgivenhetstillstånd eller depressiv devitalisering [90-93].<sup>17</sup>

Symtomen var varken okända eller oförklarliga. Redan i mitten av 1950-talet beskrevs barn ”med kronisk trötthet och sängläge” i en stor litteraturgenomgång [95], och i en lärobok från samma årtioende [96] att ”barn vid psykisk insufficiens kan reagera med uttalad trötthet, apati och sängläge (apatineuros)”. Där fanns även en koppling till traumatiska upplevelser.

En svårighet med uppgivenhetssyndrom<sup>18</sup> är att det saknas generellt accepterade diagnoskriterier som täcker hela symtombilden och vårdbehoven. Det har därför inte heller varit möjligt att jämföra behandlingsinsatser [95]. Det gör det också svårt att följa den epidemiologiska utvecklingen.

Det finns flera differentialdiagnoser<sup>19</sup> i International Classification of Diseases 10 och handboken Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV<sup>20</sup>, som kan användas på många av de symptom barnen uppvisar. Några exempel är ångestsyndrom, depression, anorexia nervosa, kroniskt trötthetssyndrom, dissociativa tillstånd, posttraumatiskt stressyndrom och utmattningssyndrom [95].

Under slutet av 2012 och i början av 2013 har Socialstyrelsen diskuterat en fördjupningskod i klassifikationssystemet enligt ICD-10 SE för att

kunna få en samlad överblick av fallen. Slutligt beslut i frågan fattas dock efter publicering av denna rapport.

#### *Få har uppgivenhetssyndrom, men antalet varierar över tid*

Sedan fenomenet på allvar började uppmärksammas 2002, då 65 barn rapporterades [96] med uppgivenhetssymtom, har ett antal kartläggningar i form av enkäter i första hand till barn- och ungdomspsykiatriska enheter i hela landet genomförts.

Den första kartläggningen, som utfördes vid BUP:s flyktingenhet i Stockholms län, kartlade hur många asylsökande barn som hade varit inlagda eller fått andra intensiva vårdåtgärder under minst en vecka, och där barnen bland annat var okontaktbara, orörliga och deprimerade och symtomen var uppenbart relaterade till traumatisering i hemlandet och avslag eller väntan i asylprocessen. Resultatet av kartläggningen var 130 barn som uppfyllde kriterierna samt ytterligare 32 barn som hade varit aktuella för andra åtgärder [97]. En uppföljning gjordes i mars 2006. Då var 65 barn med uppgivenhetssymtom fortfarande under behandling. Dessutom hade 82 barn fått permanent uppehållstillstånd men var fortfarande aktuella på olika BUP-kliniker eller BUP-enheter. Ytterligare två uppföljningar gjordes i augusti och december, 2006. De visade att antalet barn med uppgivenhetssymtom kontinuerligt minskade under året, från 147 i mars till 36 i december [98].

En viktig bidragande orsak till minskningen ansågs allmänt vara den tillfälliga lagen (2005:762) som gällde från den 15 november 2005 till den 31 mars 2006 och som möjliggjorde förnyade prövningar av framför allt barnfamiljers ansökan [98].

17 Depressiv devitalisering betyder att barnet ligger till sängs, inte talar och måste sondmatas för att få föda

18 Socialstyrelsen valde i slutet av 2012 att använda beteckningen barn med uppgivenhetssyndrom som gemensam beteckning för dessa fall. Tidigare benämndes dessa fall *apatiska barn* och från år 2005 *barn med uppgivenhetssymtom*. I referat av äldre rapporter används därför den vid den tiden aktuella beteckningen.

19 Differential diagnoser är diagnoser som är tänkbara orsaker till besvären.

20 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, handbok för psykiatri med standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd, utgiven av American Psychiatric Association.

Under 2008 kom emellertid signaler om att antalet barn med uppgivenhetssyndrom åter ökade. Socialstyrelsen genomförde därför en förstudie som visade att det fanns 34 barn med uppgivenhetssyndrom registrerade i Migrationsverkets mottagningssystem.

I dagsläget finns inga pågående aktiviteter för att kontinuerligt och heltäckande registrera antalet barn som har eller har risk för att utveckla uppgivenhetssyndrom. Ett nätverk av frivilliga, Etikkommissionen i Sverige, genomförde 2011 en kartläggning av bland annat barn i familjer som fått avslag på ansökan om asyl eller uppehållstillstånd. Kartläggningen redovisar 30 barn med uppgivenhetssyndrom [99]

#### *Traumatiska upplevelser är en vanlig bakomliggande faktor*

Orsakerna till barnens symtom är komplexa. Faktorer som har föreslagits ha betydelse för symptomens uppkomst är genetiska, personlighet, position i familjen och tidig anknytning. Den dominerande bakgrundsfaktorn är att detta är människor från minoriteter som har utsatts för förföljelse och som har haft traumatiserande upplevelser i ursprungslandet i form av krig, våld, död, förföljelse, hot, kränkande övergrepp samt fängslade, försvunna eller döda anhöriga. Barnen har ofta själva utsatts för liknande trauma [91, 93, 100, 101].

Som utlösande faktorer nämns ofta att asylprocessen i sig har inslag av upplevd hopplöshet, misstänkliggörande, lång väntan och avslag och i viss mån bristande omsorgsförmåga hos föräldrarna [91, 93, 100–102]. Oftast spelar särskilt moderns psykiska hälsa och förhållningssätt stor roll som vidmakthållande faktor [91, 93, 103].

Utmärkande för tillståndet hos barn som lider av eller är i riskzonen för att utveckla uppgivenhetssymtom är nedsättning av barnets olika funk-

tioner för kommunikation, motorik, nutrition, av- och påklädning, personlig hygien och kroppsliga funktioner [103, 104].

#### *Familjeperspektivet är viktigt vid behandling*

Vård och behandling av barn med uppgivenhetssyndrom ser olika ut och vårdens organisation skiljer sig mellan olika delar av landet. Behandling kan ges i öppenvård med hemsjukvård eller i kombinationsformer med inläggning på klinik vid akuta behov av till exempel sondmatning. Även intensiva psykiatriska insatser kan ges. Som regel krävs det långa behandlingstider med vårdperioder på i genomsnitt tio månader till ett år [91, 93, 103].

För att behandlingen ska bli framgångsrik krävs oftast flera olika sorters insatser och samverkan mellan olika discipliner, organisationer och myndigheter, till exempel hälso- och sjukvårdens (barnmedicin, BUP, vuxenpsykiatri med flera), socialtjänst, skola, vuxenvård (föräldrabehandling) och ibland migrationsmyndigheter [90–92, 103–107].

De mest framgångsrika behandlingsinsatserna kännetecknas av att personalen bekräftar familjens traumatiska upplevelser. För att häva tillståndet har det visat sig vara viktigt att se tillståndet som en familjepsykiatrisk situation där behandlingen i första hand är inriktad på att återupprätta och stärka föräldraskapet och att förmedla hopp och framtidstro till föräldrarna. Detta sker genom att använda till exempel psykopedagogiska och miljöterapeutiska insatser, liksom terapi för både barnen och föräldrarna. Att driva på tillfrisknandet, ställa krav eller använda tvång fungerar inte [100, 105, 107].

Sjukgymnastik är också en viktig del i behandlingen, liksom psykosocialt stöd och nätverksarbete med samarbete med andra aktörer i barnets

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

---

och familjens omgivning. Det tar ofta lång tid och är påfrestande för personalen, som inte ser resultat av sitt arbete på det sätt de är vana vid i vanlig vård [91, 101, 102, 108].

#### *Effekter av behandling*

Det som i de flesta fall kan få tillståndet att vända är ett positivt besked om att familjen får stanna i mottagarlandet (det vill säga permanent uppehållstillstånd) [109]. Men de allra flesta beskrivningar av vård av barn med uppgivenhetsymtom rapporterar att samtliga barn som får rätt behandling blir friska, även om behandlingstiderna kan vara mycket utdragna [91, 102, 103, 105].

#### Referenser

1. Salmi P, Berlin M, Björkenstam E, Weitoft ringbäck G. Psykisk ohälsa bland unga (preliminär titel). Underlagsrapport. Socialstyrelsen; 2013.
2. Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa. En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2012.
3. Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Barn- och ungdomspsykiatri. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
4. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011. Socialstyrelsen; 2012.
5. Nationell patientenkät. Barn- och ungdomspsykiatri. Undersökning hösten 2011. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
6. Stockholms läns sjukvårdsområde & Värmdö kommun. Hamnen – mottagning för barn, unga och föräldrar. Stockholm; 2011.
7. Barn- och ungdomspsykiatri – vård på olika villkor. Rapport från nationell tillsyn. Socialstyrelsen; 2009.
8. Barn- och ungdomspsykiatrins metoder. En nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009.
9. Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården [Internet]. Socialstyrelsen; 2012.
10. Öppna jämförelser av barn och ungdomsvård. Socialstyrelsen; 2012.
11. Barn- och ungdomspsykiatrins metoder. En nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009.
12. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. SBU-rapport nr 202. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010.
13. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell kartläggning i kommuner och landsting. Socialstyrelsen; 2008.
14. PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser 2012–2016. Regeringen; 2012.
15. Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen; 2013.
16. Social Rapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
17. Socialstyrelsens öppna jämförelser år 2011 av utbildningsnivå för barn och unga placerade i samhällsvård. Socialstyrelsen; 2011.
18. Dartingtonprojektet. Socialstyrelsen. Stockholm, 2000.
19. Hjern A & Vinnerljung B (2002). Health care for children in foster and residential care. Invited commentary. Acta Paediatrica, 91, 1153-1154.
20. Egelund T, Andersen D, Lausten M, Knudsen L, Olsen R F & Gerstoft F. Anbragte Børns Vilkår og Udvikling. Resultater Fra SFI's Forløbsundersøgelser af 1995-År gangen. The Danish National Centre for Social Research. Copenhagen, 2008.

21. Jaudes PK, Bilaver L, Goerge R & Catania C (2004). Improving access to health care for foster children: the Illinois Model. *Child Welfare*, 83, 215-238.
22. Kling, Stefan. Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Malmö 2010-12-15.
23. [www.skolfam.se](http://www.skolfam.se)
24. Placerade barns hälsa och skolgång – ett gemensamt ansvar för socialtjänsten, skolan och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Skolverket; 2012.
25. Teenage parenthood among child welfare clients: A Swedish national cohort study of prevalence and odds. Vinnerljung, B; Franzén, E; Danielsson, M. *Journal of Adolescence* 30 (2007) 97–116.
26. Lindroth, M; Löfgren-Mårtenson, L; Månsson, S-A. Marginaliserad sexualitet – tvångsomhändertagna ungdomars attityder, erfarenhet och handlingar. *Socionomens forskningsupplement Nr 31 I: Socionomen 1* 2012.
27. Ungdomar inskrivna på SiS särskilda ungdomshem under 2009. En sammanställning av ADAD inskrivningsintervju. Allmän SiS-rapport 2010:8. Statens institutionsstyrelse; 2010.
28. Slutrapport – uppdrag att förstärka arbetet med vuxna missbrukare och ungdomar som har varit, är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål (S2008/8418/ST). Statens institutionsstyrelse; 2011.
29. Kartläggning av ungdomsmottagningarnas verksamhet. Socialstyrelsen, 2013.
30. Hem för vård och boende för barn och unga. Slutrapport från en nationell tillsyn 2006–2008. Socialstyrelsen; 2009.
31. Consumption of psychotropic drugs among adults who were in societal care during their childhood – a Swedish national cohort study”, Bo Vinnerljung och Anders Hjern).
32. Lagerlöf H (2012). Samhällsvård och välfärdsresurser. En studie av skolgång, fritid och kamratrelationer bland unga i familjehem och institutioner. Stockholms universitet, Rapport i socialt arbete nr 137.
33. Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa – en studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Socialstyrelsen; 2012.
34. Regeringens skrivelse 2009/10:166. Uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken och grunden för en strategi framåt.
35. Berlin M, Hulting C. Framtida konsekvenser av sjukdom och skada under uppväxten (preliminär titel). Socialstyrelsen; 2013.
36. Hälsan hos barn och unga med funktionsnedsättning. Den nationella karläggningen av barns och ungas psykiska hälsa 2009. Statens Folkhälsoinstitut; 2011.
37. Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning. Kartläggning och analys av könsskillnader inom LSS och SoL. Socialstyrelsen; 2010.
38. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
39. Barnperspektiv i LSS-handläggning – en förstudie med fokus på arbetssätt och utvecklingsbehov. Socialstyrelsen; 2010.

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

---

40. Tillsynsrapport 2012. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2012.
41. En strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken 2011–2016. Regeringskansliet; 2011
42. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänst. Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Sveriges Kommuner och Landsting 2012.
43. Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem? (RiR 2011:17) Riksrevisionen 2011.
44. Handikappomsorg – lägesrapport 2003. Socialstyrelsen 2004.
45. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2007. Socialstyrelsen; 2008.
46. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2008. Socialstyrelsen; 2009.
47. Gemensam planering – på den enskildes villkor. Socialstyrelsen 2007.
48. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen; 2012.
49. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär. Socialstyrelsen; 2011.
50. Barnombudsmannen. Signaler – Våld i nära relationer, barn och ungdomar berättar. Stockholm; 2012.
51. United Nations General Assembly. Rights of the child – Note by the Secretary General A/61/150. New York; 2006.
52. Bäckman O, Estrada F, Nilsson A, Shannon D. Unga och brott i Sverige (preliminär titel). Underlagsrapport. Socialstyrelsen; 2013.
53. Socialstyrelsen. Barns och ungas psykiska hälsa – dokumentation från konferens den 17 oktober 2012 ([www.socialstyrelsen.se/nyheter/konferenser/barnsochungaspsykiskahalsa](http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/konferenser/barnsochungaspsykiskahalsa)).
54. Almqvist K, Georgsson A, Grip K, Broberg A. Stöd till barn som upplevt att mamma utsätts för våld – erfarenheter från en studie av barn som deltagit i Bojens grupprogram. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2012.
55. Socialstyrelsen. Att uppfylla samhällsansvaret – Förbättrat kunskapsstöd när det gäller socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Stockholm; 2009.
56. Utvecklingsmedel för att stärka stödet till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Socialstyrelsen; 2011.
57. Socialstyrelsen. Våld – En handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Stockholm; 2011.
58. Öppna jämförelser av stöd till brottsoffer – våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
59. Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen, Åklagarmyndigheten. Barnahus – försöksverksamhet med samverkan under gemensamt tak vid misstanke om brott mot barn. Stockholm; 2008.
60. Kaldal A, Diesen C, Beije J, Diesen E. Barnahusutredningen 2010. Stockholm: Stockholms universitet, Juridiska institutionen; 2010.
61. Rikspolisstyrelsen. Delredovisning av regeringsuppdrag avseende gemensamma nationella riktlinjer kring barn som misstänks vara utsatta för brott och kriterier för landets barnahus. Stockholm; 2009.
62. Brottsförebyggande rådet. Den polisanmälda barnmisshandeln. Stockholm; 2011. Rapport 2011:16.



63. Barnombudsmannen. Tandvården och barn som far illa. Stockholm; 2010. Barnombudsmannen rapporterar 2010:02.
64. Tingberg B, Child abuse – clinical investigation, management and nursing approach. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
65. Socialstyrelsen. Barn som avlidit med anledning av brott – Dödsfallsutredningar 2010–2011. Stockholm; 2012.
66. Brottsförebyggande rådet. Polisanmälda våldtäkter mot barn – En uppdaterad kunskapsöversikt. Stockholm; 2011. Rapport 2011:6.
67. Socialstyrelsen. Barn som har blivit eller riskerar att bli utsatta för försummelse eller övergrepp – Sammanställning av översikter om insatser till barn och föräldrar. Stockholm; 2011.
68. Priebe G. Sexuell exploatering av barn och ungdomar – Sammanställning av aktuell kunskap och forskning 2004–2008. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2008.
69. Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting. På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen. Stockholm; 2011.
70. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och landsting. Mot en effektivare kunskapsstyrning. Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. Stockholm; 2009.
71. Backlund Å, Eriksson R, von Greif K, Åkerlund E-M. Ensam och flyktingbarn – barnet och socialtjänsten om den första tiden i Sverige. FoU-Södertörn, red. Stockholm: FoU-Södertörn; 2012.
72. Brunnberg E, Borg R-M, Fridström C. Ensamkommande barn – en forskningsöversikt. Lund: Studentlitteratur; 2011.
73. Øien C. Underveis En studie av enslige minderårige asylsøkere FAFO, 2010.
74. Kohli RKS. Social Work With Unaccompanied Asylum Seeking Children. New York: Palgrave Macmillan; 2007.
75. Eide K. Hvem er de enslige minderårige flykningene? I: Eide K, red. Barn på flukt – Psykososialt arbeid med enslige mindreårige flyktinger. Oslo: Gyldendal; 2012.
76. Lagerberg D, Sundelin C, red. Risk och prognos i socialt arbete med barn – forskningsmetoder och resultat. Stockholm: Gothia; 2000.
77. Andersson HE, Ascher H, Björnberg U, Eastmond M, red. Mellan det förflutna och framtiden : asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande Göteborg: Centrum för Europaforskning, Göteborgs universitet (CERGU); 2010.
78. Migrationsverket. [Databas på Internet]. [citerad 2013-01-06]. Tillgänglig från: <http://www.migrationsverket.se/info/859.html>.
79. Migrationsverket. Rättsligt ställningstagande angående åldersbedömning, RCI 19/2012, Stockholm RCI 19/2012.
80. Hjern A, Brendler-Lindqvist M, Norredam M. Age assessment of young asylum seekers. *Acta Pædiatrica*. 2012 Jan 2012;101(1):4–7.
81. Smith T, Brownlees L. Age assessment practices: a literature review & annotated bibliography. New York: UNICEF; UNICEF, 2011.
82. Schmeling A, Grundmann C, Fuhrmann A, Kaatsch H-J, Knell B, Ramsthaler F, et al. Criteria for age estimation in living individuals. *Int J Legal Med*. 2008 November 2008;122(6):457–60.

### 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper

---

83. Medicinsk åldersbedömning för barn i övre tonåren. Socialstyrelsen, 2012. dnr 31156/2011-10.
84. Migrationsverket. Ensamkommande barn och ungdomar. Migrationsverket; 2012 [2012-11-16]; Tillgänglig från: <http://www.migrationsverket.se/info/418.html>.
85. Eide K. Omsorg, utvikling og alderens betydning. I: Eide K, red. Barn på flukt – Psykososialt arbeid med enslige mindreårige flyktninger. Oslo: Gyldendal; 2012.
86. Tunström A, Balint M, Nordström B. Psykiatriskt arbete med barn och unga i migration. Vad behöver man tänka på? Erfarenheter och reflektioner på BUP Lunden Stockholm. Stockholm: Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2011. BUP rapport. BUP 2011/2.
87. Kohli RKS. Social Work With Unaccompanied Asylum Seeking Children. New York: Palgrave Macmillan; 2007.
88. Hessle M. Ensamkommande men inte ensamma: tioårsuppföljning av ensamkommande asylsökande flyktingbarns livsvillkor och erfarenheter som unga vuxna i Sverige. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet; 2009.
89. Ascher H. Ensamkommande flyktingbarn måste få stöd. Respekt och omsorg kan begränsa effekterna av tidigare trauman. Lakartidningen. 2009 Apr 28-May 12;106(18-19):1254–5.
90. Bodegård G. Life-threatening Loss of Function in Refugee Children: Another Expression of Pervasive Refusal Syndrome? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2005 07;10(3):337–50.
91. Wiberg L. Från uppgivenhet till skolstart: Stockholms läns landstings vårdkedja för barn med uppgivenhetssymtom : rapport 1 mars 2005-september 2006. Stockholm: Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting; 2006.
92. Bodegård G. Kapitel 6. Att ha rätt till vård ≠ att få tillgång till vård. Vård av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. I: Groglopo A, Ahlberg BM, red. Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Stockholm: Fritzes; 2006. s. 171-229. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU 2006:78.
93. Godani G, Bodegård G, Rydelius P-A. Början de kom med. Stockholm: Barnen R; Karolinska Institutet, Rädda Barnen, 2008. Rapport från forskningsprojektet: Barn i asylprocessen som utvecklade uppgivenhetssymtom i Sverige.
94. Rydelius PA. Rapport om de s.k. apatiska barnen. Att förstå bakgrunden till deras reaktionsmönster, att utreda och behandla dem. Stockholm: SLL & Karolinska institutet, 2006. Rapport nr 25. Ett underlag för en etisk värdegrund i vården och en mall för intygsskrivande m.m. 25.
95. AL A. Elementär barnpsykiatri. Stockholm: Svenska Bokförlaget/Norstedts – Bonnier; 1958.
96. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom: trauma, kultur, asylprocess: rapport. Stockholm: Fritze; 2006.
97. Tunström A. Barn som gett upp Enkät angående asylsökande barn som vårdats på barnpsykiatrisk klinik under år 2003. Stockholm: Flyktingenheten BUP Sls; Flyktingenheten BUP, Stockholms läns sjukvårdsområde, 2004.
98. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – ett svenskt fenomen åren 2001-2006. Slutrapport. Stockholm: Fritze; 2006. Statens offentliga utredningar, 2006:114.

99. Johansson Blight K. Kommentarer till Migrationsverkets rapport "Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom" från mars 2011 Del 1 Etikkommissionen i Sverige – nätverket för mänskliga rättigheter och asylrätten, 2011.
100. Ascher H, Gustavsson T. Klargörande konferens om barn med uppgivenhetssymtom. *Läkartidningen*. 2008 Jan 9-15;105(1-2):31-3.
101. Andersson-Wilks E. *Barn med svåra uppgivenhetssymtom och samverkan kring dessa* [Uppsats psykoterapeutprogrammet] S:t Lukas utbildningsinstitut, Ersta Sköndal Högskola; 2009.
102. Bodegård G. Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. Fallbeskrivning av depressiv devitalisering. *Läkartidningen*. 2004 May 6;101(19):1696-9.
103. Bodegård G. Vård av barn med uppgivenhetssymtom: en belysning av behandlingens utformning utifrån erfarenheten av vården av 25 asylsökande.
104. Ascher H. Personlig kommunikation med Envall, E. Göteborg: (2012-11-11).
105. Thompson SL, Nunn KP. The pervasive refusal syndrome: The RAHC experience. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 1997 01;2(1):145-65.
106. Jaspers T, Hanssen GM, van der Valk JA, Hanekom JH, van Well GT, Schieveld JN. Pervasive refusal syndrome as part of the refusal-withdrawal-regression spectrum: critical review of the literature illustrated by a case report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 May 21;18(11):645-51.
107. Lask B. Pervasive refusal syndrome. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10:153-9.
108. Nunn KP, Thompson SL, Moore SG, English M, Burke EA, Byrne N. Managing pervasive refusal syndrome: Strategies of hope. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 1998 04;3(2):229-49.
109. Lindberg T, Sundelin C. Apatiska barn-- var står vetenskapen idag? *Läkartidningen*. 2005 Apr 25-May 1;102(17):1338, 41-2, 45.



Social barn- och  
ungdomsvård

4.

# Social barn- och ungdomsvård

## Slutsatser

- Under 2000-talet har socialtjänstens myndighetsutövning blivit alltmer evidensbaserad, till exempel ökar användningen av standardiserade bedömningsinstrument. Det är emellertid fortfarande relativt få kommuner som följer upp insatsernas resultat, både när det gäller heldygnsplaceringar och öppenvården.
- Under de senaste åren har arbete pågått för att förbättra kvaliteten inom barn- och ungdomsvården, på såväl nationell som på lokal nivå. Trots detta kvarstår fortfarande vissa förbättringsområden.
- Antalet heldygnsplaceringar ökar, men samtidigt minskar placeringstiderna inom både HVB och familjehem. Vilka konsekvenser minskningarna får för de enskilda är otillräckligt kartlagt.
- Öppenvården ökar och till viss del tycks den ersätta heldygnsplaceringar. Det saknas emellertid kunskap på nationell nivå kring hur stor del av innehållet i öppenvården kan komplettera behandlingsinsatserna inom heldygnsvården.

## Den sociala barn- och ungdomsvårdens myndighetsutövning

Socialtjänstens organisation har blivit mer specialiserad under de senaste åren, men arbetssättet präglas fortfarande av att helhetssynen på familjen och nätverket har betydelse för barnet. Socialsekreterarnas handlingsutrymme är stort, då varje barns och familjs situation är unik. Handlingsutrymmet kräver dock att socialsekreterarna har hög kompetens och att det finns system för stöd och systematisk uppföljning av deras arbete.

Den sociala barn- och ungdomsvården uppvisar i dag ett mer genomfört barnperspektiv än tidigare, större möjligheter för barn och föräldrar att vara delaktiga, mer struktur i utredningar och insatser samt ett mer kunskapsbaserat arbete. Samtidigt har Socialstyrelsen med flera framfört kritik som bland annat rör brister i myndighetsutövningen [1].

## På väg mot en evidensbaserad praktik

Ett viktigt mål för socialtjänsten är att arbetet ska bli mer evidensbaserat. På så sätt ökar möjligheterna att barn och unga får ta del av insatser som håller en så god kvalitet som möjligt och som bygger på bästa tillgängliga kunskap. En evidensbaserad praktik medför också att resurserna kan

användas så effektivt som möjligt. Effektiviteten handlar både om kostnader och om att barnet eller den unge ska få den insats han eller hon är i behov av.

Evidensbaserad praktik är en strategi för transparent beslutsfattande som består av en sammanvägning av

1. brukarnas erfarenheter
2. den professionelles expertis
3. den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen.

Sedan slutet av 1990-talet har det genomförts ett flertal satsningar för att socialtjänsten ska bli mer kunskaps- och evidensbaserad. Bland annat ingår regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) årligen överenskommelser om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten [2]. Sedan 2011 ingår arbetet med barn och unga i dessa överenskommelser.

För att den sociala barn- och ungdomsvården ska bli mer evidensbaserad behöver den:

- utveckla systematisk uppföljning och utvärdering av insatsernas effekter för barnet eller den unge
- använda ny kunskap i verksamhetsutvecklingen
- förbättra vidareutbildning och kompetensutveckling för personalen.

Evidensbaserad praktik har ett starkt stöd bland socialtjänstens chefer, men dess genomslag tycks inte vara lika stort bland berörda lokala politiker. Det visar en undersökning som Socialstyrelsen gjorde 2012. På nämndnivå blir mål som omfattar evidensbaserad praktik emellertid vanligare, och i kommunernas verksamhetsplaner finns det vanligtvis även strategier för att uppnå dem [3].

### *Användningen av standardiserade bedömningsmetoder ökar*

Minimivillkor för att arbeta evidensbaserat är att dokumentera barnets eller den unges situation före en åtgärd, att dokumentera åtgärden i sig och hur den enskildes situation ser ut efter åtgärden. Dokumentationen ska vara systematisk och jämförbar, och då kan ett standardiserat bedömningsinstrument vara till hjälp. Det är ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ i form av numerär eller verbal skala. Det finns flera sätt att samla in information med bedömningsinstrument, som till exempel intervjuformulär, skattningsformulär, självskattning eller observationsformulär.

Allt fler kommuner och stadsdelar använder standardiserade bedömningsmetoder. Andelen kommuner har ökat från 47 procent 2010 till 59 procent 2012 [4]. Den senaste mätningen visar att

- 30 procent av kommunerna använder sig av standardiserade bedömningsmetoder vid utredningar av barn och unga med utagerande beteende eller annat normbrytande beteende
- 78 procent av kommunerna vid utredningar av barn och unga med missbruk eller andra sociala problem
- 7 procent av kommunerna använder standardiserade bedömningsmetoder vid utredningar av föräldraförmåga och familjeklimat.

### *Regionala skillnader i hanteringen av fel och brister*

År 2012 uppgav 75 procent av landets kommuner och stadsdelarna i Göteborg, Malmö och Stockholm att de hade rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras,

## 4. Social barn- och ungdomsvård

---

analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp [4]. Kommunerna uppgav dessutom följande:

- 39 procent av dem har följt upp resultat av insatser i öppenvård för barn och unga på grupp-nivå någon gång under de senaste två åren
- 23 procent har på samma sätt följt upp resultat av insatser i heldygnsvård
- 43 procent har under de senaste två åren genomfört minst en undersökning av hur barnen och föräldrarna uppfattar verksamheten samt använt resultatet för att utveckla verksamheten.

Oavsett om utvecklingsarbetet tar sin utgångspunkt i ny kunskap, nya riktlinjer, hantering av fel och brister, hantering av avvikelser eller brukarenkäter, så krävs resurser för beredning och stöd i kommunerna. Detta är ett mindre problem för större kommuner, medan de små kommunerna ofta beskriver nationella projekt-pengar eller andra anslag som en livlina. Oavsett kommunstorlek krävs dock en ledning som är engagerad i förbättringsarbetet och en verksamhetskultur där man ser avvikelser som förbättringsmöjligheter [3].

### Uppföljningen är en viktig del i myndighetsutövningen

Antalet externa utförare i kommunernas socialtjänst har ökat kraftigt under senare år. Det innebär att biståndsbedömningen blir kärnan i allt fler kommuners socialtjänst, i kombination med en beställarfunktion. Utförarna är många gånger andra än socialtjänsten, vilket ställer höga krav på transparenta uppföljningssystem.

En rättssäker handläggning av ärenden och att sätta barnets behov i centrum är viktiga grund-

förutsättningar för god kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården. Ett sätt att göra en rättssäker bedömning är att använda handläggnings- och dokumentationssystemet *Barns behov i centrum* (BBIC), som främjar en helhetssyn och kontinuitet i myndighetsutövningen.

År 2012 hade 72 procent av kommunerna ordinarie licens för BBIC, vilket är en ökning med 44 procent sedan 2010. Förbättringar sker över hela landet. Endast fem kommuner i landet har inte prövolicens för BBIC [4].

Uppföljningar av BBIC har genomförts i olika delar av landet. I uppföljningarna framför socialsekreterare som använder BBIC en frustration över att de inte kan tillgodose de behov som framkommer hos barnet i BBIC-utredningen. De insatser kommunerna erbjuder motsvarar inte alltid barnens behov [5].

BBIC är ett heltäckande handläggnings- och dokumentationssystem som ger socialtjänsten en struktur för att utreda, planera och följa upp beslutade insatser. BBIC innehåller en uppsättning formulär som vilar på en teoretisk kunskapsbas hämtad från utvecklingsekologi<sup>1</sup> och anknytningsteori. Formulären bygger på ett antal grundprinciper som bland annat handlar om att handläggaren ska utveckla ett samarbete med barn, föräldrar och andra professionella, samt att handläggaren ska ha barnet eller den unge i centrum. I en verksamhet som kännetecknas av hög personalomsättning fyller ett väl strukturerat handläggnings- och dokumentationssystem inte bara en viktig roll för att tillämpa en helhetssyn utan också för kontinuiteten i myndighetsutövningen.

<sup>1</sup> Utvecklingsekologi är riktning inom pedagogik och psykologi som betonar människors utveckling i samspel med sin miljö. Den betonar att all utveckling är en produkt av såväl människors medfödda egenskaper som den miljö han eller hon vistas i och har vuxit upp i.



### Var åttonde socialsekreterare saknar erfarenhet

I vissa kommuner arbetar nyutbildade och oerfarna socionomer med svåra ärenden inom den sociala barn- och ungdomsvården. Ungefär 15 procent av de socialsekreterare som handlägger barnutredningar saknar antingen socionomexamen eller minst ett års erfarenhet av någon form av socialt arbete. Denna andel har ökat under de senaste två åren [4]. Inom de närmaste åren kommer dessutom pensionsavgångarna att vara stora inom detta område.

### En alltmer specialiserad organisation kräver mer samverkan

Kommunernas socialtjänst är i hög grad specialiserad. Detta kan få negativa konsekvenser för de barn och föräldrar som har kontakt med den sociala barn- och ungdomsvården. Exempelvis kan handläggarna få svårigheter att upprätthålla en helhetssyn på barnet, eftersom kontinuiteten i kontakten med barnet bryts när barnet går vidare i processen, från utredning till insats och slutligen till uppföljning av insatsen. Barnet får byta kontakter på sin väg genom systemet, och det kan då vara svårt för barnet och föräldrarna att överblicka vad som händer [5]. För att motverka de negativa konsekvenserna behöver socialtjänsten ha utarbetade rutiner för samverkan med andra aktörer.

I öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården 2013 redovisar 66 procent av kommunerna och stadsdelarna i Göteborg, Malmö och Stockholm att de har rutiner för att samordna enskilda ärenden med ekonomiskt bistånd och 67 procent med familjerätten [4].

Barn och unga som behöver hjälp och stöd är beroende av att stödinsatserna omfattar hela deras livssituation, och att insatserna samordnas

mellan de verksamheter och huvudmän som ansvarar för olika delar av stödet. Detta behov gäller inte minst samverkan mellan förskola, skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst.

I öppna jämförelser för den sociala barn- och ungdomsvården 2013 redovisar Socialstyrelsen för hur många kommuner<sup>2</sup> som har överenskommelser på ledningsnivå rörande samverkan med andra aktörer i enskilda ärenden:

- 77 procent har samverkansöverenskommelser med förskolan eller skolan
- 69 procent har samverkansöverenskommelser med barn- och ungdomspsykiatri
- 60 procent samverkar med barnhälsovården
- 66 procent samverkar med polisen.

Antalet kommuner och stadsdelar med överenskommelser har ökat sedan 2010 [4].

### Anmälningar beror ofta på problem i barnets miljö

Under 2010 gjordes cirka 140 000 anmälningar enligt 14 kap. 1 § SoL till socialtjänsten om barn som misstänktes fara illa, visar en undersökning som Socialstyrelsen har gjort [6]. Anmälningarna avsåg 60 000 barn och ledde till 30 000 inledda utredningar i riket som helhet.

En utredning kan avse ett barns behov av stöd eller skydd och kan aktualiseras genom anmälan, ansökan eller på annat sätt. I 42 procent av anmälningarna var orsakerna barnets beteende, och i 52 procent handlade det om problem i barnens omgivande miljö. Anmälningarna avsåg fler pojkar än flickor, och barnen var vanligen i åldern 13–17 år [6].

<sup>2</sup> Inklusivt stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

## 4. Social barn- och ungdomsvård

Kommunernas befolkningsstorlek har ett samband med antalet anmälningar, på så sätt att de minsta kommunerna och stadsdelar i de största städerna har det lägsta antalet anmälningar. Övriga kommuners anmälningsnivå är något högre, se tabell 4:1. Samtidigt är spridningen stor i stadsdelarna, och uppgifterna i tabellen bör därför tolkas med viss försiktighet.

Samma skillnader mellan de olika kommuntyperna syns även när det gäller antalet anmälda barn och antalet inledda utredningar [6].

Polisen är den aktör som står bakom flest anmälningar som rör barn. Den skyldighet att anmäla som bland annat polisen har enligt 14 kap. 1 § SoL gör att många polisärenden som involverar barn leder till en anmälan till socialtjänsten. Detta sker rutinmässigt men behöver inte resultera i att socialtjänsten startar någon utredning.

Det förekommer också att hälso- och sjukvården gör anmälningar till socialtjänsten, om än

inte i lika stor utsträckning som polisen. Enligt Socialstyrelsens undersökning stod hälso- och sjukvården för tio procent av anmälningarna [6].

Antalet anmälningar återspeglar inte nödvändigtvis bara problem som har att göra med barnen och ungdomarna. Exempelvis är den allmänna uppfattningen om vad som är ett problem inte statisk, utan förändras hela tiden (så kallad anmälningsbenägenhet). Även administrativa beslut som till exempel anmälningsplikt påverkar att antalet anmälningar förändras.

### Insatser inom heldygnsvården

Samhällsvården, eller heldygnsvården som den brukar benämnas, omfattar i huvudsak två placeringsformer, *familjehem* och *hem för vård eller boende (HVB)*. Numera finns även *jourhem* som en särskild placeringsform, det vill säga hem som tar emot barn för tillfällig vård och fostran. En undergrupp av HVB utgör de *särskilda ungdomshem* som tar emot unga som behöver särskild tillsyn på grund av sitt eget beteende. Behovet av sådana hem tillgodoses av staten, och Statens institutionsstyrelse (SiS) är den myndighet som svarar för planering, ledning och drift av de särskilda ungdomshemmen.

Vården som ges kan vara frivillig enligt SoL, eller ges med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

### Kvaliteten blir bättre, men flera förbättringsområden kvarstår

Under de senaste åren har arbete pågått för att förbättra kvaliteten inom barn- och ungdomsvården, på såväl nationell som på lokal nivå. Enligt Tillsynsrapport 2013 har kvaliteten blivit bättre, men trots detta kvarstår fortfarande vissa

**Tabell 4:1. Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga**

Antal anmälningar (medianvärde) per 1 000 barn 0–17 år 2010, fördelat på kommuner med olika befolkningsstorlek samt stadsdelar i Göteborg, Malmö och Stockholm.

Kommunstorlek	Antal anmälningar per 1000 barn 0–17 år
<15 000 inv.	52,4
15 000–30 000	84,3
30 000–70 000 inv.	83,2
>70 000 inv.	82,3
Stadsdelarna i storstäderna	48,2
<b>Totalt</b>	<b>63,5</b>

Källa: Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga. En undersökning om omfattning och regionala skillnader, Socialstyrelsen 2012.

förbättringsområden [7]. Verksamheterna uppfyller till exempel inte alltid kraven som gäller personalens kompetens och bemanningen. Kunskapen om behandlingsmetoder tycks vara låg på HVB, vilket innebär risker för barnen och de unga, om behandlingen omfattar metoder som saknar vetenskapligt stöd och som utförs av personal med bristande kompetens. I många verksamheter är personalens insikt om vad som är en manualbaserad metod begränsad och ibland vad som är en behandlingsmetod överhuvudtaget. Många HVB har uppgett dokumentationssystemet BBIC och olika bedömningsinstrument, till exempel ADAD, som behandlingsmetoder. Några av metoderna har evidens för vuxna, men inte för ungdomar. Socialstyrelsens bedömning är också att kompetensen för de aktuella metoderna tycks vara otillräcklig i var femte HVB-verksamhet [7].

Socialstyrelsen har tidigare funnit barnen i familjehem besöktes alltför sällan och uppföljningarna var ostrukturerade [1]. Täta byten av socialsekreterare lyftes fram som ett stort problem som försvårar en förtroendefull kontakt mellan socialtjänsten och barnet. Familjehemsutredningarnas kvalitet var skiftande och socialtjänsten förlitade sig, i strid med lagstiftningen, på utredningar som gjordes av privata företag. Någon förnyad nationell tillsyn av socialtjänstens familjehemsverksamhet har inte genomförts och det finns därför ingen nyare, samlad kunskap om hur kvaliteten i familjehemsvården har utvecklats.

Andra problem i familjehemsvården som har framkommit i Socialstyrelsens granskningar är att endast en minoritet av kommunerna erbjuder utbildning för familjehem och att barn som behöver ett långsiktigt familjehem inte får tillräcklig trygghet vid en frivillig placering, bland annat till följd av att alltför få vårdnadsöverflyttningar görs [1].

### De familjehemsplacerade barnens rättigheter behöver stärkas

De familjehemsplacerade barnens rättigheter har under senare år varit i fokus, inte minst genom de intervjuer som Barnombudsmannen (BO) har genomfört och redovisat i sina årsrapporter 2010 och 2011 [8, 9]. BO ifrågasatte i den förstnämnda rapporten tvångsmedlet avskiljning<sup>3</sup>, som förekommer vid de särskilda ungdomshemmen och menade att den nuvarande lagen har ett bristfälligt rättighetsperspektiv [8]. I den senare rapporten ger de familjehemsplacerade barnen en relativt positiv bild av sin tillvaro medan de HVB-placerade barnen ger en dystrare bild. Dessa ungdomar upplever sällan att de blir lyssnade på och upplever att de möts av negativa förväntningar. Enligt BO görs inskränkningar i barnens frihet som innebär att grundläggande mänskliga rättigheter kränks [9].

Socialstyrelsen har i sin tur tagit fram informationsmaterial och startat en telefonlinje för placerade barn. Under 2012 kontaktade omkring 160 barn och unga Socialstyrelsen via det särskilda telefonnumret [7]. De vanligaste frågorna och önskemålen var att barnen och de unga ville få sina rättigheter klargjorda och få hjälp med kontakten med socialtjänsten.

Ett annat sätt att stärka barnens och de ungas rättigheter är att låta dem själva komma till tals i Socialstyrelsens inspektioner. När Socialstyrelsen granskar HVB samtalar inspektörerna med de barn som vill det, enskilt och i grupp. Under 2011 genomfördes samtal med cirka 2 600 barn. Många av dem är ensamkommande utan vård-

3 I dag kan barn på vissa ungdomshem isoleras i särskilda avskiljningsrum i högst 24 timmar. Avskiljning får endast användas om barnen uppträder våldsamt eller är så påverkade av alkohol eller droger att de äventyrar ordningen på ungdomshemmet.

## 4. Social barn- och ungdomsvård

---

nadshavare i Sverige. Det finns ingen systematisk sammanställning av dessa samtal, men av den tillsyn som har gjorts, framgår att de flesta barn och unga i HVB känner sig trygga och har förtroende för personalen [10]. Denna bild bekräftas av 2013 års tillsynsrapport [7].

Socialstyrelsens tillsyn visar att barnens rätts-säkerhet vid de särskilda ungdomshemmen har förbättrats. I ett mindre antal kommunalt eller enskilt drivna HVB har Socialstyrelsen under flera år uppmärksammat att ordningsregler och arbetssätt innehåller otillåtna skydds- och begränsningsåtgärder. Det har handlat om generella förbud mot att ha mobiltelefoner, urinprovtagningar, avskiljning med mera. Vissa HVB, även de särskilda ungdomshemmen, arbetar med teckenekonomi<sup>4</sup>, som en metod som går ut på att förstärka önskvärt beteende. När Socialstyrelsen har granskat hemmen har myndigheten uppmärksammat och påtalat att metoden används på ett felaktigt sätt som innebär bestraffningar [1, 7].

Ungdomar på SiS-institutionerna är medvetna om sina rättigheter. De lämnar oftare enskilda klagomål till Socialstyrelsen än unga på andra HVB och de ringer oftare till Socialstyrelsens barntelefon. Det visar Socialstyrelsens tillsyn [7]. De flesta unga som är placerade på SiS-institutioner uppger att de trivs och tycker att de får hjälp. De känner sig trygga och litar på personalen. Det finns alltid personal som lyssnar. När ungdomar inte är nöjda handlar det oftast om personal som har ett dåligt bemötande. En del personal kan ha egna regler eller sakna förmåga att agera när det

förekommer bråk och mobbning. Många ungdomar är nyanserade och säger att det finns både bra och dålig personal.

### Omfattande utvecklingsarbete ska förbättra heldygnsvården

Under senare år har staten gjort flera satsningar. Frekvenstillsynen<sup>5</sup> av HVB med ett stärkt barnrättighetsperspektiv har redan nämnts. Den har bland annat lett till följande konkreta resultat:

- Socialstyrelsen har infört en rutin att alltid prata med barnen vid inspektionerna.
- Socialstyrelsen har tagit fram ett informationsmaterial om barnens rättigheter och startat en telefonlinje för placerade barn.
- Socialstyrelsen har under drygt ett år samlat ett ungdomsråd bestående av familjehemsplacerade ungdomar för att ta vara på deras erfarenheter.
- Sedan flera år utvecklar Socialstyrelsen en bedömningsmetod för att utreda familjehem, som kommer att spridas under 2013.
- En försöksverksamhet med tillsynsombud inom familjehemsvården slutförs i början av 2013 och en utvärdering redovisas hösten 2013.

<sup>4</sup> Teckenekonomi används för att motivera och förstärka önskvärda handlingar eller beteenden. Genom att personalen systematiskt uppmärksammar och premierar önskade beteenden förväntas dessa öka. Samtidigt förväntas problembeteenden minska, eftersom de är motsatsbeteenden till de önskvärda beteenden personalen fokuserar på i teckenekonomin.

<sup>5</sup> Socialstyrelsen ska göra regelbundna inspektioner av HVB för barn och unga, inklusive de särskilda ungdomshemmen, samt bostäder med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS. Bestämmelsen infördes 2010 i socialtjänstförordningen (2001:937) respektive förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Frekvenstillsynen innebär att inspektion av verksamheterna ska göras minst två gånger per år, att minst en av inspektionerna ska vara oanmäld och att den som genomför inspektionen ska samtala med de barn och ungdomar som samtycker.

### *Stärkt skydd för barn och unga*

Socialstyrelsen har också gjort en större satsning på trygg och säker vård i familjehem och HVB. Inom det uppdraget har Socialstyrelsen tagit fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller HVB, som trädde i kraft den 1 oktober 2012. De innehåller bland annat krav på vad en utredning av ett familjehem eller ett jourhem ska innehålla, och allmänna råd om att alla placerade barn ska besökas minst fyra gånger per år. I föreskrifterna anges även vilken information de placerade barn ska få och att det av genomförandeplanen ska framgå vilka åtgärder som planeras i fråga om barnens behov av utbildning, hälso- och sjukvård och stöd i umgänget med föräldrar, syskon och andra närstående. Socialstyrelsen har också tagit fram en handbok som stöd för rättstillämpningen, ett utbildningsmaterial för familjehem och ovan nämnda vägledning om placerade barns utbildning och hälsa [11]. Publikationerna publicerades i början av 2013. Utbildningsmaterialet testas och kommer att spridas under våren 2013.

Den 1 januari 2013 trädde ändringar i socialtjänstlagen i kraft. För att förbättra uppföljningen av placeringar ska enligt 6 kap. 7 c § SoL en särskild socialsekreterare utses vid vård i familjehem och HVB som ansvarar för kontakten med barnet eller den unge. Socialnämnden ska enligt 6 kap. 6 b § SoL teckna avtal med familjehemmet och enligt 6 c § samma kapitel se till att de får den utbildning som de behöver. Socialnämnden ska också enligt 3 kap. 3 a § SoL se till att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden.

### **Några utvecklingstrender**

I detta stycke redogör Socialstyrelsen för utvecklingen inom heldygnsvården, och uppgifterna

baserar sig främst på Socialstyrelsens officiella statistik samt myndighetens öppna jämförelser av den sociala barnvården.

### *Vanligast med frivillig vård*

Antalet barn och unga som får någon form av heldygnsinsats har ökat.<sup>6</sup> Ökningen var 70 procent mellan åren 2000 och 2011.

År 2011 placerades cirka 26 200 barn och unga utanför hemmet (se figur 4:1). Av dem var ungefär 8 100 nytillkomna, det vill säga de hade inte varit placerade någon gång under de föregående fem åren. De flesta vårdades enligt SoL, men 17 procent fick vård enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser för vård av ungdom, LVU (varav 15 procent hade blivit omhändertagna omedelbart).

Familjehem och jourhem är den i särklass vanligaste placeringsformen. Bland barn och unga med pågående insats den 1 november 2011 var 67 procent placerade i familjehem eller jourhem och i åldersgruppen 0–12 år var andelen nära 90 procent.<sup>7</sup>

### *Flest pojkar vårdas inom heldygnsvården*

Fler pojkar än flickor fick en heldygnsinsats under 2011. Knappt 60 procent var pojkar och drygt 40 procent flickor. Det var dessutom något vanligare att pojkarna var placerade i HVB jämfört med i familjehem. Denna könsfördelning har varit stabil över tid [12].

Det är också vanligast att unga i åldern 13–17 år vårdas inom heldygnsvården. Åldersgruppen 13–17 år har dominerat under i stort sett hela

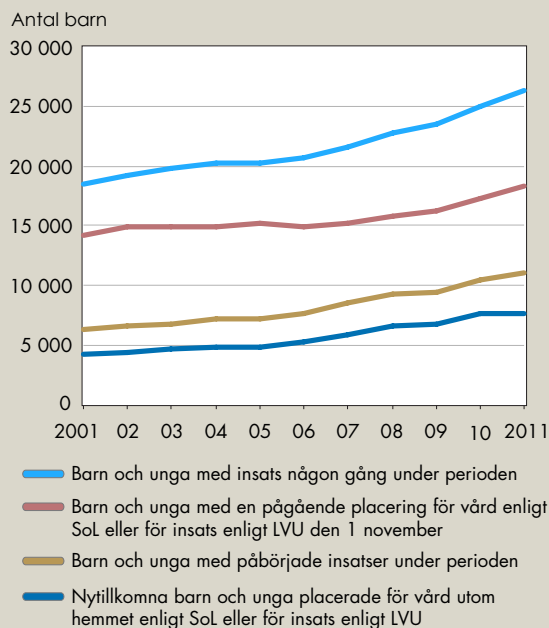
6 Redovisningen nedan om förändringar under perioden 2000–2011 bygger i huvudsak på uppgifter som avser den 1 november respektive år.

7 I den officiella statistiken räknas även barn och unga i jourhem som familjehemsplacerade.

## 4. Social barn- och ungdomsvård

### Figur 4:1. Helydgninsatser inom socialtjänsten

Helydgninsatser barn och unga 0–20 år. Fyra mått på helydgnsvård enligt SoL och/eller insatser enligt LVU.



Källa: Barn och unga – insatser 2001–2011. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), Socialstyrelsen.

2000-talet och har också ökat kraftigt under senare år. Av samtliga barn och unga som var placerade för vård enligt SoL eller LVU den 1 november 2011 tillhörde nästan hälften denna åldersgrupp jämfört med 11 procent 2000. Ökningen de senaste åren anses till största delen förklaras av ensamkommande asylsökande barn och unga [12].<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Ensamkommande barn och unga utgör ingen kategori i statistiken. Slutsatsen bygger på andelen barn med annan vårdnadshavare än föräldrar eller okänd vårdnadshavare.

### Placeringstiderna inom HVB blir allt kortare

Andelen barn och unga som placeras i HVB ökar, men samtidigt blir placeringstiderna kortare. År 2012 hade 8 procent av placeringarna i HVB pågått mer än ett år, jämfört med nästan 13 procent året innan.<sup>9</sup>

År 2011 var den genomsnittliga placeringstiden för HVB 67 dagar. Det ska jämföras med 2000, då motsvarande siffra var 86 dagar. De statliga ungdomshemmen har i allmänhet betydligt kortare placeringstider än andra HVB och där är förändringen obetydlig [12].

### Familjehemsplaceringar avbryts ofta i förtid

Antalet familjehemsplaceringar ökar, men även här blir placeringstiderna kortare. År 2011 hade cirka 9 procent av alla avslutade familjehemsplaceringar pågått mer än 5 år. Motsvarande siffra för 2000 var drygt 15 procent.

Placeringstiderna inom familjehemsvården uppvisar även den största minskningen.<sup>10</sup> År 2011 var den genomsnittliga placeringstiden drygt 6 månader, att jämföra med 9 månader 2000 [12].

Det blir vanligare att familjehemsföräldrar övertar vårdnaden, även om det rör sig om ett litet antal. År 2011 gjordes 213 vårdnadsöverflyttningar jämfört med 92 stycken 2000. Under 2011 adopterades 22 barn och unga av sina familjehemsföräldrar. År 2000 var motsvarande antal 42.

En ny studie från Socialstyrelsen visar att omkring var fjärde placering i familjehem avbryts i

<sup>9</sup> För att beskriva hur många barn och unga som är långvarigt placerade i familjehem, jourhem och HVB (exklusive de särskilda ungdomshemmen) har den faktiska vårdtiden använts som mått. Beräkningarna har gjorts med utgångspunkt från antalet avslutade placeringar i olika vårdformer under respektive år.

<sup>10</sup> De genomsnittliga placeringstiderna är beräknade som medianvärdet.

förtid [13]. Detta trots att barnet i många fall har varit placerat så länge som tio år i samma hem. Oftast, i 45 procent av fallen, är det familjehemmet som avbryter placeringen. Det gäller barn i alla åldrar. Om barnet är yngre än två år vid placeringen är risken för sammanbrott låg, liksom om de biologiska föräldrarna övergivit barnet eller avlidit. Om socialtjänsten fått varningssignaler, som att barnet sagt sig inte trivas i familjehemmet eller att familjehemmet uttryckt sig negativt om barnet, slutar 60 procent av placeringarna i sammanbrott. Vid 28 procent av sammanbrotten var det de långvarigt placerade barnen själva som tog initiativ till att avbryta placeringen. Bland de yngre barnen låg i stället de biologiska föräldrarna bakom 38 procent av sammanbrotten. Socialtjänsten behöver bli bättre på att erbjuda hjälp och stöd när det uppstår konflikter mellan de biologiska föräldrarna eller barnet och familjehemmet [13].

### *Allt vanligare med jourhems- och nätverksplaceringar*

Det har blivit allt vanligare att barn och unga placeras i jourhem och i så-dana familjehem som benämns nätverkshem, det vill säga hos anhöriga eller andra närstående. Andelen barn och unga som var placerade i jourhem ökade mellan 2001 och 2011, från cirka 5 procent till cirka 15 procent. Under samma period ökade andelen nätverkshem från drygt 9 procent till drygt 21 procent. År 2011 utgjorde nätverksplaceringarna drygt 20 procent av samtliga placeringar [12].

Jourhemsplaceringarna har i stor utsträckning ersatt de tidigare kommunala akut- och utredningshemmen. En placering i jourhem får inte pågå längre än två månader efter avslutad utredning. År 2011 hade emellertid 12 procent av alla jourhemsplaceringar pågått mer än 6 månader,

jämfört med drygt 10 procent 2000. Den genomsnittliga placeringstiden minskade dock under samma period, från 50 till 44 dagar [12].

En grundprincip i samhällsvården är att barnet ska ha fortsatt kontakt med hemmiljön, det vill säga föräldrar och andra närstående. Att få till stånd ett fungerande umgänge mellan föräldrar och barn är också enligt Socialstyrelsen en högt prioriterad uppgift inom de flesta socialtjänster. Däremot får föräldrar ofta ett begränsat stöd i sin föräldraroll i övrigt. Vanligen försämras deras situation om barnet tas om hand på grund av sina hemförhållanden.

Det finns ett lagstadgat krav på att placering hos anhöriga alltid ska övervägas när ett barn ska placeras i familjehem, HVB eller jourhem. Det är därför positivt att nätverksplaceringarna ökar. Socialstyrelsen bedömer att ökningen troligen beror på både politiska intentioner och förändrade metoder i socialt arbete där nätverket involveras i högre grad för att finna lösningar på barnets eller den ungas situation. Oftast innebär en placering i nätverket en mindre förändring i barnets liv och ökar barnets känsla av tillhörighet.

### *De privata aktörerna inom heldygnsvården blir allt fler*

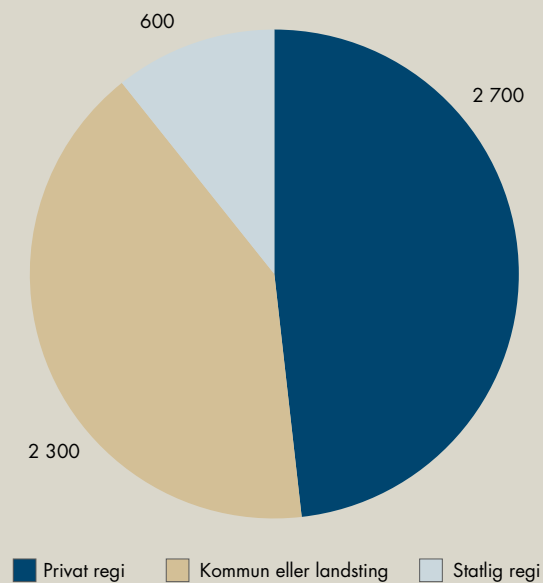
Nästan hälften av alla barn och unga som den 1 november 2011 var placerade i HVB, var placerade i HVB som drivs i enskild regi (se figur 4:2). Totalt var 5 600 barn och unga placerade i HVB vid denna tidpunkt. Ungefär 2 300 var placerade i hem som drivs av en kommun eller ett landsting och knappt 600 var placerade i ett statligt ungdomshem.

Andelen barn och unga som placeras i HVB som drivs i enskild regi har ökat under en längre tid. Orsaken är att HVB-vården har genomgått en kraftig privatisering sedan 1980-talet, och under

## 4. Social barn- och ungdomsvård

### Figur 4:2. Barn och unga placerade i HVB-hem

Antal HVB-placerade barn och unga, uppdelat på regiform, år 2011.



Källa: Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen 2012.

2000-talet har det också blivit allt vanligare med privata företag och organisationer som rekryterar familjehem och erbjuder till kommunerna i kombination med så kallade konsulentstöd. Allt fler ungdomar med beteendeproblem placeras i familjehem, ofta med hjälp av konsulentstödda familjehemsverksamheter.

### Öppenvårdens insatser

I de fall där behov av insats finns, men placering för vård utanför det egna hemmet enligt SoL eller LVU inte är nödvändig, kan någon form av

öppenvård erbjudas barnet/den unge eller dennes familj. Socialtjänstens öppenvård innehåller många olika insatser, som i de flesta fall ges i form av bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Det kan till exempel vara en utsedd kontaktperson eller kontaktfamilj som stöd och hjälp. En annan insats är personligt stöd, vilket innebär att ett behovsprövat stöd och behandling som ges till barnet/den unge och som kan utföras av till exempel socialsekreterare, behandlingsassistent eller motsvarande.

De strukturerade öppenvårdsprogrammen avser individuellt målinriktade program som är regelbundna och begränsade i tiden.

### Strukturerade behandlingsinsatser inom öppenvården ökar

Socialtjänstens öppenvård har successivt byggts ut under det senaste decenniet. Figur 4:3 visar att öppenvården har ökat med 20 procent sedan 2001. Utvecklingen har påskyndats både från lokalt och centralt håll, bland annat genom statliga ekonomiska stimulansmedel som fördelats till kommunerna. Kommunerna har fått stöd för att arbeta mer evidensbaserat och detta har troligen lett till att socialtjänsten i högre utsträckning än tidigare tillhandahåller strukturerade öppenvårdsprogram som har effekt för barn eller den unge.

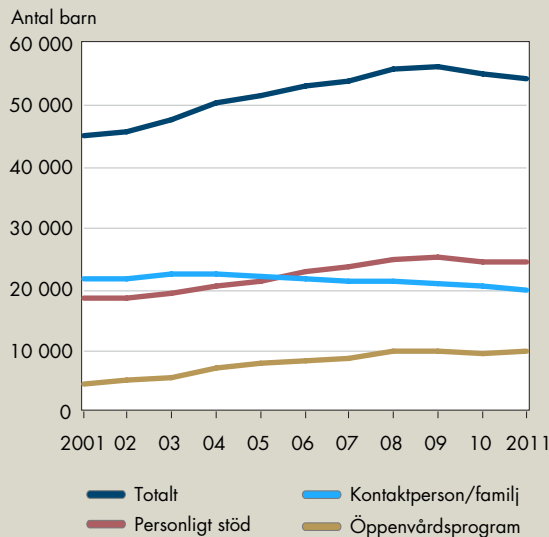
En av målsättningarna för utbyggnaden av öppenvården kan dessutom ha varit att den i möjligaste mån ska utgöra ett alternativ till heldygnsplaceringar.

Alla insatser har emellertid inte ökat. Figur 4:3 visar att insatsen kontaktperson/familj har minskat något under 2000-talet, närmare tio procent. Personligt stöd har förvisso ökat med nästan 30 procent, men under de senaste åren har ökningen stannat av och till och med minskat något.



**Figur 4:3. Öppenvårdsinsatser i socialtjänsten**

Barn och unga med behovsprövad insats någon gång under perioden, 2001–2011.



Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

Öppenvårdsprogrammen har i sin tur mer än fördubblats, och ökningen har varit jämn under hela perioden. Inom den strukturerade öppenvården ryms de evidensbaserade öppenvårdsprogrammen. Detta bekräftas även av Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn och ungdomsvården:

- 57 kommuner<sup>11</sup> tillhandahåller öppenvård som biståndsbeslutad insats genom manualbaserat föräldrastöd i grupp för barn med bråkigt/normbrytande beteende.

- 32 kommuner uppger att de använder manualbaserad psykosocial behandling för ungdomar med antisocialt/normbrytande beteende.
- 42 procent av kommunerna använder manualbaserade stödgruppsverksamheter för barn och unga i familjer med psykosocial problematik [3].

### Kan öppenvården ersätta heldygnsplaceringar?

Ett återkommande tema i diskussionen om öppenvårdens utbyggnad är om den kan ersätta heldygnsvård med samma eller till och med bättre kvalitet och bättre resultat. Den stora ökningen av strukturerade öppenvårdsprogram och metodutvecklingen inom evidensbaserad praktik skulle kunna tala för en sådan utveckling.

Kommunernas strävan att utöka öppenvården kan även härledas ur insikten om att det kan finnas en risk för negativa konsekvenser av institutionsvård. Socialtjänstens arbete med till exempel ungdomar med missbruksproblem eller kriminalitet har genom en utbyggd öppenvård många gånger större möjligheter att bygga en arbetsallians med den unges vårdnadshavare och den unges skola. En placering kan försvåra ett utvecklat familjearbete medan en satsning på öppenvård möjliggör detta i större utsträckning. Detta resonemang utesluter inte det fortsatta behovet av heldygnsvård, däremot skulle utvecklingen av kvalificerad öppenvård i barnets/ den unges närmiljö till viss del kunna utgöra ett alternativ eller komplement till heldygnsplaceringar.

De ekonomiska incitamenten för utvecklingen mot en utökad öppenvård kan också vara av betydelse, eftersom den totala kostnaden för en eller flera öppenvårdsinsatser per individ är betydligt lägre än kostnader för till exempel en institutionsplacering.

<sup>11</sup> Inklusivt stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

### *Öppenvården tycks i viss mån ersätta heldygnsplaceringar*

Om öppenvården alltmer ersätter heldygnsplaceringarna borde detta återspeglas i statistiken. Men såväl de öppna insatserna som heldygnsplaceringarna ökar, och det går därför inte att se en effekt i form av en direkt överflyttning. Samtidigt står ensamkommande barn och unga antagligen för en stor del av ökningen inom heldygnsplaceringarna, som vanligen placeras vid ett HVB i avvaktan på att deras ansökan om uppehållstillstånd prövas. Även de ungdomar som har erhållit permanent uppehållstillstånd kan under en tid bo kvar på ett HVB [13].

#### **Ensamkommande asylsökande barn och unga**

I registret *Insatser för barn och unga* saknas uppgift om vilka som är ensamkommande asylsökande. Antalet har därför skattats genom en samkörning av registrets uppgifter med folkbokföringsuppgifter och föräldrars utbildning. Barn och unga som uppfyller samtliga av följande villkor har i figur 1 räknats som ensamkommande asylsökande: Född utanför Norden, ej folkbokförd i Sverige året innan placeringen påbörjades, saknar föräldrar i utbildningsregistret samt saknar föräldravårdnadshavare (förordnad eller annan vårdnadshavare). Det skattade antalet kan avvika något från det faktiska antalet ensamkommande asylsökande barn och unga, men bedömningen är att de ligger ganska nära varandra. Av dem som antas vara ensamkommande asylsökande saknar 49 procent uppgift om födelseland, 28 procent är födda i Afghanistan, 10 procent i Somalia och 9 procent är födda i Irak, Iran, Eritrea eller Etiopien.

För att kunna studera sambandet mellan ökningen av öppenvårdsinsatserna och utvecklingen inom heldygnsvården behöver underkategorierna inom heldygnsvården särskiljas. I detta stycke presenterar Socialstyrelsen en analys där de ensamkommande barnen och unga särskiljs från andra heldygnsplaceringar. Analysen omfattar

åldersgruppen 13–20 år, som är det åldersspann där de flesta ensamkommande barn och unga återfinns. I denna åldersgrupp finns även den största ökningen av strukturerade öppenvårdprogram [14].

Socialstyrelsens analys visar att ensamkommande barn och unga står för det mesta av ökningen inom heldygnsplaceringar.

Antalet heldygnsplacerade unga (13–20 år) har fördubblats under 1990-talet, vilket framgår av figur 4.4.<sup>12</sup> I början av 2000-talet avstannade ökningen och under några år låg antalet ganska konstant för pojkar medan det ökade svagt för flickor. Omkring 2005 började antalet unga som placerades på institution återigen att öka kraftigt, men som figuren visar består ökningen nästan enbart av ensamkommande asylsökande barn och unga.

### **Vanligt att politiska beslut ligger bakom ökad öppenvård**

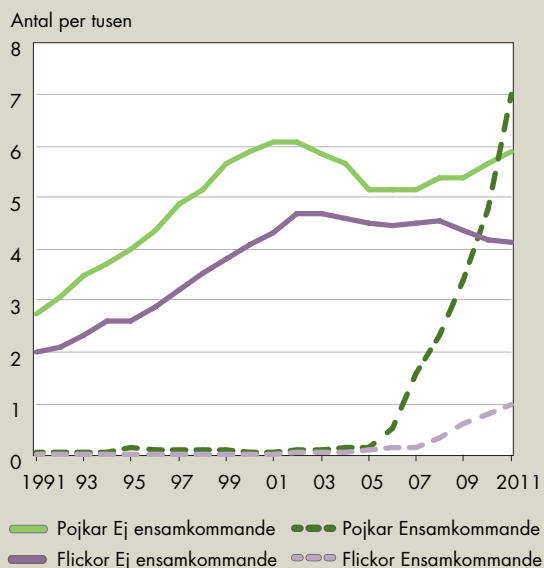
Socialstyrelsen har intervjuat socialchefer och chefer för individ- och familjeomsorgen (IFO) i nio kommuner, för att ta reda på mer om kommunens öppenvårdsinsatser, bakomliggande politiska beslut och pågående satsningar. Myndighetens ambition var att få bättre förståelse för vad som skiljer kommuner med lite öppenvård från kommuner med mycket öppenvård.<sup>13</sup> Antalet kommuner var för få för att kunna dra långtgående slutsatser, men intervjuerna ger ändå en bild av kommunernas egen syn på utvecklingen.

<sup>12</sup> Ökningen kvarstår även när hänsyn tas till befolkningsökningen.

<sup>13</sup> Kommunerna valdes ut utifrån andelen individuellt behovsprövade öppenvårdsinsatser i relation till andelen heldygnsplaceringar under 2010 och 2011. Fem av kommunerna hade stor andel öppenvårdsinsatser under bägge år och resterande kommuner hade en liten andel öppenvårdsinsatser.

### Figur 4:4. Helydygnsinsatser inom socialtjänsten för ensamkommande barn och unga

Antal barn och unga som varit helydygnsplacerade på institution\* enligt SoL eller LVU någon gång under året. Antal flickor och pojkar 13–20 år perioden 1991–2011.



\*HVB, vilket inkluderar de särskilda ungdomshemmen med SiS som huvudman.

Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen samt Utbildningsregistret, SCB.

I nästan alla de intervjuade kommunerna har socialnämnden eller förvaltningsledningen fattat beslut om att öppenvården ska öka och att placeringarna ska minska. I vissa kommuner har det också funnits en uttalad ambition att minska kostnaderna för placeringarna. De vanligaste satsningarna är att anställa personal, kompetensutveckla eller att etablera en ny verksamhet eller funktion. Flera av de intervjuade cheferna nämner att de har startat ett öppenvårdsteam.

Kommunerna som i högre grad har nått sina mål om ökad öppenvård förklarar också att den positiva utvecklingen beror på bättre samverkan med skolan och fler överenskommelser mellan olika enheter inom kommunen. Två kommuner betonar vikten av handläggningen för en lyckad öppenvård. En kommun menar att man inte kan förändra en placeringskultur om man inte börjar i myndighetsutövningen och en annan kommun konstaterar att bemanningen bland socialsekreterare måste säkras för att inte riskera en flaskhalseffekt med outnyttjad öppenvård som följd.

### Referenser

1. Tillsynsrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
2. [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/socialomsorgochstod/evidensbaserad-praktik-inom-socialtjansten/rapporter-arbetsmaterial](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/evidensbaserad-praktik-inom-socialtjansten/rapporter-arbetsmaterial) Hämtad 2013-04-01.
3. På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen. Socialstyrelsen och SKL; 2011.
4. Öppna jämförelser inom den sociala barn- och ungdomsvården 2012. Socialstyrelsen; 2012.
5. BBIC, Barns behov i centrum. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/bbic>.
6. Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – En undersökning om omfattning och regionala skillnader. Socialstyrelsen; 2012.
7. Tillsynsrapport 2013 – hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2013.
8. I'm sorry. Röster från särskilda ungdomshem. Barnombudsmannen; 2010.
9. Bakom fasaden. Barnombudsmannen; 2011.
10. Tillsynsrapport 2012 – hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2012.

#### 4. Social barn- och ungdomsvård

---

11. Program för trygg och säker vård i familjehem och hem för vård eller boende. Socialstyrelsen; 2012.
12. Barn och unga – insatser år 2011. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialstyrelsen; 2012.
13. Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn. Socialstyrelsen; 2012.
14. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.
15. Barn och unga – insatser år 2011. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialstyrelsen; 2012.

Barnfamiljer som riskerar  
utsatthet

5.

# Barnfamiljer som riskerar utsatthet

## Slutsatser

- Den ekonomiska utsattheten har inte ökat generellt bland barnfamiljer, men i och med att många har fått det bättre har inkomstskillnaderna ökat. Barnfamiljer som befinner sig i en utsatt position har med andra ord inte fått det sämre, men halkat efter alltmer.
- Utestängning från bostadsmarknaden har ofta ekonomiska orsaker, och många av dessa barnfamiljer befinner sig i långsiktiga kommunala bostadslösningar.
- Barnets rätt att komma till tals har blivit tydligare i familjerätten.
- Många barn och unga lever i familjer där en förälder exempelvis är missbrukare eller lider av en allvarlig sjukdom. Stödet till denna grupp behöver anpassas efter de individuella behoven och formerna för information behöver bli fler.

## Ekonomiskt utsatta barnfamiljer

Sverige – tillsammans med andra skandinaviska länder och Nederländerna – tillhör de länder där den ekonomiska utsattheten bland barnfamiljer är minst omfattande. Det är mycket ovanligt att svenska barn saknar grundläggande nödvändigheter som nya kläder, passande skor, tre mål mat om dagen, böcker eller leksaker med mera. Förklaringen är att svenska barnfamiljer ofta har två

familjeförsörjare, att ensamstående föräldrar arbetar i högre grad och på transfereringar till stöd för barnfamiljer. Av betydelse är också att många välfärdstjänster är avgiftsfria för barn, som exempelvis sjukvård, tandvård, skola och skollunch [1].

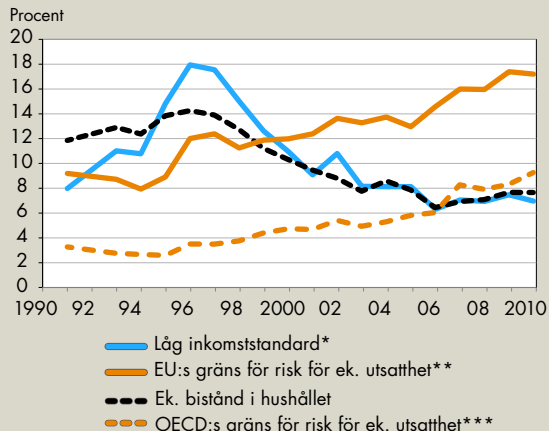
Ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer har minskat från i mitten av 1990-talet. Även långvarig utsatthet (som har varat fem år eller längre) bland barnfamiljer har minskat betydligt från 2000 till 2010.

Från 2006 och framåt har andelen barnfamiljer med låg inkomststandard och ekonomiskt bistånd förändrats i liten utsträckning. Köpkraften är i stort sett oförändrad. Under 2000–2010 finns dock en kraftig och trendmässig ökning av andelen barn i familjer som befinner sig i risk för ekonomisk utsatthet (alltså med disponibel inkomst under 60 procent av medianinkomsten i riket) vilket betyder att även om de mest utsatta barnfamiljerna inte har fått det sämre, halkar de efter barnfamiljer med normalinkomster och de kompenseras inte genom ökade realinkomster (figur 5:1).

Uppskattningar av hur många barn som är ekonomiskt utsatta varierar kraftigt beroende på vilken definition som används. Mellan 5 och 10 procent eller cirka 100 000 till 200 000 barn har en ekonomisk situation som är märkbart sämre än andra barns, men de flesta i denna grupp har eget rum och ägodelar som till exempel dator och mobiltelefon. Ungefär 1–1,5 procent eller cirka 25 000 barn saknar mer basala nödvändigheter som näringsrik och tillräcklig mat, internetan-

### Figur 5:1. Olika typer av ekonomisk utsatthet bland barn 0–19 år

Andel barn i hushåll med inkomster under gränsen för låg inkomststandard\*, under gränsen för risken för ekonomisk utsatthet enligt EU\*\* och OECD\*\*\* alternativt med ekonomiskt bistånd. År 1991–2010.



\* Disponibel ekvivalerad inkomst.

\*\* EU:s gräns för risk för ekonomisk utsatthet - disponibel ekvivalerad inkomst under 60 procent av rikets median.

\*\*\* OECD:s gräns för risk för ekonomisk utsatthet - disponibel ekvivalerad inkomst under 50 procent av rikets median.

Värden för år 1992 är extrapolerade.

Källa: HEK, Statistiska centralbyrån.

slutning, fritidsutrustning, kläder, skor, adekvata leksaker och böcker, samt skolutflykter och födelsedagsfirande (figur 5:2).

Att vara ett ekonomiskt utsatt barn i en modern välfärdsstat som Sverige handlar emellertid sällan om tillgång till basala nödvändigheter. Fokus ligger istället på avsaknaden av ekonomiska resurser som leder till att barn inte kan leva ett fullvärdigt socialt liv, och en risk att deras uppväxt präglas av utanförskap och skamkänslor.

Barn till föräldrar som lever under knappa omständigheter har oftare egna ekonomiska problem och lägre levnadsnivå i allmänhet. Den ekonomiska utsattheten i familjen kan leda till att

barn har mindre umgänge med vänner och färre vänner i klassen, samt att de i något högre utsträckning är mobbade. Skillnaderna är dock inte stora och det är inte självklart en fråga om orsakssamband. Boende är en dimension av barns levnadsnivå som tydligare än deltagande och sociala relationer varierar med familjens ekonomiska problem. Barn i ekonomiskt utsatta familjer bor oftare trångt och de rapporterar oftare än andra att de känner sig otrygga i sina bostadsområden. Skillnaderna i psykisk och somatisk hälsa är små, men de är till nackdel för barn i ekonomiskt utsatta familjer.

Ekonomisk utsatthet drabbar särskilt hårt barn till ensamstående föräldrar eller barn till föräldrar där båda är utrikes födda. Andelen barn i familjer med inkomster lägre än låg inkomststandard<sup>1</sup> var fyra gånger högre bland barn till utrikes födda än bland barn till föräldrar födda i Sverige. För barn till inrikes födda, liksom för barn till ensamstående, gäller dock att de flesta inte uppger några ekonomiska problem och har tillgång till kontantmarginal, mobil, dator etcetera. Största skillnaden mellan barn till utrikes födda föräldrar och barn till föräldrar födda i Sverige gäller andelen med eget rum 70 procent mot 96 procent. Att barn till ensamstående och till utrikes födda så mycket oftare än andra är ekonomiskt utsatta beror till stor del på att deras föräldrar har en svagare position på arbetsmarknaden. I länder som Sverige, med en hög miniminivå för löner och en relativt låg andel deltidsarbetare, är ekonomisk utsatthet kopplad till avsaknad av förvärvsarbete.

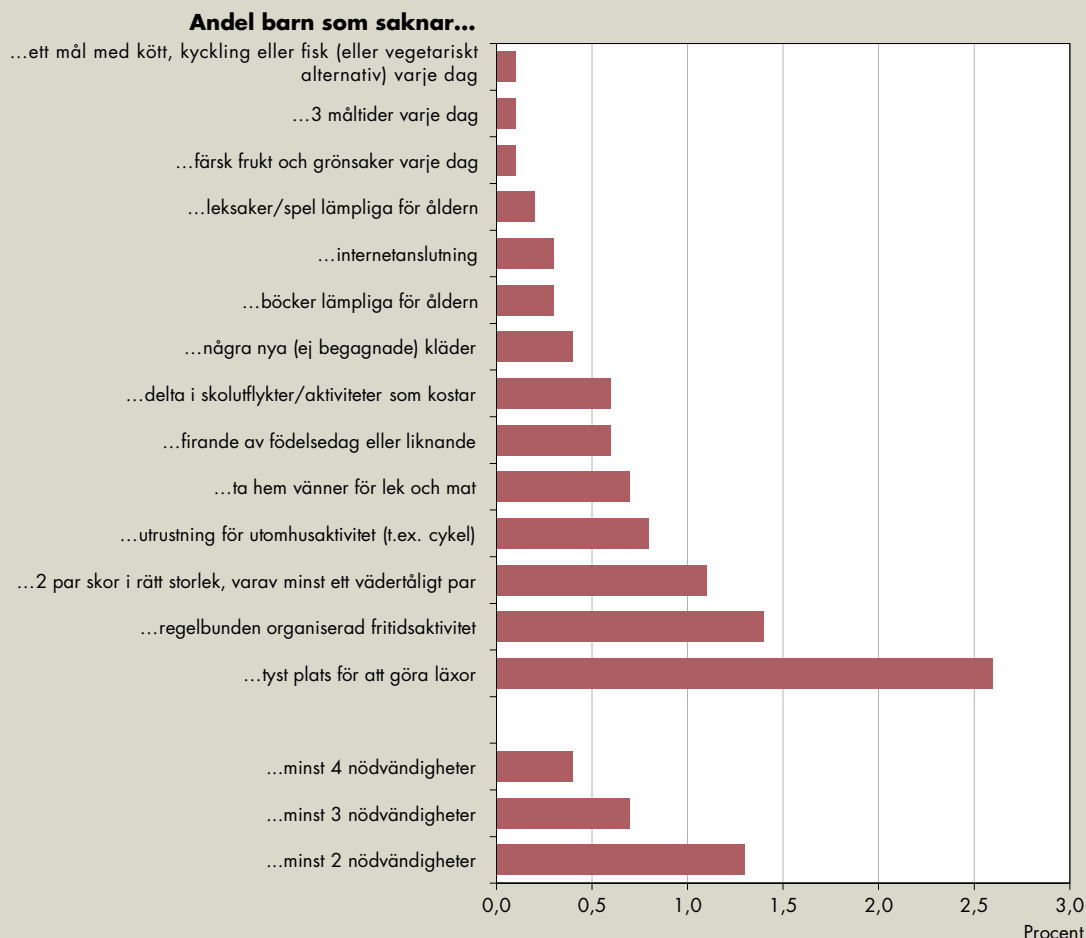
Barn i familjer med två förvärvsarbetande föräldrar drabbas sällan av ekonomisk utsatthet. Även för barn som har endast en förvärvs-

<sup>1</sup> För en definition av låg inkomststandard, se avsnitt Inkomststandard – absolut inkomstfattigdom sida 11, i underlagsrapporten *Ekonomisk utsatthet och välfärd bland barn och deras familjer 1968–2010*.

## 5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet

**Figur 5:2. Barn som saknar olika nödvändigheter**

Andel barn i Sverige 0–17 år som enligt sina föräldrar saknar olika nödvändigheter, år 2009.



Källa: EU-SILC, 2009 års modul: Materiell deprivation. [52]

arbetande förälder – vare sig det är i en familj med en eller två föräldrar – är nivåerna låga, motsvarande mellan 5 och 9 procent 2010. Ekonomisk utsatthet bland barn i familjer där ingen förvärvsarbetar är generellt mycket höga – nästan vart tredje barn till ensamstående och vartannat barn

till sammanboende föräldrar utan förvärvsarbete var ekonomiskt utsatt 2010 [1].

Biståndstagandet i familjer utan förvärvsarbete var än högre, 33 (ensamstående) respektive cirka 60 procent (sammanboende) fick ekonomiskt bistånd 2012.



### Socialtjänstens stöd till familjer som är ekonomiskt utsatta

Det ekonomiska biståndet är välfärdssystemets yttersta skyddsnät vars uppgift är att träda in när behovet av försörjning inte kan tillgodoses på annat sätt. Den ekonomiska hjälpen ska tillförsäkra familjen en skälig levnadsnivå. Skälig levnadsnivå innebär i praktiken en relativt låg nivå jämfört med vad familjer med egen försörjning har.

#### Ekonomiskt bistånd

Den som själv inte kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har enligt 4 kap. 1 § Sol rätt till bistånd av socialnämnden. Enligt 4 kap. 2 § Sol får socialnämnden om det finns skäl för det ge bistånd utöver vad som följer av 1 §.

Försörjningsstödet är en del av det ekonomiska biståndet och avser de vanligaste och regelbundet återkommande levnadskostnaderna.

Försörjningsstödet består dels av en norm för livsmedel, kläder och skor, lek och fritid, förbrukningsvaror, hälsa och hygien samt dagstidning, telefon och tv-avgift, dels av skäliga kostnader för boende, hushållsel, arbetsresor, hemförsäkring samt medlemskap i fackförening och arbetslöshetskassa. När det gäller normen beslutar regeringen varje år om en skälig nivå genom riksnormen.

Till livsföring i övrigt räknas även bistånd som inte är ekonomiskt, som till exempel bistånd för vård och behandling av personer med missbruk, boende i olika former för barn och unga, personer med funktionsnedsättning samt äldre, kontaktperson, hemtjänst eller dagverksamhet.

Barn i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd får leva under knappa ekonomiska förhållanden och det kan innebära att barnen får avstå från sådant som är normalt för andra barn. Det handlar både om materiella ting men även om deltagande i fritidsaktiviteter och upplevelser i form av exempelvis kulturaktiviteter eller miljöombyte. Till skillnad mot andra ersättningsformer innebär det

ekonomiska biståndets konstruktion att familjens rätt till bistånd prövas löpande, vanligtvis varje månad. Försörjningsproblem är det vanligaste skälet till att människor kommer i kontakt med socialtjänstens individ- och familjeomsorg. De vanligaste orsakerna är att barnets föräldrar saknar arbete, är sjuka eller är ensamstående. I vissa fall har föräldrarna andra sociala problem som de behöver komma tillrätta med.

#### Andelen barnfamiljer med ekonomiskt bistånd har minskat något

Under 2011 fick 70 900 barnfamiljer stöd i form av ekonomiskt bistånd [2]. Antalet barn i dessa familjer var 136 850 stycken. Det motsvarar 7 procent av alla barn i Sverige. Andelen barn som ingår i familjer som mottar ekonomiskt bistånd har dock minskat något sedan året innan.

Drygt 27 324 barnfamiljer (56 000 barn) hade långvarigt ekonomiskt bistånd under 2011 (det vill säga minst 10 månader under året).

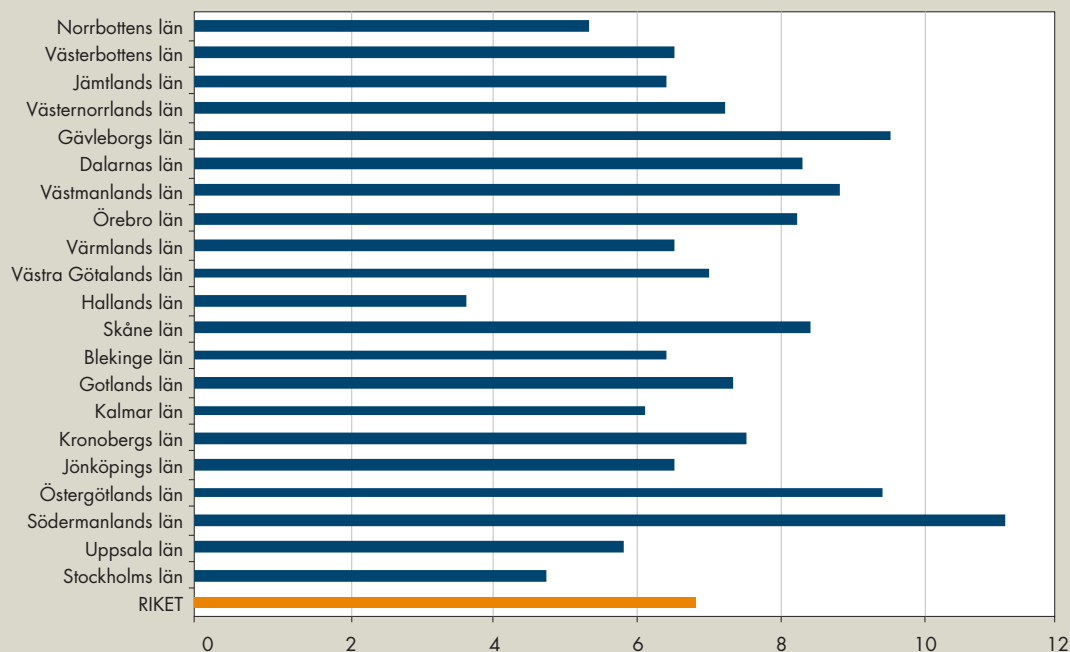
Variationerna är emellertid stora i landet (figur 5:3). I Södermanlands län var andelen barnfamiljer som fått ekonomiskt bistånd drygt tio procent, samtidigt som andelen i Hallands respektive Stockholms län låg under fem procent.

Mer än hälften av familjerna som fick ekonomiskt bistånd 2011 bestod av ensamstående kvinnor med barn. Socialstyrelsen har tidigare [3] konstaterat att ekonomiskt bistånd åter ökar i denna grupp. Under mitten av 1990-talet hade 37 procent av dessa hushåll ekonomiskt bistånd. Drygt tio år senare hade andelen sjunkit till 19 procent, sannolikt till följd av det förbättrade läget på arbetsmarknaden. År 2008, i samband med finanskrisen, började dock andelen att stiga igen, och 2010 fick 24 procent av alla ensamstående mödrar i befolkningen ekonomiskt bistånd någon gång under året. Det är oklart om ökningen

## 5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet

**Figur 5:3. Ekonomiskt bistånd bland barnfamiljer**

Andel (%) barn i familjer som fått ekonomiskt bistånd någon gång under året, 2011.



Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd, 2001. Registret över totalbefolkningen (RTB), SCB; 2011.

också kan bero på trygghetssystemen, till exempel i form av otillräckliga uppräkningsar av underhållsbidrag eller bostadsbidrag eller om det finns andra orsaker.

Däremot har andelen varit relativt oförändrad bland ensamstående kvinnor utan barn, samt för ensamstående män med och utan barn.

### *Hänsyn till barnets bästa vid ekonomiskt bistånd*

Hänsyn till barnets bästa, det så kallade barnperspektivet, innebär att även barnens situa-

tion ska uppmärksammas när föräldrar vänder sig till socialtjänsten med en ansökan om ekonomiskt bistånd. Barnet ska göras synligt i utredningen. Det kan handla om att ta reda på barnets boendeförhållanden, om det går i förskola eller skola, om relationen till eventuell umgängesförälder eller om barnet har några särskilda behov. Det är viktigt att tänka på att även vuxna som söker bistånd som ensamboende kan vara föräldrar till minderåriga barn som de har umgänge med. Hänsynen till barnets bästa får dock inte innebära att barnet utreds mot föräldrarnas vilja vid en ansökan om

ekonomiskt bistånd. En del barn i familjer med ekonomiskt bistånd lever inte bara i ekonomisk utsatthet utan även under andra problematiska sociala förhållanden. Om det finns tecken på att barnets situation kräver en särskild utredning ska denna hanteras som en egen utredning, så kallad barnavårdsutredning, enligt 11 kap. 1 och 2 §§ socialtjänstlagen.

År 2012 använde drygt 60 procent av landets kommuner systematiskt en strukturerad utredningsmall som omfattar området ”Barns situation och sysselsättning” som stöd för handläggaren vid utredningar inom ekonomiskt bistånd [2].

### Utestängning från bostadsmarknaden

Vid en påtvingad avflyttning kan barns upplevelse av tillhörighet, sammanhang och trygghet rubbas. Om flyttningen därutöver sker under så uppskakande former som en vräkning i själva verket är, kan effekterna bli mycket traumatiska. En vräkning är ett exempel på hur allvarligt barn kan drabbas av sanktioner och påföljder riktade mot deras vårdnadshavare [4].

Antalet barn som berörs av vräkning minskar. Under 2012 berördes 2 277 barn av ansökningar om vräkning, och 569 berördes av verkställda vräkningar. Motsvarande siffror för 2008 var 2 363 respektive 716 barn. Minskningen avspeglar förändringen av det totala antalet vräkningar i Sverige, som minskade från 2 802 år 2011 till 2 616 under 2012. Trots flera politiska initiativ och ökad uppmärksamhet kring barn och vräkningar, så har inte siffrorna sjunkit tillräckligt mycket för att man ska kunna säga att åtgärderna har påverkat problemets omfattning i någon högre grad.

En absolut majoritet av de vräkningar som sker både nationellt och internationellt beror på hyresförsummelse [4]. Det bistånd från socialtjänsten som i första hand kan bli aktuellt är därför ekonomiskt, det vill säga det handlar inte om vård och behandling utan om andra åtgärder. Barnens bästa ska då *särskilt beaktas* men inte vara *avgörande* för beslutet [4].

### Många får boende via socialtjänsten

Många av de familjer som är utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden till exempel på grund av vräkning, befinner sig i förhållandevis långsiktiga boendelösningar [4]. Det innebär att de har olika typer av sociala kontrakt, bor i träningslägenheter, försökslägenheter, kommunala kontrakt och liknande, som ofta benämns som *den sekundära bostadsmarknaden* eftersom den hanterar boenden utanför den ordinarie bostadsmarknaden.

Boverket och Socialstyrelsen har gemensamt kommit fram till vilka boendelösningar som ska ingå i definitionen av den sekundära bostadsmarknaden [5]. Det rör sig om

- kommunernas boendelösningar för personer som inte själva kan skaffa sig en bostad, eftersom de av olika anledningar inte blir godkända som hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden
- boendelösningar med någon form av hyresavtal, vanligtvis andrahandskontrakt, där boendet är förordat med tillsyn eller särskilda villkor eller regler.

Både Boverkets och Socialstyrelsens tidigare undersökningar pekade på att den sekundära bostadsmarknaden troligtvis omfattade förhållandevis många barn i landet [5]. Det var osäkert hur många barn det egentligen rörde sig om och hur dessa barns boendevillkor såg ut.

### Många kommuner har rutiner för att söka upp familjer i riskzonen

För att få en bild av hur situationen ser ut för barnfamiljer har Socialstyrelsen genomfört ett antal intervjuer<sup>2</sup> med kommunföreträdare. Barnfamiljer som behöver hjälp med sitt boende kan komma i kontakt med kommunen på olika sätt. De kan själva söka upp socialtjänsten i kommunen om det uppstår en problematisk bostadssituation. De kan ha svårigheter med att betala hyran, riskera att mista sin bostad eller inte bli godkända som hyresgäster av de aktuella hyresvärdarna i kommunen. Ett behov av stöd i bostadssituationen kan även upptäckas när familjen söker någon annan typ av hjälp eller bistånd.

Enligt de intervjuade personerna har de flesta kommuner utvecklat rutiner för att bedriva uppsökande arbete. Det kan handla om att de får signaler från hyresvärdar om att allt inte står rätt till hos specifika hushåll, för att de till exempel stör eller har obetalda hyror. I sådana fall kan kommunerna ta kontakt med hyresgästerna via brev, telefon eller dörrknackning för att erbjuda stöd. Hur snabbt en hyresvärd ger sådana signaler kan skilja sig mellan kommunerna. Det beror till stor del på hur samarbetet och kommunikationen ser ut mellan kommunen och hyresvärdarna.

### Vanligt kommuner prioriterar boendelösningar för barnfamiljer

De tre vanligaste förklaringarna till att familjerna befinner sig på den sekundära bostadsmarknaden är enligt intervjuerna att familjen

- hotas av att bli vräkt på grund av hyresskulder
- inte har någon förankring på den ordinarie bostadsmarknaden

- går igenom en separation eller skilsmässa eller har sociala problem.

Att barnfamiljer i allt större utsträckning blir utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden orsakas av att de lever i ekonomiskt ohållbara situationer. Det är inte ovanligt att familjerna är överskuldssatta, har mycket låga inkomster eller är beroende av ekonomiskt bistånd för sin försörjning. Många är ensamstående föräldrar (främst mödrar) och har utländsk bakgrund. Flera av familjerna har bott i dessa boendelösningar under lång tid. Ett antal familjer har enligt intervjuerna sociala och vardagliga behov som kräver stödinsatser.

De intervjuade kommunföreträdarna tycks i allmänhet prioritera barnfamiljer, så att bostadssituationen för dem blir så långsiktig och stabil som möjligt. Men kommunerna efterfrågar generellt ett ökat bostadsbyggande – och ser ett stort behov av både bostäder med rimligare hyresnivåer och rimligare krav för hyresgästerna att leva upp till [6].

### Hemlöshet och föräldraskap

Många hemlösa är föräldrar. Det visar resultaten från den hemlöshetskartläggning som Socialstyrelsen genomförde under 2011. Omkring 11 300 (cirka 36 procent) av de sammanlagt 33 000<sup>3</sup> hemlösa personerna hade barn som var 18 år eller yngre. Av dessa var 46 procent utrikes födda (cirka 5 000 personer) [7].

Det är en påfrestning att vara förälder och samtidigt leva under osäkra boendeförhållanden. Barnet kan bli drabbat av föräldrarnas hemlöshet även om denne inte har daglig omvårdnad, till exempel

---

2 Se vidare vilka kommuner i Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011.

3 För cirka 2 300 personer lämnades ingen uppgift om de var föräldrar eller inte.

genom att umgänget blir sporadiskt eller mer sällan – eller till och med inget umgänge alls på grund av boendesituationen. För att få veta om barnen själva är direkt drabbade undersökte Socialstyrelsen även vilket umgänge dessa föräldrar har med sina barn. Nästan hälften av föräldrarna med barn som var 18 år eller yngre hade daglig omvårdnad om barnen, och cirka 45 procent hade regelbundet umgänge eller sporadiskt umgänge (tabell 5:1).

### Familjerätt

Vårdnads-, boende- och umgängesutredningar och samarbetsamtal är exempel på insatser inom familjerätten. Faderskaps-, föräldraskaps- och adoptionsärenden är andra områden som kommunen har ansvar för. Det familjerättsliga arbetet inom socialtjänsten regleras genom socialtjänstlagen (2001:453), SoL och föräldrabalken. Arbetet omfattar flera olika typer av utredningar och

ärenden. Till arbetsuppgifterna hör att utreda och fastställa faderskap och föräldraskap, genomföra medgivande- och adoptionsutredningar, utreda vårdnad, boende och umgänge i tvistiga mål, utreda om det finns behov av att väcka talan om vårdnad och umgänge, hjälpa föräldrar att beräkna resekostnader, genomföra samarbetsamtal, handlägga namnändringar och att på uppdrag av länsstyrelsen utreda äktenskapsdispenser.

För en del familjerätter ingår även att bedöma och godkänna familjehem och kontaktfamiljer, verkställa beslut om umgängesstöd samt att anmäla behov av gode män och ta hand om dödsboanmälningar.

Hur det familjerättsliga arbetet är organiserat hänger ofta samman med storleken på kommunen. I många kommuner finns en familjerättsenhet där flera handläggare arbetar och har hand om alla förekommande familjerättsärenden. I andra kommuner är handläggaren mer specialiserad och arbetar med vissa familjerättsliga arbetsuppgifter. I små kommuner finns ingen familjerättsenhet utan de familjerättsliga arbetsuppgifterna är en del av annat socialt arbete.

**Tabell 5:1. Umgänge med barn**

Hemlösa föräldrarnas umgänge med barnen vecka 18, 2011, antal och andel (%).

Umgänge	Antal	Andel i procent
Daglig omvårdnad	4 800	46
Växelvis omvårdnad	610	6
Regelbundet umgänge	2 500	23
Sporadiskt umgänge	2 300	22
Inget umgänge	960	9

Fotnot: En förälder kan ha flera barn som man umgås med eller träffar på olika sätt och då ha angett flera svarsalternativ. Summan blir därför över 100%.

Bortfall: 7 procent av föräldrarna.

Källa: Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär, Socialstyrelsen.

### Internationella adoptioner minskar i antal

För att adoptera ett barn från ett annat land krävs ett medgivande från socialnämnden innan barnet lämnar det land där det har sin hemvist. Familjerättens uppgift är att utreda sökandens förutsättningar och lämplighet som adoptivförälder. Sökanden ska också ha deltagit i en av kommunen anvisad föräldrautbildning, 6 kap. 12 § SoL. Det finns alltså ingen rätt att få adoptera ett barn, utan det är en fråga om barnets rätt att få föräldrar.

Antalet medgivandeutredningar har minskat under de senaste fem åren från 2 400 till 1 300 år 2011 [8]. De beror på att allt färre barn lämnas för internationell adoption. Antalet adoptioner

## 5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet

från utlandet har sjunkit kraftigt under de senaste åren. Under 2011 anlände 538 barn till Sverige via auktoriserade adoptionsorganisationer [9].

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen kartlagt väntetiderna för medgivandeutredningar vid internationella adoptioner. Kartläggningen visade stora variationer mellan kommunerna och att den genomsnittliga väntetiden från ansökan till beslut var 7,5 månader [10].

Många av de barn som i dag blir föremål för internationell adoption är över tre år och har i förväg kända särskilda behov såsom sjukdomar och funktionshinder [11]. Det innebär att den som adopterar ett barn behöver vara väl förberedd på de svårigheter som kan uppkomma och ha tillräckligt med resurser för att kunna ta hand om barn med särskilda behov. Att allt fler adopterade barn har särskilda behov innebär också att antalet adoptivfamiljer som behöver samhällets stöd för att klara av föräldraskapet ökar.

Frågor om nationella adoptioner fördelar sig på tre olika grupper: styvbarnsadoptioner, adoptioner av barn placerade i familjehem, adoption av barn födda i Sverige i åldern 0–1 år. Under 2011 lämnade socialnämnderna 305 yttranden till domstolen (tabell 5:2). Antalet yttranden till domstol avseende styvbarnsadoptioner har under den senaste femårsperioden ökat med drygt 100. Ökningen beror sannolikt till stor del på att lesbiska kvinnor genomför assisterad befruktning utomlands. Kvinnans maka kan då endast bli förälder till barnet genom en adoption.

### Över hälften av alla födda berörs av faderskapsutredningar

Under 2011 pågick 72 600 faderskapsutredningar. Det innebär att 65 procent av samtliga födda barn under året berördes av faderskapsutredningar. Sett över en 30-årsperiod har an-

talet faderskapsutredningar följt antalet födda barn ganska väl. De flesta faderskapsärenden fastställs genom bekräftelse och rör barn vars föräldrar lever i samboförhållanden. År 2012 fastställdes 427 faderskap genom dom eller 0,6 procent av faderskapsutredningarna. Antalet nedlagda utredningar, alltså ärenden där faderskapet inte kunnat fastställas, var 1 166 eller två procent under 2011 [12].

Socialnämnden har skyldighet att försöka fastställa faderskap till barn som har hemvist i Sverige. Ansvaret vilar på den kommun där barnet är folkbokfört, enligt 2 kap. 1 och 2 §§ föräldrabalken, FB.

Om ett barn föds inom äktenskapet antas mannen i äktenskapet vara far till barnet, om inte föräldrarna uppger något annat. Föds barnet utom äktenskapet måste faderskapet bekräftas eller fastställas genom dom. Det gäller oavsett om föräldrarna lever tillsammans eller inte. De allra flesta föräldrar, cirka 90 procent, väljer att anmäla gemensam vårdnad i samband med att faderskapet eller föräldraskapet fastställs [12].

Socialnämnden är också skyldig att utreda och försöka fastställa föräldraskapet för barn som tillkommit genom assisterad befruktning enligt lagen (2006:351) om genetisk integritet. Föräldraskapet fastställs alltså genom dom eller bekräftelse av den kvinna som samtyckt till inseminationen och som modern var gift eller sambo med vid befruktningstillfället. Under 2011 pågick 235 föräldraskapsutredningar. Antalet föräldraskapsutredningar har mer än fördubblats sedan första mätningen 2007 [12].

### Barnets rätt att komma till tals har blivit tydligare i familjerätten

Den familjerättsliga lagstiftningen som rör vårdnad, boende och umgänge ändrades 2006. Huvudsyftet med lagändringen var att stärka barnperspektivet. Barnets bästa är numera avgörande vid bedömningen av dessa familjerättsliga ärenden. När socialnämnden och domstolen bedömer vad som är barnets bästa framgår av 6 kap. 2 a § FB att det ska fästas särskilt avseende vid

**Tabell 5:2. Nationell adoption**

Antal barn för vilka socialnämnderna lämnat yttrande om nationell adoption 2007–2011.

År	Styvbarnsadoption	Adoption av barn placerade i familjehem	Adoption av barn 0-1 år	Totalt
2007	164	13	15	192
2008	201	13	24	238
2009	231	17	27	275
2010	205	29	11	271
2011	260	11	34	305

Källa: Sveriges officiella statistik, Statistik – Socialtjänst Familjerätt 2007–2011.

- risken för att barnet eller någon annan i familjen utsätts för övergrepp eller att barnet oövligen förs bort eller hålls kvar eller annars far illa
- barnets behov av en nära och god kontakt med båda föräldrarna.

Hänsyn ska även tas till barnets vilja med hänsyn till barnets ålder och mognad. Barnets rätt att komma till tals kommer till klarare uttryck i den ändrade lagstiftningen både när det gäller upplysningar och utredningar.

Utgångspunkten för ett samtal med barnet är barnets vilja. Ett barn som inte vill ska alltså inte pressas på synpunkter. Men även i de situationer barnet vill komma till tals har utredaren ett ansvar för att bedöma att det inte är olämpligt att ha samtalet. Det kan exempelvis gälla situationer då det pågår en annan utredning, då socialnämnden tidigare pratat med barnet eller att barnet av något annat skäl bedöms kunna fara illa av samtalet.

Under 2010 trädde en lagstiftning i kraft som rörde verkställighet av domstolens beslut om umgängesstöd. Det är nämnden som utser den person som ska vara ett stöd för barnet under umgängesstillfället och som ansvarar för uppföljning samt

att stödet inte finns kvar längre än nödvändigt, se 6 kap. 15 c § FB.

### Många barn berörs av samarbetsamtal

Samarbetsamtal är en insats för föräldrar som behöver hjälp att hantera svårigheter, problem och konflikter i sitt föräldraskap, det vill säga ett sätt att bättre kunna samarbeta kring barnet och underlätta samförståndslösningar. Samarbetsamtalen syftar till att hjälpa föräldrarna att hitta lösningar som är till barnets bästa utanför domstolen. De flesta föräldrar tar själva kontakt med socialnämnden, men även domstolen har möjlighet att besluta om samarbetsamtal (6 kap. 18 § FB).

Varje år berörs cirka 50 000 barn av föräldrars separation. Många av dem berörs på olika sätt av socialnämndens arbete med föräldrars separationer. Det kan handla om samarbetsamtal, att upprätta avtal, att lämna upplysningar och yttranden till domstol, att verkställa beslut om umgängesstöd eller att hjälpa barn och familjer till annat stöd som barnet eller föräldrarna har behov av.

Av 5 kap. 3 § SoL framgår att kommunen ska sörja för att föräldrar kan erbjudas samtal under sakkunnig ledning i syfte att nå enighet i frå-



## 5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet

**Tabell 5:3. Samarbetssamtal inom familjerätten**

Antal barn 0–17 år vars föräldrar deltagit i samarbetssamtal för år 2007–2011.

År	Antal barn	Antal barn per 10 000
2007	18 200	94
2008	18 500	96
2009	18 700	98
2010	19 400	101
2011	18 900	99

Källa: Sveriges officiella statistik, Statistik – Socialtjänst Familjerätt 2007–2011.

gor som gäller vårdnad, boende och umgänge. Syftet med samtalen är att hjälpa föräldrarna att i samband med eller efter en separation göra överenskommelser kring barnet utifrån barnets behov och eventuella önskemål. Samtalen kan också vara aktuella för föräldrar som inte alls har levt tillsammans.

Antalet barn som berörs av samarbetssamtal har pendlat mellan 18 000 och 19 000 under den senaste femårsperioden (tabell 5:3) [12].

Socialnämnden kommer i kontakt med familjer där våld, missbruk, psykisk ohälsa och andra problem har förekommit. Det är därför viktigt att handläggaren bedömer om det finns särskilda problem i familjen som kan föranleda att samarbetssamtal är mindre lämpligt eller om samtalen bör ske under speciella former [13, 14].

### *Antalet avtal om vårdnad och umgänge är oförändrat över tid*

Om föräldrarna är överens kan socialnämnden hjälpa till att upprätta ett avtal om vårdnad, boende eller umgänge. Föräldrarna kan också själva

upprätta ett avtal. Om nämnden godkänner ett avtal gäller det på samma sätt som en lagakraftvunnen dom. Ett avtal kan godkännas om nämnden bedömer att det är till barnets bästa, se 6 kap. 2 a § FB och 6 kap. 17 a § FB.

Totalt tecknades avtal för 4 700 barn under 2011. De flesta av dessa avtal, 53 procent, rör vårdnaden om barnet och resten, 24 procent, rör boende och 22 procent umgänge. Det totala antalet avtal har varit ungefär detsamma varje år under den senaste femårsperioden.

### *Upplysningar till domstol ökar kraftigt*

Innan domstolen avgör ett mål eller ärende om vårdnad, boende eller umgänge eller om domstolen ska besluta interimistiskt i dessa frågor kan socialnämnden lämna upplysningar i ärendet. Antalet upplysningar till domstolen har ökat kraftigt den senaste femårsperioden (tabell 5:4). Skälet till ökningen är inte klarlagt, men kan delvis bero på att domstolarna i dag utifrån den ändrade lagstiftningen får mer fylliga upplysningar.

När det gäller antalet utredningar till domstolen har dessa däremot ökat marginellt den senaste femårsperioden (tabell 5:5). Vid samtal med såväl kommuner som forskare kommer det dock fram att utredningarna är mer komplicerade och att de ofta innehåller problematik med våld, psykisk ohälsa och missbruk [13, 15]. Många barn har varit föremål för barnavårdsutredningar [15, 16] och får inte stöd och skydd i den utsträckning de skulle behöva [17].

Stiftelsen allmänna barnhuset har i samverkan med FOU i västra Götalandsregionen och region Örebro, Socialstyrelsen samt sex kommuner startat ett treårigt projekt, Barns rättigheter i vårdnadstvister. Syftet med projektet är bland annat att stärka det interna samarbetet mellan familjerätten och den enhet som



**Tabell 5:4. Upplysningar till domstol**

Antal barn 0–17 år som varit föremål för upplysningar år 2007–2011.

År	Antal barn	Antal barn per 10 000
2007	7 100	37
2008	7 700	40
2009	8 300	43
2010	9 000	47
2011	9 300	48

Källa: Sveriges officiella statistik, Statistik – Socialtjänst Familjerätt 2007–2011.

arbetar med barnvårdsutredningar, att stärka barnets roll och rätt till delaktighet samt anpassa insatser och stöd till barns och föräldrars behov. Projektet utvärderas och avslutas under 2013 [18].

Flera projekt och försök att utveckla arbetet som rör vårdnads-, boende- och umgängesfrågor pågår i landet. I betänkandet Fortsatt föräldrar – om ansvar, ekonomi och samarbete för barnens

**Tabell 5:5. Utredningar till domstol**

Antal barn 0–17 år som varit föremål för utredningar år 2007–2011.

År	Antal barn	Antal barn per 10 000
2007	7 182	37
2008	7 072	37
2009	7 391	38
2010	7 240	38
2011	7 400	39

Källa: Sverige officiella statistik, Statistik – Socialtjänst Familjerätt 2007–2011.

skull (SOU 2011:51) föreslås en försöksverksamhet med separationsteam. Enligt förslaget ska teamet bestå av en företrädare för barnet och olika yrkeskategorier som kan stödja och hjälpa barn och föräldrar att få de insatser de behöver. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga om det finns förutsättningar för en sådan försöksverksamhet.

Vårdnads-, boende- och umgängesproblematiken har tidigare varit relativt obeforskad. Under den senaste tioårsperioden har bland annat forskare lyft fram frågorna i högre utsträckning. Det har framför allt handlat om föräldraskapet, om förekomsten av våld i dessa ärenden och barns egna upplevelser [20–29].

## Familjerådgivning

Familjerådgivningen är inriktad på att ge par och familjer stöd i krissituationer. Kriserna är i många fall akuta och det är därför naturligt att verksamheten inte kan bedrivas med allt för långa väntetider. Väntetiderna ska vara rimliga utifrån familjerådgivningens bedömning av besökarnas behov [30]. Många familjerådgivningar kan ta emot par och familjer för ett första samtal inom två veckor.

Med familjerådgivning avses en verksamhet som består av samtal med syfte att bearbeta samlevnadskonflikter främst i parförhållanden och familjer [30]. I familjerådgivningens arbetsuppgifter ingår förutom att samtala och ge vägledning i parrelationer även att arbeta förebyggande och utåtriktat [31]. Kommunen ska enligt 5 kap. 3 § SoL sörja för att en familjerådgivning erbjuds dem som begär det. Det kan ske antingen genom kommunens försorg eller genom annan lämplig yrkesmässig rådgivare.

### Färre går till familjerådgivningen

Antalet ärenden inom den kommunala familjerådgivningen var 2011 drygt 31 000, vilket var en minskning med 4 procent jämfört med föregående år. Totalt berördes ungefär 42 000 barn direkt eller indirekt av dessa ärenden och 57 000 personer över 18 år. Av de samtal som avslutades under 2011 handlade drygt 11 000 ärenden om par som sökte rådgivning för att kunna fortsätta leva tillsammans, 6 000 ärenden handlade om klargörande av problem och 3 500 om separationsarbete [32].

### *Var tionde ärende innehåller våldsproblematik*

Föreningen Sveriges kommunala familjerådgivare (KFR) har genom medel från Socialstyrelsen genomfört en kartläggning av våld i nära relationer ur ett familjerådgivningsperspektiv. En enkät genomfördes inom den kommunala familjerådgivningen 2009 och sammanställdes 2010.

Av undersökningen framgår att totalt cirka tio procent av alla ärenden inom familjerådgivningen innehåller våldsproblematik, men variationen är stor inom de olika familjerådgivningsverksamheterna. I 62 procent av ärendena som innehåller våldsproblematik är det mannen som utövar våldet i relationen, kvinnan gör det i 12 procent av ärendena och i nästan 24 procent av ärendena utövar båda parter våld i relationen. När det gäller arbetssätt och arbetsmetoder visar kartläggningen att det råder stora variationer i arbetssättet mellan olika familjerådgivningar liksom det gör när det gäller att upptäcka våld i relationen. KFR arbetar för närvarande med en handbok som ska utgöra ett stöd för familjerådgivarens arbete med ärenden där det förekommer våld [33].

### Barn som anhöriga

Barn vars föräldrar har allvarliga problem (fysiska, psykiska eller sociala) är särskilt sårbara, av flera olika skäl. Dels är de beroende av den som drabbas, dels kan de ha svårt att förstå det som händer och orsakerna till det.

Missbruk, allvarlig sjukdom eller skada, psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning hos vuxna får alltid konsekvenser för de anhöriga – i större eller mindre grad. Det finns också andra situationer i familjen som kan behöva uppmärksammas särskilt för att de påverkar barn, till exempel när föräldrar har intellektuella begränsningar, är långvarigt arbetslösa eller frihetsberövade.

Det finns ännu ingen svensk studie om hur många barn som har föräldrar med allvarliga svårigheter eller som lever med andra vuxna som har det.<sup>4</sup> Det finns emellertid nordiska studier vars resultat är intressanta även ur ett svenskt perspektiv. En norsk studie från 2011 bedömde att mellan 12 och 40 procent av alla barn och unga i Norge har en förälder som uppfyller diagnoskriterierna för psykisk ohälsa eller alkoholmissbruk. Den lägre siffran anger mer allvarliga tillstånd och den högre inkluderar även lindrigare svårigheter [34]. Mer än sex procent av barnen i en finsk longitudinell studie drabbades under uppväxten (upp till 21 års ålder) av att en förälder fick cancer [35].

Föräldrar skadas i trafiken och genom andra olyckshändelser, och cirka tre procent av barnen i Sverige mister en förälder genom dödsfall.

---

<sup>4</sup> En sådan kartläggning pågår på uppdrag av Socialstyrelsen och kommer att publiceras under 2013.

### Lagändring lyfter fram anhörigperspektivet

År 2010 infördes ett särskilt ansvar för barn som anhöriga i 2 g § hälsosjukvårdslag (1982:763), HSL, liksom i dåvarande lagen (1998:531) om Yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården, LYHS, numera 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Bakgrunden till lagändringen var dels insikten om att barn och unga riskerar att påverkas negativt av att föräldrar eller andra vuxna i familjen har allvarliga svårigheter, dels att hälso- och sjukvården därför behöver vidga individperspektivet till ett föräldraskaps- och familjeperspektiv.

Hälso- och sjukvården ska enligt de nya bestämmelserna beakta barns behov av information, råd och stöd när en förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

- har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning
- drabbas av allvarlig fysisk sjukdom eller skada
- missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel
- oväntat avlider.

I 5 kap. 10 § socialtjänstlagen finns en särskild paragraf om stöd till anhöriga:

Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.

Av förarbetena framgår att lagstiftaren här i första hand haft anhöriga till äldre i åtanke, eftersom de grupper som nämns är makar och vuxna barn som anhöriga. Bestämmelsen är inte tänkt att avse barn, eftersom barn inte ska behöva ha ansvar för att vårda andra i familjen. Samtidigt

finns det i realiteten barn och unga som har och tar ett sådant ansvar. Exempelvis har det fram till 2013 varit möjligt att få ekonomiskt stöd eller assistansersättning för personlig assistans som utförs av någon som inte fyllt 18 år [36].

Det finns gott om exempel på att det saknas ett familjeperspektiv i socialtjänstens insatser för personer med allvarlig sjukdom eller funktionsnedsättning. När föräldrar som på grund av sina svårigheter ges bistånd i form av till exempel boendestöd eller hemtjänst inkluderas inte självklart deras ansvar och uppgifter som föräldrar i stödet.

### Psykiatrin har kommit längst med anhörigperspektivet

Implementeringen av bestämmelsen 2 g § HSL varierar i olika delar av landet och i hälso- och sjukvårdens olika verksamheter, det visar en inventering som Socialstyrelsen gjorde 2011. Utvecklingen av information, råd och stöd till barn och unga när föräldrar har allvarliga svårigheter var ännu i sin linda – med några undantag – i flertalet verksamheter och det saknades ofta policydokument, handlingsplaner, rutiner, tydligt ansvar med mera.

Generellt sett har psykiatrin kommit längst i att beakta barns och ungas behov av information, råd och stöd när föräldrar har allvarliga svårigheter.

### Olika svårigheter men ändå mycket gemensamt

När allvarliga svårigheter drabbar någon i familjen kan ibland hela vardagen och rutinerna påverkas och förändras – och det i en situation då rutinerna och vanorna är särskilt viktiga för att barn och unga ska känna trygghet i en tillvaro som kanske innebär omvälvande förändringar. Oavsett om det handlar om plötsliga eller lång-

variga tillstånd, sjukdom, funktionsnedsättning eller missbruk, finns det ofta mycket oro i familjen för både den drabbade och för vad situationen ska föra med sig för resten av familjen.

Fokus i de beskrivningar som följer ligger på möjliga negativa konsekvenser för barnen och de unga, vilka i hög grad går att förebygga med ändamålsenligt stöd där det behövs.

### *Allvarlig kroppslig sjukdom eller skada*

Ärftliga, allvarliga sjukdomar hos föräldrar kan skapa oro hos barn och unga för föräldern, familjen, och den egna framtiden. Det visar forskning om neurologiska sjukdomar. Konsekvenserna beror inte bara på sjukdomen i sig, utan också på om den i sin tur leder till exempelvis depression hos föräldrar, förändrat familjeklimat, brist på kunskap om sjukdomen och brist på socialt stöd [37, 38]. Med allvarlig sjukdom i familjen ställs ökade krav på den friska föräldern (i den mån det finns en sådan) att räcka till, samtidigt som både den känslomässiga påfrestningen och det utökade praktiska ansvaret ofta kan göra att orken tryter i denna situation. Det innebär att föräldrar inte alltid klarar att ge barnen den omsorg som de önskar och som barnen behöver [39].

I en studie bland barn till föräldrar med neurologiska sjukdomar vid Karolinska sjukhuset förekom olika symtom hos de intervjuade barnen, som huvudvärk, ätstörningar, oro, att man struntar i sig själv och bryr sig om ”alla andra” och ensamhet [40].

Om en förälder har en allvarlig sjukdom eller skada kan det innebära långa och/eller upprepade sjukhusvistelser och därmed periodvisa separationer. Om föräldern vårdas hemma eller behöver personlig assistans blir det en mycket påtaglig förändring av familjelivet, vardagen och relationerna. Barn till allvarligt somatiskt sjuka föräld-

rar tycker att personal och personliga assistenter hemma är jobbigt och blir ett hinder i en naturlig kontakt med föräldern [41].

### *När en förälder avlider*

När föräldrar avlider plötsligt och oväntat kan det vara många olika instanser som involveras i det akuta skedet och därefter. Mycket talar för att det finns brister i samverkan och strukturer för det samhälleliga ansvarstagandet och ansvarsfördelningen när det gäller att tillgodose barns behov i den situationen. Preliminära resultat från en pågående kartläggning på Socialstyrelsen visar att landstingen praktiskt taget saknar handlingsplaner och rutiner för samverkan och stöd till barn i samband med att föräldrar avlider oväntat.

En förälders förtida död är bland det mest dramatiska som kan drabba ett barn. Det kan utöver en normal kris- eller sorgereaktion få konsekvenser för barnets psykiska och fysiska hälsa på kort och lång sikt. Ängest och social tillbakadragenhet är vanligare hos skolbarn vars förälder avlidit<sup>5</sup> [42]. Nordiska registerstudier visar att en förälders dödsfall, oavsett dödsorsak, ökar risken för dödsfall och självmordsförsök bland barnen [43, 44]. Risken att dö i förtid är nära nog fördubblad för unga med en förälder som avlidit [45]. Att skada sig själv är nästan dubbelt så vanligt bland tonåringar som har förlorat en förälder i cancer, jämfört med tonåringar som inte har mist en nära anhörig [46].

Det finns enligt forskningen ett samband mellan den information som barn får, deras möjligheter att få ställa frågor för att förstå samt i vilken grad situationen ger psykiska, fysiska och sociala konsekvenser.

---

5 Avser två år efter dödsfallet.

### *Att växa upp med missbruk i familjen*

Det saknas ofta ett familje- och föräldraskaps-perspektiv i missbruks- och beroendevården. Inom socialtjänsten saknas det genomgående en samordning av utredningar och insatser för barn och föräldrar när det finns missbruk/beroende i familjen. Det kunde Socialstyrelsen konstatera i arbetet med en vägledning för socialtjänsten och andra aktörer om barn och unga i familjer med missbruk, som publicerades 2009 [46].

Missbruk i familjen har påtagliga konsekvenser för barns och ungas hälsa, utveckling och vardag här och nu, i familjen och i förskola/skola samt ger en ökad risk för en rad olika problem i framtiden [47]. Konsekvenser på lång sikt är beroende av sådant som barnets ålder, utvecklingsnivå och egen sårbarhet samt kombinationen av olika risk- och skyddsfaktorer som har betydelse [47].

Forskning visar att en rad kända riskfaktorer är vanligare i familjer med missbruk än i andra familjer, till exempel psykisk ohälsa och våld [48]. Familjer där det finns missbruk är dysfunktionella i högre grad än familjer i allmänhet och konfliktnivån är högre [49]. Barn till föräldrar med alkoholproblem löper en större risk än andra barn att utsättas för vanvård, fysiska övergrepp och kroppslig bestraffning [50, 51]. Risken för vanvård och övergrepp tycks vara störst då föräldrar har samsjuklighet med missbruk/beroende och psykisk ohälsa eller personlighetsstörning [52, 53]. Barn som växer upp med missbruk i familjen lär sig inte heller i samma utsträckning som andra barn konstruktiva strategier för att bemästra problem, så kallade copingstrategier [54].

Barn med föräldrar med alkoholproblem utvecklar oftare än andra barn själva missbruk som unga vuxna [55]. En studie bland ungdomar som vårdats vid Maria Ungdom för eget missbruk visar att det var en hög andel som hade föräldrar

med missbruk, psykisk ohälsa och våld i familjen. Även om föräldrarna under lång tid varit kända inom missbruks- och beroendevården och/eller psykiatrin var ungdomarna och deras situation sällan känd av socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatrin [55].

### *Föräldrar med psykisk ohälsa*

Olika kartläggningar visar att minst en tredjedel till uppemot hälften av alla patienter inom vuxenpsykiatrin har barn, och att de flesta bor med dem [55, 56]. Drygt två procent av barnen i Sverige mellan 0–15 år har minst en förälder med diagnos från psykiatrisk slutenvård [57]. Föräldrar med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning kan i perioder ha svårt att ta föräldransvar fullt ut. Barn får ibland ta vuxenansvar och ta hand om både sig själva och syskon och ibland även föräldern [58].

För barn som växer upp med en förälder som har en psykisk sjukdom är risken att själv behöva vårdas för en psykiatrisk diagnos tredubblad och risken för förtida död fyrdubblad jämfört med andra barn. Även risken för självmordsförsök och för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser är förhöjd [59]. Risken för att unga försöker begå självmord ökar efter att en förälder blivit psykiskt sjuk eller försökt begå självmord. Särskilt hög är risken de första två åren efter förälderns insjuknande eller självmordsförsök [60].

### *Förälder med neuropsykiatriska tillstånd*

Många personer med neuropsykiatriska tillstånd som i dag är föräldrar har inte fått sina svårigheter utredda. Det är inte ovanligt att en förälder i samband med att barnet får en diagnos inser att hon eller han själv har liknande svårigheter. Man räknar med att merparten av de barn som får en

## 5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet

---

diagnos också har en förälder med liknande svårigheter. Hur neuropsykiatriska svårigheter hos föräldrar påverkar föräldraskapet och vad det innebär för barn och unga har hittills inte uppmärksammats i någon nämnvärd omfattning.

Det finns en stor variation i situationerna för barn i dessa familjer beroende på barnets ålder och egna behov, vilken typ och grad av funktionsnedsättning föräldern har, så kallad samsjuklighet med till exempel psykisk sjukdom och missbruk, den andra föräldern, familjens nätverk och situation i övrigt etc.

Det finns familjer där det mesta fungerar bra, eller där praktiskt och annat stöd till föräldrarna kan vara tillräckligt för att tillgodose barnens behov. Det finns också familjer med omfattande behov av stöd och hjälp av olika slag.

### *Familjer där det förekommer våld*

Det är alltid en svår upplevelse för ett barn att se eller höra en närstående bli hotad och utsatt för våld, eller om en närstående är den som hotar eller utövar våldet. Tryggheten och tilliten kan rubbas i förhållande till föräldrar och andra vuxna. När barnet bevittnar våld mot en förälder, av den andra föräldern eller annan vuxen som barnet har en nära relation till (eller är beroende av), blir barnet känslomässigt övergivet och skyddslöst. Vare sig den som är våldsam och skrämmande eller den som är hotad, slagen och skrämmd kan ge barnet tröst och trygghet. Barnet kan också påverkas negativt inom en rad olika utvecklingsområden på både kort och lång sikt [61].

Att barnets omsorgsgivare utsätts för hot utgör en tydlig risk för att barn och unga ska utveckla posttraumatisk stress. Posttraumatisk stress ökar risken för annan psykisk ohälsa som depression, missbruk och ångeststörningar. Våld i nära relationer upprepas ofta och kan fortsätta under

lång tid. Upprepad utsatthet för trauma kan leda till kronisk stress [62, 63]. I en studie av barn på svenska kvinnojourer var det en fjärdedel som uppfyllde samtliga kriterier för posttraumatiskt stressyndrom [64].

### **Stödet här och nu måste öka**

Det går att förebygga mycket av negativa konsekvenser hos barn och unga som beror på allvarliga svårigheter hos föräldrarna. Forskningen visar samstämmigt – som framgått av den tidigare genomgången – att eventuella kort- och långsiktiga negativa konsekvenser i dessa situationer beror på hur riskfaktorerna kan hanteras och kompensera skyddsfaktorer.

I första hand är det grundläggande att minska eller eliminera de riskfaktorer som är möjliga att påverka – som våld, föräldrars missbruk/beroende och psykiska ohälsa, konflikter i familjen etc.

Föräldrarnas och andra viktiga vuxnas möjligheter att hantera situationen på ett bra sätt och att ge barn och unga stöd är av betydelse. Det betyder att ändamålsenligt stöd för barn i denna situation också kan ges genom stöd till föräldrarna.

Det handlar inte bara om att förebygga eventuella negativa konsekvenser på sikt, utan också att ge förutsättningar för en så bra situation som möjligt i barnets vardag här och nu.

Trygghet, begriplighet och sammanhang är nyckelord i situationer som väcker oro, osäkerhet och kan vara svåra att förstå. Trygghet handlar om sådant som trygg anknytning, gott föräldraskap, fungerande struktur i vardagen, fungerande förskola/skola, kamrater och stöd i övrigt nätverk. Förutsättningar för begriplighet och sammanhang kan öka till exempel genom adekvat information och svar på frågor, öppen kommunikation i familjen och även möjligheten att dela erfarenheter med andra i liknande situationer.

### *Stöd till barnen underlättar för föräldrarna*

Många gånger finns det tillräckligt med stöd för barn genom anhöriga i familjen och nätverket. Men föräldrarna, familjen och barn och unga kan också behöva ytterligare stöd i olika former.

### *Brett utvecklingsarbete för ändamålsenligt stöd*

Under perioden 2011–2014 pågår ett brett utvecklingsarbete för ändamålsenligt stöd till barn som anhöriga, som leds av Socialstyrelsen i samråd med Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Arbetet syftar bland annat till att ge stöd till implementeringen av 2 g § HSL. Fyra utvecklingsregioner (Västra Götaland, Landstinget i Dalarna, Jönköping och Östergötland) får bidrag av Socialstyrelsen för att gemensamt förbättra stödet till barn som anhöriga. Fokus ligger på ledning, strukturer, ansvar och rutiner, men också på kompetensutveckling och metoder. Utvecklingsarbete pågår också i andra delar av landet. Nationellt kompetenscentrum anhöriga har Socialstyrelsens uppdrag att stödja utvecklingsarbetet samt sprida kunskaper och erfarenheter genom hemsida, nyhetsbrev, seminarier, konferenser, forskarnätverk, en skriftserie, inventering och presentation av informationsmaterial med mera.

Socialstyrelsen har dessutom särskilda delprojekt som rör olika målgrupper och även socialtjänstens insatser för barn, unga och familjer i dessa situationer. När det gäller barn och unga i familjer med missbruk har myndigheten initierat och stödjer ett utvecklingsarbete i fem kommuner för samordning av socialtjänstens utredningar och insatser för barn och föräldrar i familjer med missbruk/beroende. Arbetet utvärderas och erfarenheterna kommer att spridas. Socialstyre-

sen har också ett nära samarbete med SKL. Inom ramen för sin överenskommelse med regeringen inom Kunskap till praktik har SKL processledare i alla län, och de har dels kartlagt föräldrar i missbruks- och beroendevården och deras barn, dels genomfört en fördjupningsutbildning för ett förstärkt barn- och föräldraskapsperspektiv i missbruks- och beroendevården.

En fungerande vardag i förskola eller skola med kamrater och skolarbete är en viktig trygghets- och skyddsfaktor. Att skolans personal känner till problemen är en förutsättning för att de ska kunna ge det särskilda stöd som kan behövas. Elevhälsan kan även ge ytterligare stöd i samarbete med barnet och föräldrarna om det behövs och också råda eller handleda övrig skolpersonal. Ett delprojekt inom utvecklingsarbetet syftar till att i samarbete med Skolverket öka kompetensen om barn som anhöriga hos personal i förskola och skola.

### *De individuella behoven måste styra mer*

Några viktiga utvecklingsområden är att bredda formerna för information, råd och stöd, att differentiera insatserna efter de individuella behoven hos barnet, föräldrarna och familjen samt att utveckla samverkan för att tillgodose behoven.

När hälso- och sjukvården har föräldern som patient ska de även beakta barns behov av information, råd och stöd. Det finns ett grundläggande behov av information och råd hos alla barn och unga som anhöriga och deras föräldrar. Det kan handla om information om sjukdomen eller tillståndet, vanliga konsekvenser för anhöriga och familjen, direkta råd om hur man kan samtala om svårigheterna och underlätta i vardagen etc. Stödgruppsverksamhet – för barn och föräldrar – som syftar till att öka kunskap, stärka skyddsfaktorer och ge möjlighet att träffa andra i liknande situation kan också räknas hit.

## 5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet

---

För en del barn och unga och deras föräldrar kan det behövas stöd utöver detta. Det kan handla om praktisk hjälp, föräldrastöd, samspelsstöd, stöd för bearbetning eller familjebehandling med mera. En mindre andel kan behöva mer specifik hjälp med egna svårigheter, som till exempel psykoterapi, traumabehandling etc. Sådant stöd kan ges inom olika delar av hälso- och sjukvården, i samarbete med andra instanser eller av socialtjänsten. Det finns också en skyldighet att anmäla till socialtjänsten om det finns oro för ett barns situation eller om det kan behöva stöd eller skydd. Föräldrar och unga kan själva ansöka om stöd från socialtjänsten. Socialtjänsten behöver i olika delar av sin verksamhet ha ett familjeperspektiv och uppmärksamma barn och unga som anhöriga.

Det finns också tillgång till hjälp och stöd – individuellt och i grupp – hos olika intresseorganisationer. En del av dessa och andra instanser erbjuder webbaserat stöd till olika grupper av barn som anhöriga. Bland annat lanserar Regionalt Cancercentrum Uppsala/Örebro i april 2013 ett nationellt webbaserat stöd till barn och unga med cancer i familjen. För närvarande pågår en effektstudie av en webbaserad insats i flera europeiska länder till unga som har en förälder med missbruk/beroende.<sup>6</sup>

### *Få metoder är effektutvärderade*

Det saknas studier som kan ge underlag för rekommendationer om stöd till barn i familjer med missbruk och psykisk sjukdom [65]. Under 2013 publiceras på uppdrag av Socialstyrelsen kunskapsöversikter när det gäller metoder för stöd till barn med föräldrar med allvarlig somatisk sjuk-

dom respektive för barn till föräldrar som avlider. Socialstyrelsen uppdrar också åt olika universitet att göra utvärderingar av olika metoder för stöd till barn som anhöriga.

I dag används i Sverige och Norden några specifika metoder för stöd för barn som anhöriga som ännu inte är effektutvärderade. Det är till exempel manualbaserade stödgruppsverksamheter för barn som anhöriga till föräldrar med olika typer av svårigheter, allt oftare numera även med parallella föräldragrupper. En svensk studie med kontrollgrupp pågår. Beardslées familjeintervention, ursprungligen utformad för barn till föräldrar med depression, används även för andra grupper av barn och unga [66]. Interventionen innehåller såväl enskilda samtal med föräldrar och barn som familjesamtal och är relativt resurskrävande. En kartläggning visar att de som utbildats i metoden i Sverige av olika skäl inte använder den i någon större omfattning [67]. Föra barnen på tal är en manualbaserad metod för att ta upp barnens situation med föräldrar med psykisk ohälsa [68]. Även den har använts för andra grupper, till exempel barn med förälder med cancer [69]. I Nordnorge finns ett brett utvecklingsprojekt för att införa en likartad manualbaserad stödinsats med föräldrasamtal, som där kallas för Barnperspektivsamtal och bygger på en metod som är utarbetad och används i Nederländerna [70, 71]. Inte heller den är utvärderad i förhållande till en kontrollgrupp. En svensk jämförande effektstudie för Beardslées familjeintervention och Föra barnen på tal med en kontrollgrupp planeras komma igång under 2013 på Socialstyrelsens uppdrag.

Flertalet av de särskilda metoder som används för att stödja barn och unga i familjer med olika typer av svårigheter är så kallade psykoedukativa och syftar till att förebygga att föräldrarnas svårigheter får negativa konsekvenser på sikt för barn och unga. De är alltså inte tänkta för barn och

<sup>6</sup> Insatsen finns på CAN:s hemsida Drugsmart. Studien görs vid STAD, Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem. Centrum för psykiatriforskning, Stockholm.



unga för vilka föräldrarnas svårigheter redan har fått negativa konsekvenser, det vill säga att barnet har egna symtom eller behov av stöd. Forskning och erfarenhet visar dock att dessa barn och unga generellt sett redan har en högre problembelastning än andra [72, 73].

De beskrivna insatserna har ofta fokus på skyddsfaktorer hos barn och unga själva och mindre på föräldraskap och familjerelationer. Någon bedömning av barnens eller föräldrarnas behov av stöd görs inte före insatserna.

På uppdrag av regeringen pågår också utvärdering av flera olika metoder för stöd till barn som har bevittnat våld i familjen och hur deras behov av stöd ska bedömas.

### Referenser

1. Jonsson J, Mood C. Ekonomisk utsatthet och välfärd bland barn och deras familjer (preliminär titel). Underlagsrapport. Socialstyrelsen; 2013.
2. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2012. Socialstyrelsen; 2012.
3. Lägesrapport 2011. Tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2011.
4. Kjellbom P, Stenbeerg S-Å. Vräkta barn (preliminär titel). Underlagsrapport. Socialstyrelsen; 2013.
5. Tillfälliga lösningar för permanenta behov. Socialstyrelsen; 2009.
6. Hyreskontrakt via kommunen. Sekundära bostadsmarknaden. Boverket; 2008.
7. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär. Socialstyrelsen; 2011.
8. Familjerätt år 2011. Sveriges officiella statistik. Socialstyrelsen; 2012.
9. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, MIA. Tillgänglig på: [www.mia.eu](http://www.mia.eu)
10. Väntetider för medgivandeutredningar vid internationella adoptioner – en kartläggning. Socialstyrelsen; 2006.
11. Årsredovisning 2011. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor; 2012.
12. Familjerätt år 2011. Sveriges officiella statistik. Socialstyrelsen; 2012.
13. Hydén M, Hydén L-C. Samtal om den nya familjen. Stockholm; 2002.
14. Samarbetssamtal – socialt arbete med föräldrar. Socialstyrelsen; 2000.
15. Rejmer A. Vårdnadstvister. En rättssociologisk studie av tingsrätters funktion vid handläggning av vårdnadskonflikter med utgångspunkt från barnens bästa [Doktorsavhandling]. Lund; Lunds universitet, Sociologiska institutionen; 2003.
16. Rooth K. Slutrapport BIFF. Södertälje; 2011.
17. Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld – Alla kommuners ansvar – Slutrapport från en nationell tillsyn. Socialstyrelsen och lässtyrelserna; 2009.
18. Almqvist K, Broberg A. Barn som bevittnat våld mot mamma – en studie om kvinnor och barn som vistas på kvinnojourer i Göteborg, Göteborgs stadskansli; 2004.
19. Projektplan för ”Barnets rättigheter i vårdnadstvister”. Stiftelsen allmänna barnhuset; 2010.
20. Dahlstrand L. Barns deltagande i familjerättsliga processer [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet, Juridiska fakulteten; 2004.
21. Eriksson M. I skuggan av pappa. Familjerätten och hanteringen av faders våld [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet, Sociologiska institutionen; 2003.

## 5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet

---

22. Eriksson M (red). Barn som upplever våld. Nordisk forskning och praktik; 2007.
23. Eriksson M, Källström Cater Å, Dahlkild-Öhman G, Näsman E (red). Barns röster om våld. Att tolka och förstå. Gleerups; 2008.
24. Eriksson M, Näsman E. När barn som upplevt våld möter socialtjänsten. Gothia förlag, Uppsala; 2011.
25. Höjer I, Röbbäck K. Barn i kläm – hur uppmärksammas barn i mål om verkställighet av umgänge. Skriftserie 2007:1, Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2007.
26. Röbbäck K. Barns röster i vårdnadstvister – om verkställighet och professionellas riskbedömningar [Doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutet för socialt arbete; 2012.
27. Schiratzki J. Vårdnad och vårdnadstvister. Norstedts Juridik; 1997.
28. Schiratzki J. Mamma och pappa inför rätta. Iustus förlag; 2008.
29. Singer A. Föräldraskap i rättslig belysning [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet, Juridiska institutionen; 2000.
30. Om familjerådgivningen. Regeringens proposition; 1993/94:4.
31. Redovisning av hur kommunernas skyldighet att tillhandahålla familjerådgivning fullföljs. Socialstyrelsen; 2004.
32. Kommunal familjerådgivning år 2011. Sveriges officiella statistik. Socialstyrelsen; 2012.
33. Sandberg A. Våld i nära relationer – ett familjerådgivningsperspektiv. Redovisning av enkätundersökning inom den kommunala familjerådgivningen 2009. KFR:s styrelse; 2009.
34. Ask Torvik F, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Rapport 2011:4. Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011.
35. Niemelä M, Paananen R, Hakko H, Merikukka M, Gissler M, Räsänen S. The prevalence of children affected by parental cancer and their use of specialized psychiatric services: the 1987 Finnish Birth Cohort study. *Int J Cancer*. 2012 Nov 1; 131(9):2117–25.
36. Regeringens proposition 2012/13:1.
37. Bogosian A, Moss-Morris R, Hadwin J. Psychosocial adjustment in children and adolescents with parent with multiple sclerosis: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 2010; (24):789–801.
38. Forrest Keenan K, Miedzybrodzka Z, van Teijlingen E, McKee L, & Simpson SA. Young people's experiences of growing up in family affected by Huntington's disease. *Clinical genetics*. 2007; (71): 120–129.
39. Dyregrov K. Når foreldre har alvorlig kreftsykdom – eller dør av den. I: Storm Mowatt Haugland B, Ytterhus B & Dyregrov K (red) Barn som pårørende. Abstrakt Forlag; 2012.
40. Åkerlund K. ”Jag är ju en del av det hela”. Redovisning av projekt 2009/187, Stöd till barn som är närstående till patienter på Neurologiska kliniken, Huddinge. En förstudie; 2011.
41. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014.
42. Jakobsen IS & Christiansen E. Young people's risk of suicide attempts in relation to parental death: a population-based register study. *J Child Psychol Psychiatry*, 2011;52(2):176–83.
43. Niederkrotenthaler T et al. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *J Epidemiol Community Health*; 2010.
44. Rostila M & Saarela JM. Time Does Not Heal All Wounds: Mortality Following the Death of a Parent. *Journal of Marriage and Family*. 2011; 73(1): 236–249.

45. Bylund Grenklo T, Kreicbergs U, Hauksdóttir A, Valdimarsdóttir UA, Nyberg T, Steineck G, Fürst CJ. Self-injury in Teenagers Who Lost a Parent to Cancer. : A Nationwide, Population-Based, Long-term Follow-up. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;1–8.
46. Barn och unga i familjer med missbruk. Vägledning för socialtjänsten och andra aktörer. Socialstyrelsen; 2009.
47. Lagerberg D, Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn: Forskningsmetoder och resultat; 2003.
48. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Socialstyrelsen; 2007.
49. Lindgaard H. Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2006.
50. Magnusson D & Stattin H. Person – context interaction theories. I: Damon W & Lerner R M (red). *Handbook of child psychology.* 1998;1: 685–759. New York. Wiley.
51. Janson S, Långberg B, Svensson B. Våld mot barn 2006/2007. Allmänna Barnhuset, Karlstads universitet; 2007.
52. Kim-Cohen J, Caspi A, Rutter M, et al. The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1009–1018.
53. Lang S, af Klinteberg B & Alm PO. Adult psychopathy and violent behavior in males with early neglect and abuse. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2002; 93–100.
54. Lindgaard H. Voksne børn fra familier med alkoholproblemer: mestrings og modstandsdygtighed: Center for Rusmiddelforskning Aarhus Universitet; 2002.
55. Nylander I & Rydelius P A. A comparison between children of alcoholic fathers from excellent versus poor social conditions. *Acta Paediatr Scand.* 1982;71:809–813.
56. Östman M & Eidevall L. Illuminating patients with children up to 18 years of age – A 1-day-inventory study in a psychiatric service. *Nordic journal of psychiatry.* 2005; 59(5):388–92.
57. Östman M & Hansson L. Children in families with a severely mentally ill member, prevalence and needs for support, *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37: 243–248.
58. *Folkhälsorapport 2001.* Socialstyrelsen; 2001.
59. Helgeland A. Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I: I: Storm Mowatt Haugland B, Ytterhus B & Dyregrov K (red) *Barn som pårørende.* Abstrakt Forlag; 2012.
60. Rasmussen F, Affiliation: Department of Public Health Sciences, Child and Adolescent Public Health Epidemiology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
61. Lange T. A Life-Course Study on Effects of Parental Markers of Morbidity and Mortality on Offspring's Suicide Attempt. *PLOS ONE;* 2012.
62. Broberg A, Almqvist L, Axberg U, Grip K, Almqvist K, Sharifi U, K Cater ÅK, Forssell A, Clara Eriksson M & Iversen C. Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma. Resultat från en nationell utvärdering. Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet; 2011.
63. Grip K. The damage done. Children Exposed to Intimate Partner Violence and their Mothers — Towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children. Psykologiska institutionen. Göteborgs universitet; 2012.
64. Almqvist K & Broberg A. Barn som bevittnat våld mot mamma – en studie om kvinnor och barn som vistas på kvinnojourer i Göteborg. Göteborgs stadskansli; 2004.

## 5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet

---

65. Barn och unga i familjer med missbruk. Vägledning för socialtjänsten och andra aktörer. Socialstyrelsen; 2009.
66. Beardslee WR et al. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*. 2003; 112:119–131.
67. Bodin M. Rapport gällande förarbete för effektutvärdering av Beardslee's familjeintervention. Internt arbetsmaterial. Socialstyrelsen; 2011.
68. Solantaus T. Föra barnen på tal – när en förälder har psykisk ohälsa. Manual och loggbok. Psykiatri Södra Stockholm; 2010.
69. Niemelä M, Väisänen L, Marshall C, Hakko H, Räsänen S. The experiences of mental health professionals using structured family-centered interventions to support children of cancer patients. *Cancer Nurs*. 2010; 33(6):E18–27.
70. Reedz C, Lauritzen C. Hva er barnas perspektiv? Håndbok. Prosjekt Barn som pårørende. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord).
71. Van Doesum K & Hosman C. Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *Advances in mental Health*. <http://amh.e-contentmanagement.com/archives/vol/8/issue/3/article/3476/prevention-of-emotional-problems-and-psychiatric>
72. Pettersson L, Alexanderson K, Kostela J. Modeller för utveckling av gruppverksamheter för barn och ungdomar. Resultat av ett FoU-projekt i Dalarna. Arbetsrapport 2011-05-12. Dalarnas Forskningsråd; 2011.
73. Skerfving A. Hur vet vi att det hjälper? Om effektutvärdering av stödgrupper för barn och ungdom. FoU-rapport 2012:1. FORUM. Stockholms universitet; 2012.

Vård vid vissa sjukdomar  
och tillstånd

6.

# Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

## Slutsatser

- Neonatalvården är överlag välfungerande. Fler barn vårdas och räddas till livet, dock finns problem med överbeläggningar. En del av dessa svårt sjuka nyfödda barn utvecklar funktionsnedsättningar senare i livet, och behovet av stöd kan därför vara långvarigt. Ett identifierat förbättringsområde inom neonatalvården är transporterna, som behöver bli säkrare. Ett annat förbättringsområde är vårdrelaterade infektioner bland de för tidigt födda barnen, där de regionala skillnaderna är stora.
- Antalet barn med medfödda hjärtfel som genomgår kardiologiska ingrepp ökar, och allt fler överlever. Ingreppen är sällan botande, utan korrigerande, vilket innebär att patienterna behöver fortsatt vård. Sjukvårdens kunskap om behoven hos de barn som överlever är i viss mån begränsad. Väntetider till operationer varierar och är i vissa fall långa, likaså sker inte alltid återbesöken inom den planerade tidsramen.
- Barncancervården är centraliserad till några få behandlingsenheter, och när väl en cancerdiagnos har fastställts är väntetiderna i princip obefintliga. Många barn som överlever cancer får sena biverkningar och effekter högre upp i åldrarna, och det pågår utvecklingsarbete inom vården för att tillgodose dessa behov.
- Diabetesvården för barn är välfungerande, dock kan följsamheten till vårdprogrammet förbättras ytterligare. Diabetesvården utvecklas hela tiden, bland annat genom den tekniska utvecklingen av blodsockermätare och nya insulinpennor. Detta ställer större krav på diabetesteamen, men kan också innebära en bättre metabol kontroll och förbättrad livskvalitet för patienterna och förhoppningsvis minskad komplikationsfrekvens.
- Andelen barn och unga som behöver vård för allergisjukdomar ökar, och vården av dessa är inte bara en viktig fråga för den specialiserade vården, utan också för primärvården.
- Fetma hos barn är svårbehandlat, därför är det viktigt att satsa på det förebyggande arbetet. Barnhälsovården möter alla barn och kan därför verka förebyggande genom råd om bland annat matvanor och fysisk aktivitet. Åtgärder behöver sättas in tidigare för överviktiga barn, så att de inte utvecklar fetma. Eftersom tillståndet är svårbehandlat är det också viktigt att uppmärksamma andra problem, som exempelvis psykosociala. Få barn med fetma får behandling, och behoven är långt ifrån tillgodosedda.

## Neonatalvård

Neonatalogin, eller nyföddhetsmedicinen, har till uppgift att upptäcka och behandla sjukdomar hos barn under livets allra första veckor. De flesta av de drygt 100 000 barn som föds varje år i Sverige är fullt friska. Men omkring vart tionde barn

behöver läggas in på nyföddhetsavdelning en tid. Vanliga orsaker är för tidig födsel, andningsstörningar, gulsot, infektioner och fosterskador. Komplikationer efter syrebrist i samband med förlossningen är ibland en orsak till vårdbehov. På neonatalavdelningen övervakas barnets andning, blodcirkulation, kroppstemperatur, vätskebalans och näringstillförsel. De sjukaste barnen och de som är mycket för tidigt födda behöver neonatal intensivvård med övervakning dygnet runt. Barn med svåra fosterskador behöver ibland opereras under nyföddhetsperioden.

Omkring sex procent av alla förlossningar (omkring 6 000 barn per år) sker i förtid, det vill säga i graviditetsvecka 22–36. Av dessa föds 1 procent mycket för tidigt, det vill säga före vecka 32. Andelen för tidigt födda och andelen födda barn som är för små har inte förändrats nämnvärt under de senaste åren, men fler överlever tack vare allt bättre sjukvård.

### Om graviditet och neonatalperioden

En normal graviditet varar omkring 40 veckor. Sex procent av alla barn föds före 37 fullgångna graviditetsveckor och räknas som för tidigt födda. Ungefär en procent föds före graviditetsvecka 32 och räknas som mycket för tidigt födda. 0,2 procent av barnen föds före vecka 28 och räknas som extremt för tidigt födda.

Barn som föds senare än fullgångna 42 graviditetsveckor räknas som överburna.

Ungefär 1,5 procent av alla barn som föds har någon fosterskada eller kromosomavvikelse [1].

Nyföddhetsperioden, eller neonatalperioden, definieras som de första 28 levnadsdyggen.

### Optimalt omhändertagande när risker kan förutses

År 2010 vårdades drygt 10 000 barn på sjukhus under nyföddhetsperioden, uppdelat på omkring 14 700 vårdtillfällen. Då är inte vården av friska

barn på BB-avdelningarna inräknad. Något fler nyfödda pojkar än flickor vårdas, och medelvårdtiden är omkring tio dygn.

Sjukvården har fått allt bättre möjligheter att ta hand om de nyfödda barnen. Vården börjar, i de fall det är möjligt, redan före förlossningen, i ett samarbete mellan mödrahälsovården, obstetrikern (förlossningsvården) och neonatologin. Vården eftersträvar att förutse risker och att vid behov ha beredskap för komplikationer. Inom obstetrikern försöker man till exempel fördröja för tidiga förlossningar genom medicinska insatser och vid mycket för tidiga förlossningar behandlas modern om möjligt med kortison före barnets födelse för att påskynda lungmognaden. Hos en allt större andel av de barn som föds med fosterskador upptäcks skadan också redan under graviditeten, vilket ger förutsättningar för ett optimalt omhändertagande efter förlossningen. Obstetrikern eftersträvar att förlossningen ska ske på sjukhus som kan ge neonatal intensivvård eller operation, när sådana behov kan förutses.

Ungefär 30 procent av barnen som vårdas på sjukhus i nyföddhetsperioden är för tidigt födda (figur 6:1). Två procent av dem är extremt för tidigt födda (före graviditetsvecka 28). Enstaka barn som föds i vecka 22 överlever. Ju tidigare barnet föds desto mer omogna är organen. De extremt för tidigt födda barnen behöver alltid intensivvård för att få stöd med värmehållning, näringsintag och andning. Dessa barn har också de längsta vårdtiderna, ofta flera månader.

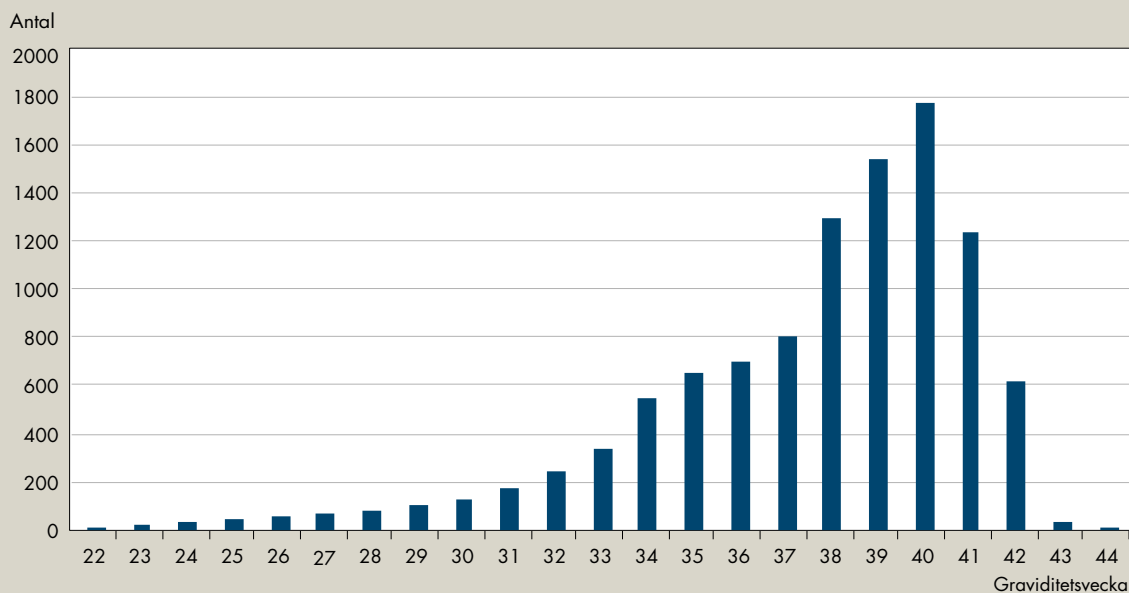
### Högteknologisk vård med familjen i centrum

Ett barn som är medtaget efter förlossningen kan behöva aktiva återupplivningsåtgärder och omedelbar intensivvård. Därför är tillgång till personal med kompetens inom neonatologi nödvändig,

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

**Figur 6:1. Antal neonatalvårdade barn efter graviditetslängd**

Antalet barn som fötts efter olika graviditetslängd och vårdats på sjukhus före 28 dagars ålder, genomsnitt för åren 2006–20120.



Källa: Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

och ibland innebär detta akuta transporter mellan sjukhus.

Avståndet mellan förlossningsstället och platsen där barnet tas omhand måste vara kort. Vårdteamet ser till att ventilationen och cirkulationen fungerar, och det är viktigt att barnet inte blir nedkyllt under tiden eller förlorar för mycket vätska. Andningssvårigheter är vanligt, och en del barn behöver respiratorvård. Många, även bland de mest för tidigt födda barnen, klarar sig dock med kontinuerlig övertrycksandning (CPAP). Till extremt för tidigt födda barn med omogna lungor ges ett ytspänningsnedsättande medel (surfactant) för att de små lungblåsorna ska kunna hållas öppna. Så snart barnets andning och blodcirkula-

tion stabiliserats transporteras barnet till en neonatalenhet.

Vid neonatalenheten fortsätter vårdpersonal att övervaka andning och blodcirkulation samt av metabola och neurologiska funktioner. Det är inte ovanligt med komplikationer, särskilt för de barn som fötts mycket för tidigt. Exempel på sådana komplikationer är hjärnblödningar och infektioner. Därför måste det finnas tillgång till medicinsk personal med neonatologisk kompetens samt tillgång till laboratorieanalyser, röntgen och ultraljud dygnet runt. Den fortsatta medicinska handläggningen styrs av barnets tillstånd, ofta i samarbete med barnkirurg eller neurolog. Under senare år har medvetenheten ökat om vikten av



att minska stressen hos de sjuka eller för tidigt födda barnen. Ett viktigt steg här är att se till att barnet får smärtlindring om det behövs och att barnet får långa ostörda perioder av vila och inte störs i onödan av ljus och ljudintryck.

Barnets föräldrar ses numera som en viktig del i behandlingen, och familjen sätts i centrum också i högteknologisk neonatal intensivvård av barn som fötts för tidigt. Detta kräver specialanpassade vårdavdelningar där barn och föräldrar kan bo tillsammans och där de för tidigt födda barnen ändå kan få tillgång till de tekniska hjälpmedel som behövs. Sådana vårdavdelningar finns på en del håll i landet och är på andra håll under uppbyggnad.

Ett flertal vårdprogram av konsensuskaraktär för omhändertagande vid olika neonatala tillstånd finns utarbetade av professionen, till exempel handläggning av smärta, neonatala kramper, samt syre- och näringsbrist i samband med förlossningen [2].

### Centralisering förutsätter säkra transporter

Neonatalvården, i synnerhet den neonatala intensivvården, är högspecialiserad och teknikintensiv och kräver neonatologisk specialistkompetens dygnet runt. Vården av svårt sjuka och extremt för tidigt födda barn har centraliserats till sjukhus med möjligheter att ge den bästa neonatalvården. Detta är sannolikt en av förklaringarna till den ökade överlevnaden bland nyfödda [3-5].

Barnen med störst behov vårdas på regionsjukhusen, där det finns resurser för intensivvård dygnet runt. Vid behov samarbetar regionsjukhusen med till exempel specialister i barnkirurgi eller neurologi. Möjlighet till viss neonatal intensivvård finns i allmänhet också på länsdelssjukhusen.

Centraliseringen av den högspecialiserade neonatala intensivvården skedde framför allt under 1990-talet. I ett underlag av experter utgi-

vet av Socialstyrelsen år 2004 fastslås att fortsatt centralisering bör ske, eftersom den snabba medicinska utvecklingen inom neonatal intensivvård ökar kraven på att behålla och utveckla personalens kompetens och vårdens kvalitet [3].

En förutsättning för centralisering av den högspecialiserade vården är ett fungerande nätverk av neonatala transporter. Ett barns behov av intensivvård kan inte alltid förutses före förlossningen, och om en förlossning kommit igång finns det inte alltid möjlighet att transportera den blivande mamman till ett regionsjukhus trots att risker för barnet kan förutses. Därför föds svårt sjuka barn ibland på sjukhus utan möjligheter till högspecialiserad intensivvård. Transporter av dessa barn är komplicerade och riskfyllda. Det kräver transportteam med särskild kunskap och utrustning. Tillgången till sådana team skiljer sig åt i olika delar av landet, och för närvarande finns team med ständig schemalagd beredskap som utgår från Umeå, Uppsala och Stockholm. Dessa team transporterar i första hand barn inom den egna sjukvårdsregionen men i mån av tid också i andra regioner där organiserad beredskap saknas. I dessa regioner måste ibland transportteam sammankallas akut när transportbehov uppstår, vilket innebär en risk för att tiden för att organisera transporten förlängs. Socialstyrelsen håller på att ta fram en vägledning för säker nyföddhetsvård, där bland annat neonatala transporter behandlas.

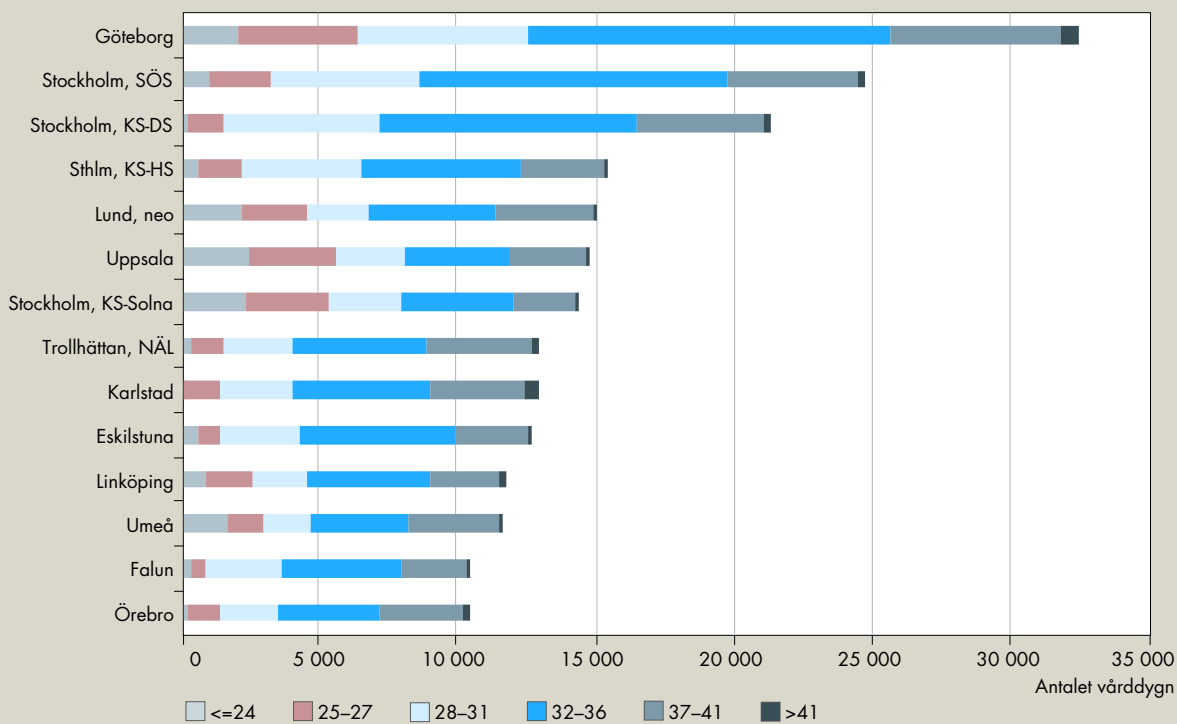
Till det perinatala<sup>1</sup> kvalitetsregistret PNQn rapporteras uppgifter om de nyfödda barn som vårdas på sjukhusens neonatalavdelningar. Kvalitetsregistret har successivt byggts upp under det senaste decenniet och år 2011 rapporterade samtliga 36 sjukhuskliniker som bedriver neo-

<sup>1</sup> Perinatal avser ett tillstånd som hör samman med tiden närmast före eller efter förlossningen.

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

**Figur 6:2a. Vårddygnet inom neonatalvård, kliniker med fler än 300 inlagda per år**

Det totala antalet vårddyggn inom neonatalvården vid olika sjukhuskliniker åren 2011–2012 fördelat på graviditetsvecka barnet fötts.



Källa: PNQn-databas.

natalvård till registret. Figur 6:2a och 6:2b visar antalet vårddyggn på de olika klinikerna år 2011, uppdelat på i vilken graviditetsvecka barnet fötts. Av figurerna framgår att extremt eller måttligt för tidigt födda barn oftast vårdas på regionsjukhus. I övrigt varierar antalet vårddyggn mycket på de olika klinikerna. De mest vårdkrävande barnen får ibland komma till hemsjukhuset efter en tid på regionsjukhus.

Tillgången till neonatologisk specialistkompetens är på många håll begränsad, vilket ibland kan leda till kvalitetsskillnader i vården över dygnet. I

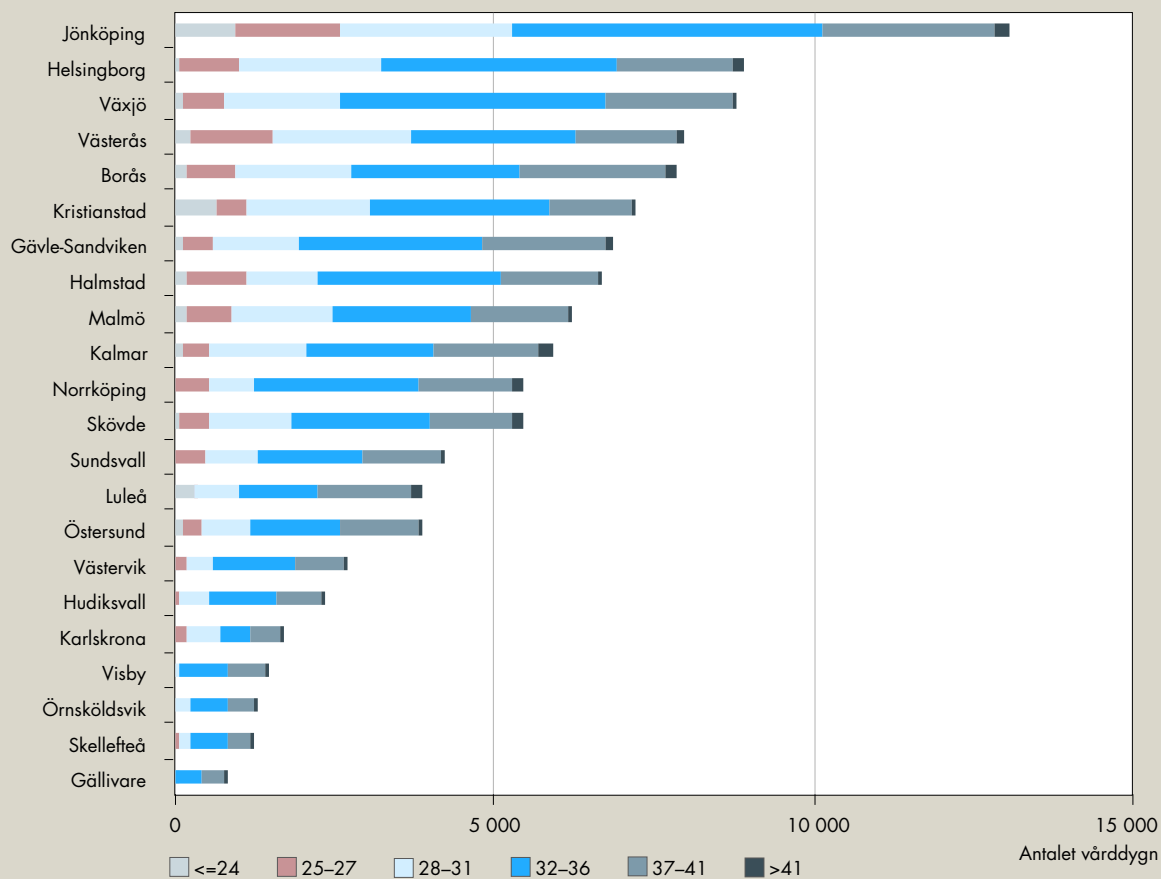
november 2010 var 125 neonatologer verksamma inom hälso- och sjukvården. Figur 6:3 visar fördelningen av specialister i de olika sjukvårdsregionerna.

### Variationer i vård och dödlighet mellan landstingen

Det finns variationer i neonatal dödlighet mellan landstingen, men antalet barn som dör är litet och därför blir den statistiska osäkerheten stor. Åren 2006–2010 var den genomsnittliga

**Figur 6:2b. Vårddygn inom neonatalvård, kliniker med färre än 300 inlagda per år**

Det totala antalet vårddygn inom neonatalvården vid olika sjukhuskliniker åren 2011–2012 fördelat på graviditetsvecka barnet fötts.



Källa: PNQn-databas.

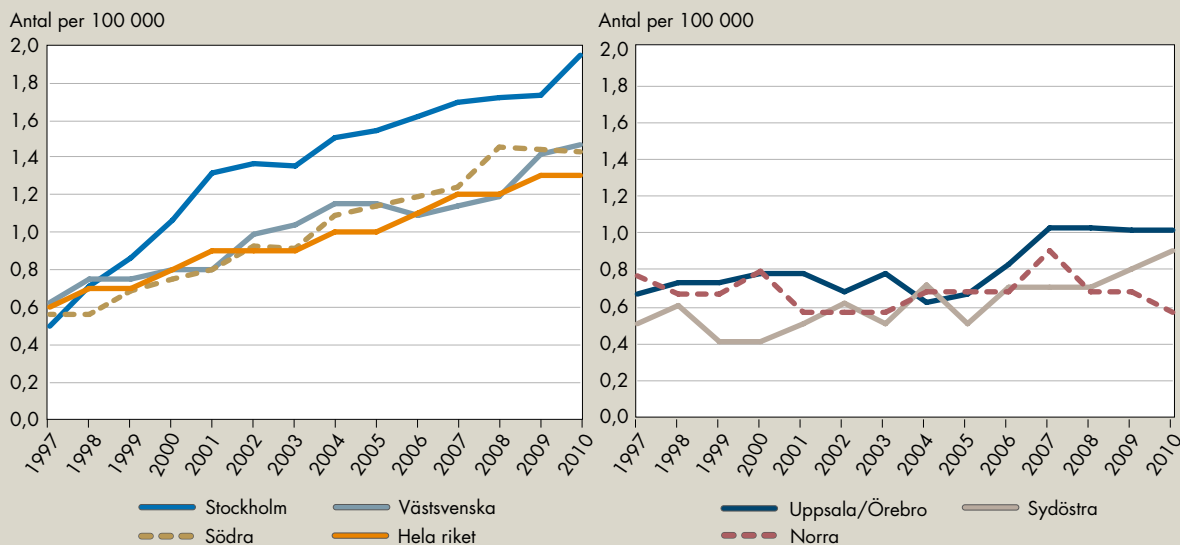
neonatala dödligheten högst i Sörmland och Kalmar och lägst i Värmland och Stockholm (tabell 6:1).

Det finns också skillnader mellan länen i hur stor andel av de nyfödda som läggs in för slutenvård under nyföddhetsperioden. Tabell 6:1 visar antalet nyfödda som sjukhusvårdats, indelade

efter moderns hemlän. Eftersom det är vanligt att sjuka nyfödda transporteras till större sjukhus för vård är det inte alltid som moderns hemort sammanfaller med den ort där barnet vårdas. Den högsta andelen vårdade finns i Jönköping, följt av Jämtland och den lägsta andelen i Kalmar och på Gotland. Skillnaderna kan

**Figur 6:3. Specialister i neonatologi**

Antal specialister i neonatologi per 100 000 invånare i olika sjukvårdsregioner åren 1997–2010.



Källa: Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen.

delvis bero på olika sätt att organisera nyföddhetsvården. På många håll bedrivs neonatal lättvård på BB-avdelningarna (till exempel ljusbehandling på grund av nyföddhetsgulshot), vilket innebär att färre barn skrivs in på neonatalavdelningarna.

### Sociala villkor påverkar dödligheten bland nyfödda

Familjens levnadsvillkor påverkar barnets hälsa redan från första början. Det handlar framförallt om den gravida kvinnans hälsovanor och livsvillkor. Därmed påverkas också behovet av neonatalvård och prognosen för det nyfödda barnet. Risken för dödföddhet och död under den första levnadsmånaden är ungefär 30 procent högre för

barn till mödrar i hushåll med låga inkomster jämfört med högre inkomster. De sociala skillnaderna är emellertid mindre i samband med förlossningen och under den första levnadsveckan när den medicinska vården är särskilt betydelsefull [6].

Under senare år har dödligheten i nyföddhetsperioden varit dubbelt så hög bland barn till mödrar med endast grundskoleutbildning jämfört med barn till mödrar med eftergymnasial utbildning (tabell 6:2). Andelen sjukhusvårdade och döda under neonatalperioden uppdelat efter moderns utbildningsnivå visas i tabell 6:2.

Depression hos modern i samband med graviditet och förlossning kan innebära svårigheter att ta hand om och knyta an till barnet. En svensk studie visade att depressionssymp-

**Tabell 6:1. Andel döda och andel slutenvårdade nyfödda**

Antal döda och antal slutenvårdade de första 28 levnadsdygna per 1000 levande födda, samt antal nyfödda som vårdats i slutenvård de första 28 levnadsdygna och antal levande födda, efter moderns hemortslän. Genomsnitt åren 2006–2010. Vård på BB-avdelning är inte inräknad.

Län	Antal döda per 1000 levande födda	Antal vårdade per 1000 levande födda *	Antal vårdade	Antal födda
Södermanland	2,70	142	398	2 810
Kalmar	2,38	54	120	2 220
Jönköping	2,36	215	809	3 772
Gotland	2,30	38	21	536
Norrbottn	2,27	124	290	2 364
Kronoberg	2,14	66	131	2 014
Blekinge	2,03	110	171	1 574
Halland	1,98	94	299	3 201
Östergötland	1,90	56	262	4 698
Västmanland	1,90	73	194	2 679
Jämtland	1,84	196	260	1 325
Gävleborg	1,82	98	263	2 694
<b>Riket</b>	<b>1,66</b>	<b>98</b>	<b>10 485</b>	<b>107 017</b>
Örebro	1,62	147	456	3 094
Skåne	1,61	109	1 572	14 445
Dalarna	1,60	97	258	2 680
Uppsala	1,57	69	269	3 895
Västra Götaland	1,55	135	2 485	18 490
Västernorrland	1,45	124	296	2 394
Västerbotten	1,43	56	155	2 779
Stockholm	1,37	56	1 491	26 689
Värmland	1,17	108	286	2 663

\*Talen är åldersstandardiserade, dvs. viktade för att skillnader mellan länen i mödrarnas ålder inte ska påverka resultaten.

Källa: Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

tom var tre gånger vanligare bland lågutbildade mödrar än bland högutbildade [6]. Barn i socioekonomiskt utsatta familjer är också mer känsliga för effekterna av för tidig födelse, och sociala förhållanden har större betydelse än graviditetslängd för barnets kognitiva utveckling i tonåren [7].

### Betydelsen av moderns födelseland

Det finns skillnader i dödlighet under neonatalperioden mellan barn till mödrar som invandrat och barn med föräldrar som är födda i Sverige. Skillnaderna är dock inte statistiskt säkerställda. I tabell 6:3 visas andelen sjukhusvårdade och döda under neonatalperioden utifrån moderns födelseland.

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

**Tabell 6:2. Antal vårdade och döda efter moderns utbildning**

Antal vårdade och döda under de första 28 levnadsdögnen efter moderns utbildning. Mödrar i åldern 27–54 år, genomsnitt för åren 2006–2010.

Moderns utbildningsnivå	Antal vårdade per 1000* levande födda	Antal döda per 1000 levande födda
Grundskola	109,8	2,6
Gymnasial	103,4	1,9
Eftergymnasial	90,4	1,3

\*Talen är åldersstandardiserade, dvs viktade för att skillnader mellan grupperna i mödrarnas ålder inte ska påverka resultaten.

Källa: Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Fler för tidigt födda överlever

Neonatalvårdens och angränsande specialiteters utveckling har lett till att patientgrupper som tidigare inte gick att hjälpa nu överlever och kan ges vård med framgång. Det gäller till exempel extremt för tidigt födda barn och barn med vissa medfödda fosterskador. För den fortsatta vården

och omsorgen innebär det dock nya utmaningar att en grupp barn nu växer upp utan att det är känt hur deras hälsa kommer att vara och vilket behov av vård och stöd de har på lång sikt. Det enskilda barnets prognos påverkas i högsta grad av det initiala omhändertagandet, som i dag inte endast är inriktat på överlevnad utan lika mycket

**Tabell 6:3. Antal vårdade och döda efter moderns födelseland**

Barn födda i Sverige efter moderns födelseland. Antal vårdade och döda under de första 28 levnadsdögnen per 1000 levande födda. Genomsnitt för åren 2006–2010.

Moderns födelseland	Antal vårdade per 1000 levande födda	Antal döda per 1000 levande födda
Mellanöstern och Nordafrika	90,3	2,4
Afrika söder om Sahara	100,5	2,1
Östeuropa	99,4	2,0
Övriga Asien	107,5	2,0
Latinamerika	85,4	1,8
Sverige	99,1	1,6
Övriga västvärlden	84,6	1,4

\*Talen är åldersstandardiserade, dvs viktade för att skillnader mellan grupperna i mödrarnas ålder inte ska påverka resultaten.

Källa: Medicinska födelseregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

på att minska risken för framtida funktionsnedsättningar hos barnen.

De flesta för tidigt födda barn och många av dem som föds med fosterskador växer upp till friska individer som klarar normal skolgång och integrering i samhället. Risken för funktionsnedsättningar verkar inte ha ökat bland de tidigt födda, trots att allt fler överlever [8]. Andelen för tidigt födda som drabbas av cerebral pares har minskat kontinuerligt sedan mitten av 1980-talet, troligen för att både förlossningsvården och neonatalvården har blivit bättre [6]. För barn som drabbats av syrebrist i samband med förlossningen har behandling med nedkylning börjat användas under senare år och det har minskat både dödligheten och antalet neurologiska skador [9].

En del av barnen får dock funktionsnedsättningar av olika svårighetsgrad. Bland de extremt för tidigt födda barnen varierar förekomsten av funktionsnedsättning i olika studier. Ungefär hälften utvecklas normalt. De vanligaste funktionsnedsättningarna är utvecklingsstörning (13–42 procent), cerebral pares (11–23 procent), starkt nedsatt syn eller blindhet (1–3 procent) och svår hörselnedsättning (0–9 procent). Dock är det endast omkring 5 procent av barnen som får så svåra skador att deras dagliga liv blir avsevärt begränsat. Samma typer av funktionsnedsättningar förekommer också hos barn som är måttligt för tidigt födda, risken minskar emellertid med ökande graviditetslängd. Även barn som föds efter fullgången graviditet i vecka 38–39 har något högre risk för koncentrations- och inlärningssvårigheter i skolan än barn som föds efter fullgångna 40 graviditetsveckor [10].

De allvarligaste funktionsnedsättningarna upptäcks vanligen under småbarnsåren, men mer subtila besvär upptäcks ofta först i skolåldern. Då har barn som är för tidigt födda en högre risk att utveckla beteendeproblem och adhd. De riskerar

också svagare kognitiv utveckling och lägre skolbetyg. De allra flesta har dock en bra skol- och livssituation.

Få extremt tidigt födda har ännu nått tonåren, men studier har visat att deras livskvalitet och självuppfattning inte skiljer sig från andra ungdomars [6]. En ny svensk studie av barn som föddes på 1970-talet och som nu nått vuxen ålder visar att över 85 procent av de extremt för tidigt födda barnen var ekonomiskt självförsörjande som unga vuxna, utan att visa tecken på någon allvarlig psykisk eller fysisk funktionsnedsättning [10].

### Risk för smittspridning

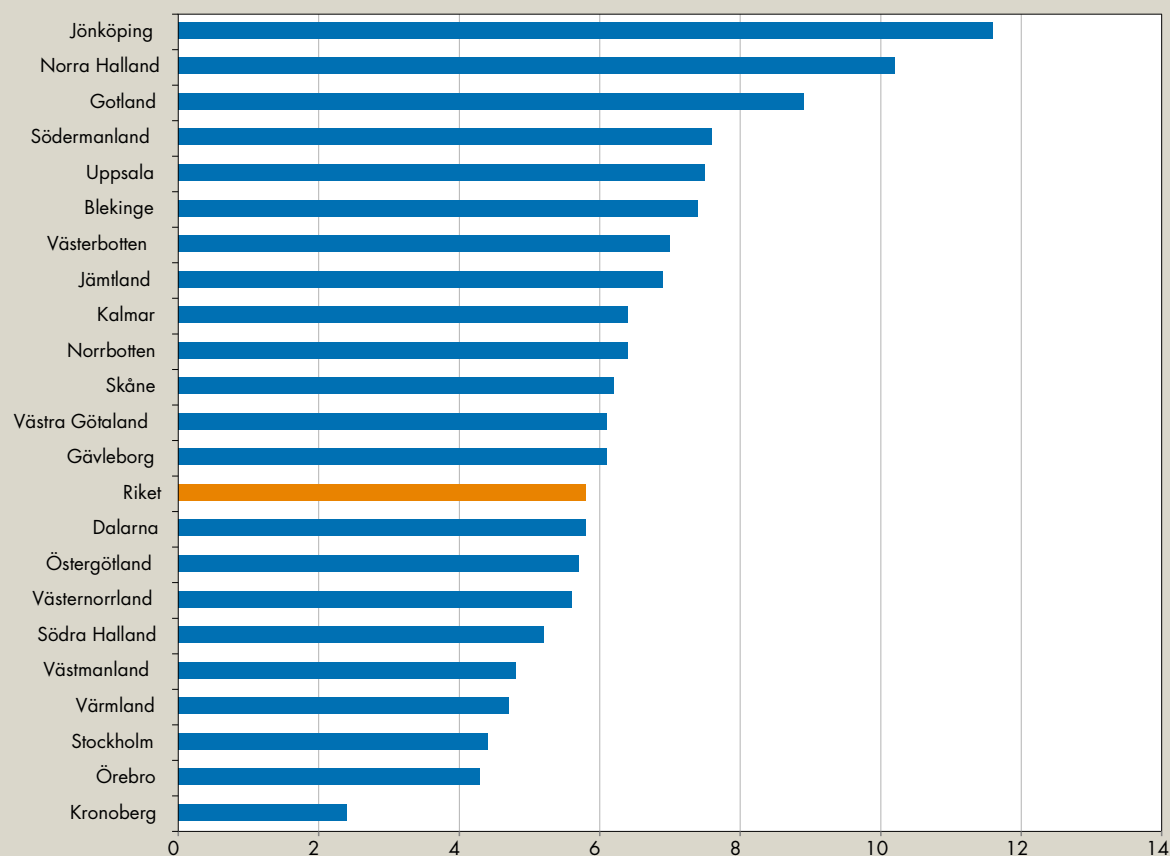
Intensivvården av de nyfödda barnen är både tekniskt komplicerad och personalintensiv, vilket innebär hög risk för smittspridning, samtidigt som särskilt de extremt för tidigt födda barnen saknar försvar mot infektioner. År 2010–2012 fick nästan 6 procent av barnen som vårdades på neonatalavdelningar en vårdrelaterad infektion, enligt uppgifter som inrapporterats till kvalitetsregistret PNQn. Skillnaden mellan olika landsting var dock stor, från 2 till nästan 12 procent (figur 6:4). Skillnaderna kan bero på flera olika faktorer, till exempel hygienrutiner. Hög beläggningsgrad och trånga lokaler ökar infektionsrisken, och enheter som tar emot patienter med särskilt komplicerade tillstånd har en högre infektionsfrekvens [11].

Inom den svenska barnsjukvården är det också framförallt neonatalavdelningar som drabbats av utbrott av multiresistenta bakterier. Socialstyrelsen kartlade neonatalvården 2010, och fann bland annat problem med lokaler som inte var anpassade till den utveckling som vården genomgått [12]. Att det ofta är ont om både personal och lokaler på neonatalavdelningarna framgår av en tillsyn som Socialstyrelsen gjorde under samma år. Överbeläggningar med åtföljande allvarliga

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

**Figur 6:4. Vårdrelaterade infektioner bland barn i neonatalvård**

Andel barn med vårdrelaterad infektion, bekräftad eller misstänkt, bland barn intagna för neonatalvård, genomsnitt för åren 2010-2012.



\* Late-onset-infektion, bekräftad eller misstänkt.

Källa: Perinatalt kvalitetsregister Neonatalogi.

infektionsproblem och transporter av instabila patienter mellan olika neonatalavdelningar har blivit allt vanligare, framför allt i storstadsområdena. På vissa håll har personalomsättningen varit hög och det har funnits brister i kompetens, vilket har bidragit till avvikelser i vården [13].

Det har också blivit vanligare att gravida kvinnor reser utomlands, vilket medför en högre risk för att de ska bära resistenta bakterier, särskilt om kvinnan varit i kontakt med sjukvård i det besökta landet. Då finns det risk för att resistenta bakterier förs över till barnet.



Rekommendationer för att förhindra spridning av resistenta bakterier inom förlossning och nyföddhetsvård finns i Socialstyrelsens kunskapsunderlag *Att förebygga vårdrelaterade infektioner* [14].

### *Tidig hemgång medför risk för återinläggning*

Ett annat riskområde i dag är trenden med mycket korta vårdtider på BB. Innan familjen åker hem genomförs en läkarundersökning och på många håll även test för syresättning för att upptäcka eventuella hjärtfel. Ändå finns risk att barn som inte är helt friska skrivs ut för tidigt. Svenska studier pekar på att risken för att läggas in igen ökar när till synes friska barn får en kort vårdtid och obefintlig uppföljning efter att de skrivits ut [15].

## Barnkardiologi

Inom barnkardiologin behandlas barn i alla åldrar, från foster till tonåringar. Hjärtsjukdomar är ovanliga bland barn, och många barn som remitteras till barnkardiologin på grund av blåsljud visar sig vara helt friska. Den övervägande majoriteten av dem som är i behov av barnkardiologisk specialistvård har ett medfött allvarligt hjärtfel. Vissa har hjärtmuskelsjukdomar som påverkar hjärtats pumpförmåga, och en del patienter har rubbningar i hjärtats rytm.

Barn med medfödda hjärtfel är en mycket heterogen grupp, med varierande behov av barnkardiologins insatser. Många hjärtfel är lindriga och alla behöver inte behandlas akut, men de flesta behöver förr eller senare någon form av behandling. De allvarligaste hjärtfelen upptäcks ofta före eller kort efter födelsen, och

det är vanligt att de behöver opereras. Mindre allvarliga hjärtfel upptäcks ofta senare, en del först i vuxen ålder. Operationer av medfödda hjärtfel är i allmänhet inte botande, utan korrigerande. Barnen behöver då fortsatt högspecialiserad uppföljning och vård under lång tid, ofta hela livet. En del behöver också upprepade operationer.

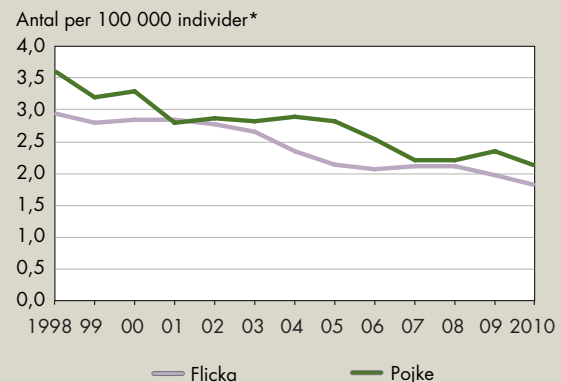
### **Dödligheten i hjärtsjukdom minskar bland barn**

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar bland barn har minskat i Sverige under de senaste decennierna (figur 6:5). De allra flesta barn som dör har någon medfödd missbildning på hjärtat, och det är vanligt att dessa barn dör kort efter födelsen.

Till Socialstyrelsens fosterskaderegister rapporteras foster och barn med medfödda hjärtfel

**Figur 6:5. Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar**

Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland flickor och pojkar 0–17 år, åren 1997–2011.



\*Glidande treårsmedelvärden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

som upptäcks före sex månaders ålder. Registret visar att 0,6 procent av alla barn som föddes 1999–2011 hade en så pass allvarlig hjärtmissbildning att den upptäcktes före eller kort efter födelsen. År 2011 uppgick antalet till 638 barn. Dessutom rapporterades 49 fall där graviditeten avbröts på grund av en hjärtmissbildning. Antalet varierar dock mellan olika år, vilket kan förklaras av skillnader i rutiner för inrapportering. Det går därför inte att dra några slutsatser om att förekomsten av medfödda hjärtfel skulle öka eller minska. Däremot har antalet graviditeter som avbryts ökat det senaste decenniet, vilket sannolikt är en följd av effektivare fosterdiagnostik. I de graviditeter som avbryts har fostren vanligen multipla fosterskador, kromosomavvikelse eller mycket allvarliga hjärtfel [16].

År 2010 hade ungefär var tionde barn eller foster med medfött hjärtfel också någon kromosomavvikelse, vanligen Downs syndrom. Sju procent hade fosterskador i flera organ men ingen kromosomavvikelse, och drygt 80 procent hade endast hjärtfel [16]. Tabell 6:4 visar den inbördes fördelningen mellan de vanligaste medfödda hjärtfelen. Något fler pojkar än flickor föds med hjärtfel.

### Kateteringrepp har blivit vanligare

År 2011 slutenvårdades 892 flickor och 1 058 pojkar (figur 6:6). De flesta som vårdas är spädbarn och många opereras redan under den första levnads månaden. Allt fler överlever det riskfyllda första spädbarnsåret och behöver uppföljning, och ibland ytterligare operationer under uppväxten. Därför är medfödda hjärtfel vanliga även bland de äldre barnen som vårdas på sjukhus.

Antalet barnkardiologiska ingrepp som registrerats i Socialstyrelsens patientregister har ökat under 2000-talet. Förutom operationer ingår här

### Tabell 6:4. Medfödda hjärtfel

De vanligaste medfödda hjärtfelen år 2011.

Typ av hjärtfel	Antal
Kammarseptumdefekt	420
Förmaksseptumdefekt	151
Öppetstående ductus arteriosus	56
Coarctatio aortae	30
Fallots tetrad	29
Atrioventrikulär septumdefekt	23
Transposition av de stora blodkärlen	22

Källa: Fosterskador och kromosomavvikelse 2010, Socialstyrelsen.

även kateteringrepp<sup>2</sup>, som har blivit allt vanligare, och också i ökande utsträckning kommit att ersätta ingrepp som tidigare gjorts genom öppen thoraxkirurgi. Hjärtkatetreringar görs också ofta i diagnostiskt syfte. Kateteringrepp genomförs på flera barnkardiologiska centra i landet.

År 2011 genomgick 919 barn något kardiologiskt ingrepp, vilket motsvarar 48 av 100 000 barn i åldersgruppen 0–17 år. Totalt registrerades 2 084 barnkardiologiska ingrepp (figur 6:7). Nästan hälften av barnen som genomgick ett ingrepp var under ett år gamla och av dem var 60 procent pojkar. I åldern 1–17 år var det ungefär lika vanligt att flickor som pojkar genomgick kardiologiska ingrepp.

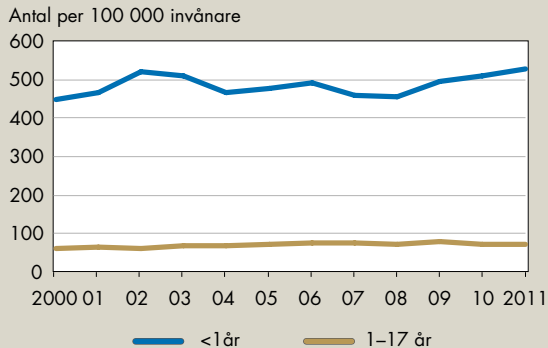
### Barnkardiologisk diagnostik och uppföljning

Det nationella kvalitetsregistret för medfödda hjärtfel, SWEDCON, visar att över hälften av barnen får sin diagnos redan under den första levnads månaden – de allra flesta redan innan de kommer

<sup>2</sup> Kateteringrepp innebär att ett hjärtfel behandlas genom en tunn slang, kateter, som förts in i kroppen via ett blodkärl i ljumskan.

### Figur 6:6. Vård för hjärt- och kärlsjukdomar

Barn som vårdats på sjukhus för hjärt- och kärlsjukdom\* åren 2000–2011.

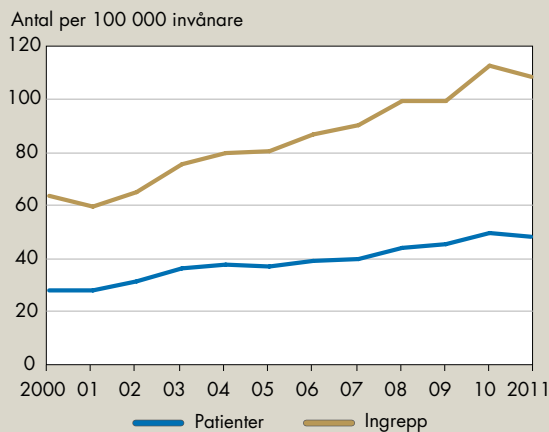


\*ICD-koder: I00-I99 (Cirkulationsorganens sjukdomar) och Q20-Q28 (Medfödda missbildningar av cirkulationsorganen).

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Figur 6:7. Kardiologiska ingrepp

Kardiologiska ingrepp på barn 0–17 år, åren 2000–2011.



\* ICD: Operationskoder kapitel F.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

hem efter förlossningen. Under 2000-talet har det blivit allt vanligare att hjärtfel diagnosticeras redan under fosterstadiet. Könsfördelningen är ganska jämn för de flesta medfödda hjärtfel, men enkammarhjärtan<sup>3</sup> och transposition av de stora blodkärlen<sup>4</sup> är vanligare bland pojkar. Av patienterna har 6,5 procent någon kromosomavvikelse, varav Downs syndrom är vanligast [17].

### Kvalitetsregistret SWEDCON

I kvalitetsregistret SWEDCON samlas sedan 2009 information om både barn och vuxna med medfödda hjärtfel. Registret har tre delar: en barnkardiologisk del, en vuxenkardiologisk del och en del för kongenital hjärtkirurgi<sup>5</sup>.

I dag registrerar 28 barnkardiologiska enheter regelbundet sin verksamhet i registrets barndel och ytterligare tre har påbörjat registrering. Hur registreringen går till varierar. En del kliniker registrerar alla patienter, även dem som remitterats för diagnostik men bedömts som hjärtfriska, medan andra kliniker endast registrerar dem med ett konstaterat medfött hjärtfel. Registrets kirurgiska del är heltäckande eftersom de två klinikerna som utför barnkardiologiska operationer, i Göteborg och i Lund, registrerar sina verksamheter.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärt- och kärlsjukvården rekommenderar att barn- eller vuxenkardiologiska experter gör en utredning vid stark misstanke om ett allvarligt medfött hjärtfel. Även hjärtsvikt vid medfödda hjärtfel bör behandlas vid en specialistenhet. Vidare rekommenderas att patienterna erbjuds psykosocialt stöd samt habilitering eller rehabilitering och individanpassad sjukgymnastik [18].

3 Enkammarhjärta är ett samlingsbegrepp för flera olika komplicerade hjärtmissbildningar som innebär att en kammare tar emot inflödet av blod från båda förmaken och sköter pumpfunktionen.

4 Transposition av de stora kärlen betyder att kropps- och lungpulsådern har bytt plats och avgår från fel kamrar.

5 Kongenital hjärtkirurgi är kirurgi för medfödd hjärtsjukdom.

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

I Sverige är drygt 30 specialister i barn- och ungdomskardiologi verksamma inom hälso- och sjukvården, och det finns ungefär lika många barnkardiologiska centum som bedriver diagnostik och behandling. Alla barnkardiologiska operationer utförs på klinikerna i Göteborg och Lund [19, 20].

### En mindre andel av barnen får regelbunden läkemedelsbehandling

Endast en mindre del av barnen som kontrolleras vid barnkardiologiska enheter behöver regelbunden farmakologisk behandling. Mindre än var tionde patient som registreras i kvalitetsregistret uppges ha fått läkemedelsbehandling. Den vanligaste orsaken till behov av läkemedelsbehandling är hjärtsvikt. Andra orsaker är behandling mot rytmrubbningar samt trombosförebyggande behandling.

**Tabell 6:5. Återbesök inom avsedd tid**

Andel (%) av återbesöken på barnkardiologiska mottagningar som sker inom avsedd\* tid.

	Göteborg	Lund	Stockholm	Övriga
Inom 1 mån	75	63	58	75
Inom 3 mån	72	67	67	75
Inom 6 mån	72	63	62	75
Inom 1 år	71	74	78	84

\*Vid varje mottagningsbesök registreras när nästa återbesök beräknas ske. Om besöket ska ske inom 1 månad anses 1 månad + en vecka vara "avsedd tid". För beräknat återbesök inom 3 månader anses 3 månader + 3 veckor vara avsedd tid, för 6 månader anses 6 månader + 6 veckor och för 1 år anses 1 år + 3 månader vara inom avsedd tid.

Källa: SWEDCON, årsrapport 2011.

Omkring 30 000 läkarbesök registreras årligen i SWEDCON. Vid varje besök bedöms den optimala tiden för när nästa återbesök bör ske, men återbesök inom denna tid kan erbjudas i endast 60–80 procent av fallen. Det finns alltså utrymme för förbättringar. Tabell 6:5 visar hur stor del av besöken som sker inom avsedd tid för olika orter i landet [17].

### Habilitering och rehabilitering

Det råder konsensus om att ett strukturerat psykosocialt stöd till patienten och hans eller hennes familj är värdefullt både vid diagnostik och vid behandling av ett medfött hjärtfel, även om det inte har studerats vetenskapligt. De allvarligaste och ofta livshotande hjärtfelen upptäcks tidigt efter födelsen. Det psykosociala stödet behöver därför sättas in tidigt. En stor del av barnen med medfött hjärtfel behöver fortlöpande psykosocialt stöd under flera år.

Anpassad fysisk träning för barn med medfödda hjärtfel ökar den fysiska prestationsförmågan, och livskvaliteten förbättras. Många har också ett kontinuerligt habiliteringsbehov efter kirurgi för medfött hjärtfel under barnaåren [20].

Det är oklart i vilken mån patienterna med medfödda hjärtfel kan erbjudas habilitering eller annat stöd. I SWEDCON finns det bara uppgifter registrerade för en mindre andel av patienterna, och bland dem var det endast var tionde som fick stöd av psykolog, sjukgymnast, dietist eller arbetsterapeut. Det verkliga stödbehovet kan vara större eftersom lokala resurser spelar in [17].

### Centralisering av operationer har ökat överlevnaden

Två tredjedelar av alla öppna thoraxkirurgiska operationer för medfödda hjärtfel sker under det

första levnadsåret och en fjärdedel redan under den första månaden. Mer än en tredjedel av operationerna är akuta, vilket gör den kirurgiska verksamheten svår att planera. Barnen är ofta livshotande sjuka, och operationerna är livräddande men riskfyllda.

I Sverige centraliserades barnhjärtkirurgin till två centrum, i Göteborg och Lund, i mitten av 1990-talet. Åren efter centraliseringen minskade dödligheten inom trettio dagar efter operation från 9,5 till 1,9 procent [21]. Under senare år har dödligheten inom 30 dagar efter operation varit 1,1 procent bland de barn som registrerats i kvalitetsregistret SWEDCON, och inom det första året 2,6 procent.

Barnhjärtkliniker med större volymer av operationer har generellt bättre resultat. Det visar en genomgång av internationella studier som gjorts av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Trots att Lund och i synnerhet Göteborg har relativt små volymer så är resultaten mycket goda vid internationella jämförelser [22].

För en del av barnen registreras väntetiderna till operation i SWEDCON. I samband med en hjärtkonferens<sup>6</sup> anger specialistteamet en lämplig tid för operation och väntetiden räknas från detta datum. I genomsnitt opereras patienterna 68 dagar senare än den tidpunkt som bedömts lämplig. Nästan 30 procent (191 barn) fick vänta längre än 90 dagar på operation. Väntetiden beror dock inte alltid på att klinikerna inte kunnat erbjuda operation vid rätt tidpunkt, utan fördröjningar kan också bero på exempelvis en akut infektionssjukdom hos barnet eller att familjen önskat skjuta upp operationen [17].

<sup>6</sup> Vid en hjärtkonferens träffas specialistteam för att diskutera patientfall.

### De flesta barn med hjärtsjukdom klarar vanlig skola

Barnkardiologins resultat är mycket goda. Det främsta tecknet på det är att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdom har minskat kraftigt bland barn och att allt fler barn med svåra medfödda hjärtfel överlever till vuxen ålder.

Kvalitetsregistret SWEDCON visar att de flesta av barnen med medfödda hjärtfel mår bra i sin vardag. För över 12 000 barn har funktionstillstånd registrerats och bland dem är det 94 procent som orkar lika mycket som friska jämnåriga. Endast en procent hade markant nedsättning av förmågan till fysisk aktivitet på grund av hjärtsjukdomen. Över 80 procent av barnen med hjärtfel går i vanlig förskola eller skola. Bland dem som behöver anpassad undervisning finns många barn med multipla funktionsnedsättningar till följd av kromosomrubbingar [17].

### Nya överlevare – en utmaning för vården

Antalet vuxna med medfött hjärtfel (GUCH = Grown-Up Congenital Heart disease) ökar kontinuerligt som en följd av de mycket goda behandlingsresultaten inom barnkardiologi och barnhjärtkirurgi. I Sverige uppskattas antalet vuxna med medfödd hjärtsjukdom till 25 000–30 000, och de vuxna är redan fler än antalet barn med motsvarande problem.

Det faktum att barn med komplicerade hjärtfel numera når vuxen ålder har inneburit nya utmaningar för vuxenkardiologin, eftersom erfarenheterna av hur många av de medfödda hjärtfelen ter sig i vuxen ålder är begränsade. Specialistvården för vuxna med medfödda hjärtsjukdomar är centraliserad till sju kliniker vid landets universitetssjukhus, så kallade GUCH-centrum. En strukturerad överföring av pa-

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

tienter sker från barnkardiologin för patienter med komplicerade hjärtsjukdomar. Majoriteten av de vuxna med medfödda hjärtfel lever ett självständigt liv och kan skaffa sig utbildning och delta i arbetslivet.

### Barncancer

Varje år registreras cirka 320 tumörer hos barn och ungdomar upp till 18 år, vilket motsvarar knappt 17 fall per 100 000 barn och unga på ett år. Cancer hos barn är ganska jämt fördelad mellan könen, men är något vanligare bland pojkar än bland flickor. Omkring 35 procent utgörs av leukemi och lymfom<sup>7</sup>, omkring 25 procent är hjärntumörer och resterande 40 procent utgörs av andra tumörformer (figur 6:8). Förekomsten av olika tumörgrupper varierar mellan åldersgrupper. Leukemi utgör till exempel en större andel av tumörerna i åldersgruppen 0–4 år än bland de äldre barnen.

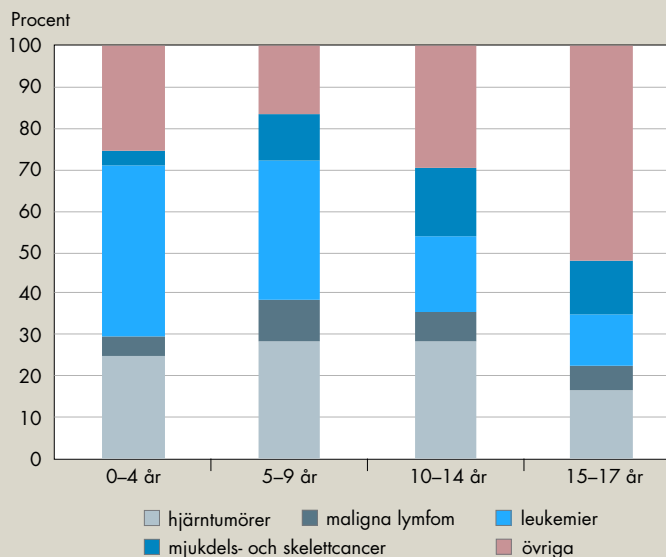
Cancersjukdom hos barn skiljer sig i vissa avseenden från cancer hos vuxna: tumörerna är till exempel ofta mer snabbväxande och aggressiva. Å andra sidan svarar cancer hos barn ofta väl på behandling, och de som får cancer i dag har större chans att överleva än någonsin tidigare. Den relativa femårsöverlevnaden<sup>8</sup> är 82 och 84 procent

7 Lymfom är ett samlingsnamn för en rad mycket olika tumörsjukdomar som utgår från de celler som utgör lymfsystemet.

8 Den relativa femårsöverlevnaden avser andel patienter som är i livet fem år efter sin cancerdiagnos.

**Figur 6:8. Förekomst av olika cancerformer bland barn och unga**

Procentuell fördelning av cancerformer bland barn i olika åldersgrupper, år 2010.\*



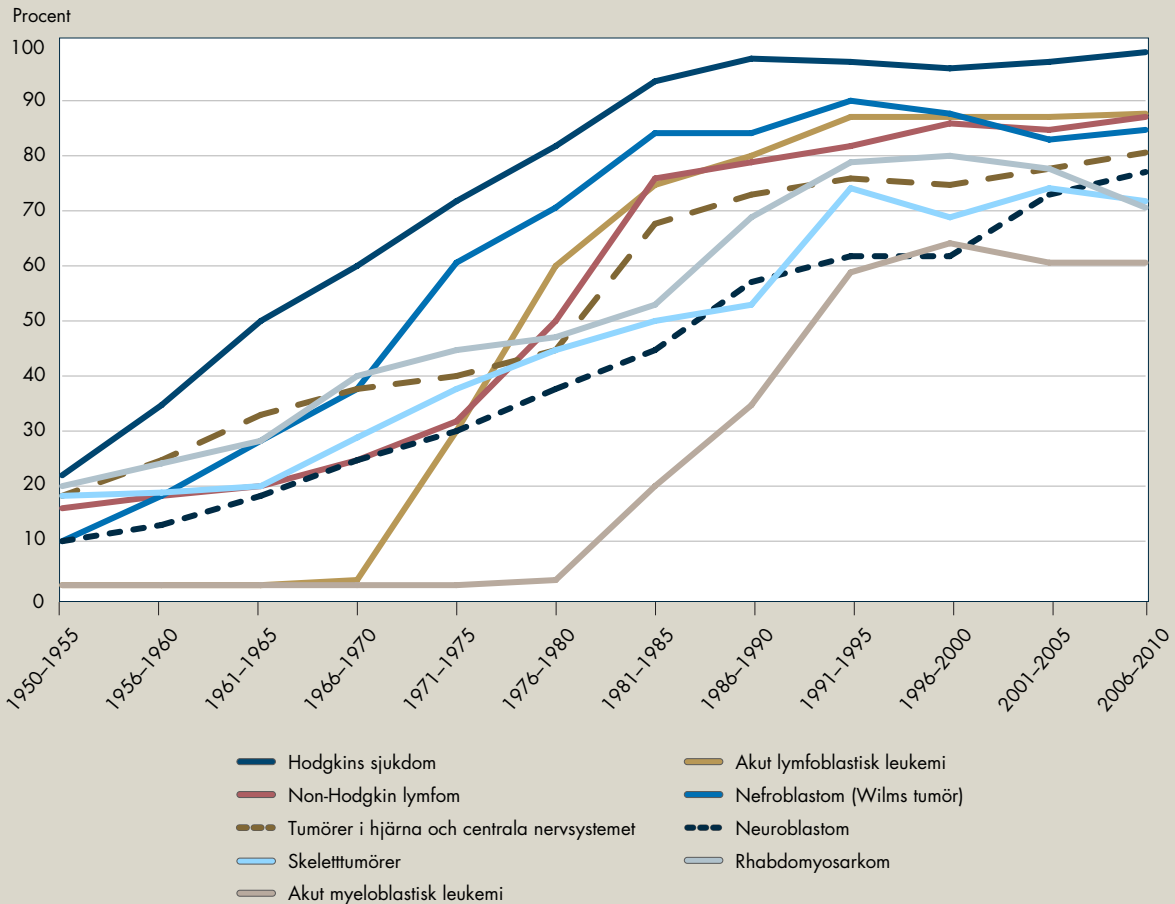
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

för pojkar respektive flickor. Överlevnaden ökade kraftigt under framförallt 1970- och 1980-talet, men under de senaste decennierna har överlevnaden planat ut för de flesta diagnoserna (figur 6:9) [23].

I takt med att överlevnaden har ökat, så har även antalet barncanceröverlevare ökat. I dag lever cirka 11 000 personer i Sverige som har eller har haft cancer och som fick sin diagnos under barn- och ungdomsåren. I den siffran inkluderas både personer som nu är vuxna och utan behandling och yngre personer som är relativt nydiagnostiserade och är under pågående behandling.

**Figur 6:9. Barncancer, överlevnad**

Utveckling av femårsöverlevnad över tid för de vanligaste barncancerformerna.



Källa: Barncancerregistret.

### Vården bedrivs vid barnonkologiska centrum

Inom barnonkologisk vård förekommer i princip inga väntetider när misstanken om en elakartad sjukdom väl är väckt. När ett barn misstänks ha utvecklat en cancer sätts nödvändiga åtgärder in

utan dröjsmål, för att ställa en korrekt diagnos och ge rätt behandling för detta.

Det finns sex barnonkologiska<sup>9</sup> centrum i Sverige som organiserar cancervården av barn och

<sup>9</sup> Onkologi betyder läran om tumörsjukdomar.

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

---

ungdomar upp till 18 år. Dessa finns i Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå och Uppsala. Här ställer barnonkologer diagnosen, en behandlingsplan utarbetas och barnet får antingen behandlingen på det barnonkologiska centret eller på ett sjukhus närmare hemmet. Valet av behandlingsort beror på vilken typ av cancer det handlar om – vissa cancerformer behandlas alltid på det barnonkologiska centrumet – men också på regionala förutsättningar som tillgång på kompetent personal på länssjukhus och avstånd från barnets hemort.

Verksamheten på barnonkologiska centrum handlar om det rent medicinska. Men verksamheten ger också stöd till barnet och dess familj i samband med att diagnosen ställs, samt under och efter behandlingen [24]. Vid varje centrum finns två konsultsjuksköterskor som får lön från Barncancerfonden och Märta Philipsons stiftelse och som är specialiserade inom barnonkologi. De fungerar som stöd för barnet och familjen vid diagnos, under behandlingen och även efter att behandlingen är avslutad. Konsultsjuksköterskorna fungerar som familjernas representanter gentemot skolan och den övriga sjukvården och har god kunskap om hur det är att vara en drabbad familj. På barnonkologiska centrum involveras många yrkesgrupper i verksamheten. Det handlar om behandlande sjukvårdspersonal som läkare, sjuksköterskor och barnsköterskor eller undersköterskor. Det kan också vara andra yrkesgrupper, som lekterapeut, dietist, sekreterare, kurator, psykolog, lärare, sjukgymnast, präst och diakon.

En viktig anledning till att behandlingsresultaten för cancer hos barn och ungdomar blivit bättre är det multidisciplinära samarbetet där olika specialiteter samlas kring patienten. Till exempel är barnkirurgi, intensivvårds- och operationsavdelningar, ortoped- och thoraxkirurgi, neurokirurgi,

patologi, blodcentraler samt olika speciallaboratorier delaktiga i både diagnostik av sjukdomen och olika aspekter i behandlingen.

Så länge barnet är under 18 år omfattas han eller hon av den barnonkologiska sjukvården. Det innebär att barnet får uppföljning av tumörsjukdomen under ett antal år. Dessutom följer sjukvården upp andra möjliga, ibland sent uppträdande, komplikationer som försämrad tillväxt, försenad pubertet med mera. Sjukvårdens organisation sätter dock en gräns när barnet fyller 18. Sena komplikationer, som drabbar 60–70 procent av barncanceröverlevarna, visar sig kanske inte förrän långt senare, när barnet når 20–30 års ålder eller ännu senare.

### Fler alternativ för palliativ vård och hemsjukvård behövs

Palliativ vård av barn har likheter med palliativ vård för vuxna. Det finns emellertid flera särdrag som karakteriserar den palliativa vården av barn. Ett sådant är kommunikation, eftersom barn inte alltid ger uttryck för sina behov på samma sätt som vuxna. Vårdpersonalen bör alltså ha särskild kunskap på detta område. Den unga patientens tillstånd och status kan även uppfattas och tolkas på olika sätt av patienten själv jämfört med den vuxna omgivningen. Ett barns död har dessutom ofta stor inverkan på många människor inklusive andra barn (syskon, klasskamrater med flera) vars behov då också bör tillgodoses [25].

Det finns ett barnhospice i Sverige, som startade 2010. Det drivs av Ersta Diakoni i Stockholm och är Nordens första i sitt slag. Hospicet tar emot barn och deras familjer från hela landet och har plats för fem barn samtidigt. På barnhospice erbjuds både medicinsk kompetens i form av specialistläkare och sjuksköterskor och komplementär behandling, till exempel vårdhund samt bild- och



musikpedagog. Vissa kommer dit för vård i livets slutskede medan andra kommer för avlastningsvård för att sedan återvända hem [26]. Av bland annat geografiska skäl behövs dock fler alternativ för hemsjukvård och palliativ vård av barn och unga.

### **Samarbeten pågår för att göra cancervården mer enhetlig**

Behandlingen är olika beroende på vilken typ av cancer barnet har. Det handlar oftast om kirurgi, cellhämmande medel (cytostatika) och strålbehandling. Dessa kan ges enskilt eller i kombination. Benmärgstransplantation och annan transplantation av blodstamceller används nuförtiden också för att behandla barn med vissa cancerdiagnoser. I framtiden kan det bli möjligt att använda målinriktad behandling med små molekyler, till exempel monoklonala antikroppar<sup>10</sup> eller användning av olika immunologiska behandlingsmekanismer.

Behandling av barn med cancer innebär många utmaningar. Det gäller akuta biverkningar och inte minst de långsiktiga konsekvenserna, så kallade sena effekter. Till de akuta biverkningarna av till exempel en cytostatikabehandling räknar man symtom som illamående, diarré och hårfall. Men det kan också handla om att koncentrationen av vita blodkroppar i blodet minskar, vilket gör barnet extra infektionskänsligt.

Med tanke på de möjliga långsiktiga negativa effekterna efter behandlingen – till exempel tillväxtproblem, hjärtproblem eller svårighet att få egna barn i framtiden – är det viktigt att undvika onödiga behandlingar, det vill säga att varken behandla för mycket eller för lite. I Norden pågår ett

samarbete inom gruppen Nordic Society of Paediatric Haematology and Oncology (NOPHO). Det är en organisation för kunskapsutbyte och utveckling av enhetlig vård som har funnits sedan 1982.

Det finns även nationella samarbetsgrupper som tar fram vårdprogram för olika diagnoser och därmed erbjuder enhetlig behandling över hela Sverige. De nationella vårdplaneringsgrupperna är undergrupper till Svenska barnläkarföreningen, som har en särskild sektion för barncancer och innefattar områdena barnleukemi (SBLG), solida tumörer<sup>11</sup> (VSTB), CNS-tumörer (VCTB), hematologiska sjukdomar (VPH), radioterapi (SVBRG) och långtidsuppföljning efter barncancer (SALUB) [42]. Internationellt finns sedan slutet av 1960-talet The International Society of Paediatric Oncology (SIOP) med fokus på barncancer på en global nivå. Globalt sett får 80 procent av de barn som får cancer i princip inte någon behandling alls.

Forskning och utveckling på området försvåras av att barncancer är en ovanlig diagnos. Med anledning av detta togs för några år sedan ett nordiskt initiativ för några år sedan till ett gemensamt forskningsprojekt – Adult Life after Childhood Cancer in Scandinavia (ALiCCS). Projektet ska använda sig av data för barn med cancer under perioden 1943–2008, vilket innefattar cirka 55 000 individer. Syftet är att öka kunskapen om långtidseffekter av cancer i barndomen inom områdena hjärt- och lungsjukdomar, hormonella störningar inklusive reproduktionsaspekter och störningar på njurarnas och mag-/tarm-kanalens funktion och att utifrån detta kunna bidra med kunskapsunderlag för både behandling och preventiva åtgärder [27].

<sup>10</sup> Monoklonala antikroppar är antikroppar som är identiska på grund av att de kommer från samma B-cell.

<sup>11</sup> Solida tumörer innehåller inga cystor eller vätska, och de kan förekomma nästan överallt i kroppen förutom i blodet och i lymfom.

Att så många fler barn numera överlever cancer innebär att det finns en växande grupp i befolkningen som kan betecknas som långtidsöverlevare av barncancer. Den Svenska Arbetsgruppen för LångtidsUppföljning efter Barncancer (SALUB) har sammanställt rekommendationer för olika uppföljningar beroende på vilken behandling patienten har fått. Rekommendationerna ska fungera som ett stöd för ansvariga läkare efter det att barnet har lämnat den barnonkologiska vården om han eller hon inte har tillgång till uppföljning via de seneffekt-mottagningar som nämns tidigare i texten. Detta fyller två syften: att förhindra att viktiga undersökningar missas och att inte utsätta patienten för onödiga undersökningar [28].

En stor utmaning på sikt är en mer individuellt anpassad och målinriktad behandling. För att nå dit behövs mer kunskaper om genetiska variationer för att kunna bota fler patienter och även minska sena komplikationer. Grundforskningen och den kliniska verkligheten behöver mötas för att få genomslag i behandling och utfall.

### **Fler överlevare ställer högre krav på vård vid sena effekter**

Biverkningar av cancer och dess behandling skiljer sig beroende på typ av behandling. Det kan till exempel handla om tillväxtproblem, hjärtpåverkan eller svårigheter att få egna barn. De allvarligaste konsekvenserna ses hos barn med hjärntumörer, där det kan handla om både fysiska och kognitiva svårigheter, till exempel koncentrationssvårigheter [29]. I takt med att antalet barn med cancer som lever till vuxen ålder ökar så ställs allt större krav på sjukvården att ta hand om de sena effekter som uppkommit till följd av cancer eller den behandling de har gått

igenom. Forskning har visat att före detta barn-cancerpatienter söker och behöver vård i betydligt högre utsträckning än andra i vuxen ålder [30].

Det finns dock stora skillnader i hur lands-tingen organiserar överföringen av patienterna från barnsjukvård till vuxenvård. I Lund startade redan 1987 Sveriges första mottagning för sena effekter efter barncancer. Där får patienterna möta både en barnonkolog och en läkare från vuxenonkologen. Mottagningen har ingen behandlande funktion utan fungerar som en sluss som lotsar patienten vidare till rätt specialist. Under hösten 2012 startade en liknande verksamhet i Göteborg. Stor vikt läggs vid att informera de nu vuxna personerna om möjliga biverkningar så att de ska kunna anpassa sin livsstil och bli uppmärksamma på eventuella sena effekter så att de kan få hjälp. Genom en noggrann utredning från specialister på området kan patienten slussas rätt från början. Det innebär att både det enskilda lidandet och kostnaden för sjukvården minskar. Läkarna på en så kallad seneffekt-mottagning har god kännedom om förväntade effekter efter olika typer av behandlingar som patienten genomgått och har därmed en god beredskap att möta patientens svårigheter. Patienten erbjuds uppföljning med olika tidsintervall beroende på vilken typ av cancer han eller hon har haft och vilken behandling han eller hon har gått igenom. Det finns flera förslag till möjliga strategier för att följa upp dessa patienter i vuxen ålder och inom varje region bör det finnas en plan för hur detta ska organiseras så att den unga vuxna patienten inte faller mellan stolarna [31, 32].

### **Fler barnonkologer behövs**

Det finns i dag 49 läkare med specialistkompetens inom barnonkologi i Sverige, varav 42 är

sysselsatta inom hälso- och sjukvård. Av dessa 42 är 31 personer över 50 år och 10 personer är över 60 år. Det innebär att barnonkologin står inför ett stort kompetensbortfall på grund av pensionsavgångar under de närmaste 15 åren. Under 2010 och 2011 har inga nya specialistbevis utfärdats, och det finns inga uppgifter på om det finns läkare som gör ST-tjänst som barnonkologer.

Barnonkologi är en så kallad grenspecialitet inom barnsjukvård. I praktiken innebär det att det krävs minst 17 års utbildning för att uppnå specialistkompetens på området. Det ekonomiska ansvaret för utbildningstjänster för sjukvårdspersonal vilar på landstingen. Regionalt specialiserad sjukvård som barnonkologi blir därmed en fråga för flera landsting. Tillgången på barnonkologer är dock likvärdig över landets sex barnonkologiska centrum [33, 34].

Utöver de specialistutbildade läkarna på de sex centrumen ordnas en utbildning inom barnonkologi för barnläkare vid länssjukhusen för att delar av behandlingen om möjligt kan genomföras nära barnets hem (så kallad shared care). Rekrytering till denna utbildning sker av läkare från hela landet, men det är respektive verksamhetschef som beslutar om en läkare ska delta. Utbildningen omfattar alla grupper av tumörer som drabbar barn (leukemi, solida tumörer och CNS-tumörer) samt långtidsuppföljning av barncancer och stödjande behandling.

Det finns även en vidareutbildning för sjuksköterskor med fokus på barnonkologi och barnonkologisk omvårdnad. Utbildningen omfattar både praktiska och teoretiska moment. Sedan tidigt 2000-tal har cirka 25 läkare och över 60 sjuksköterskor genomgått dessa utbildningar. Hösten 2012 startade ytterligare en utbildningsomgång för sjuksköterskor [35, 36].

### **Både medicinska och psykosociala effekter behöver följas upp**

Forskningen kring behandlingsformer pågår kontinuerligt och därmed behövs givetvis uppföljning av kort- och långsiktiga medicinska effekter. Det behövs också kartläggning av oönskade effekter, till exempel psykosociala, för att bistå med kunskap inför behandlingsval och utformning av stödprogram. En svensk studie har redovisat att gruppen överlevare efter en tumör i centrala nervsystemet i barndomen har lägre utbildning och inkomst och är arbetslösa i större utsträckning än befolkningen i övrigt [37]. I en fördjupad studie som Socialstyrelsen gjort av unga vuxna som under barndomen drabbats av kronisk sjukdom eller ryggmärgsskada framgår att ungdomar som haft leukemi löper en förhöjd risk att få låga betyg i grundskolan [38]. Trots det skaffar de flesta en gymnasieutbildning och i ung vuxen ålder har gruppen bara en något svagare förankring på arbetsmarknaden, jämfört med jämnåriga i övriga befolkningen. Gruppen får dock barn i lägre omfattning än andra jämnåriga, och de har något högre risk att använda psykofarmaka eller vårdas för psykiatriska diagnoser mellan 20 och 35 års ålder.

I Sverige finns det i dag mer än 3 000 barn och ungdomar i skolåldern (0–19 år) som har eller har haft någon typ av cancer, varav cirka 650 med en tumör i hjärna eller övriga centrala nervsystemet [39].

Barn med särskilda behov medför ökade krav på skolorna i form av individanpassad skolgång och åtgärdsprogram för att barnet ska kunna få en fullgod utbildning. Skolinspektionen har påvisat att många skolor inte lever upp till det. Det är viktigt att ge barn med cancer en god möjlighet att fullgöra sin skolutbildning och få jobb och möjlighet till egen försörjning i framtiden. Kompetensen hos de tidigare nämnda konsultsjuksköterskorna samt råd och stöd från Specialpedago-

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

giska skolmyndigheten till både skolpersonal och föräldrar bör tas tillvara för att minska denna konsekvens av cancersjukdomen [40].

Även inom andra delar av samhället finns ett ökat behov av kunskap om den växande andelen av befolkningen som har haft cancer som barn eller ungdom. Det gäller till exempel Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, universitet och högskolor. Där kan personen få problem om personalen inte klart vet eller förstår vem denne är eller vad hon har varit med om och vilka konsekvenser det har fört med sig.

### Diabetesvård

Incidensen av barndiabetes typ 1 är hög i Sverige, näst högst i världen efter Finland. Under 2000-talet har antalet nyinsjuknade barn per år i stort sett varit konstant. Insjuknandet tenderar dock att ske i allt yngre åldrar utan att det totala antalet som får typ-1-diabetes ökar. År 2011 fanns det cirka 6 900 barn under 18 år med diabetes i Sverige. Varje år insjuknar cirka 800 barn i diabetes och 2011 var 86 procent av dem under 15 år [41-43].

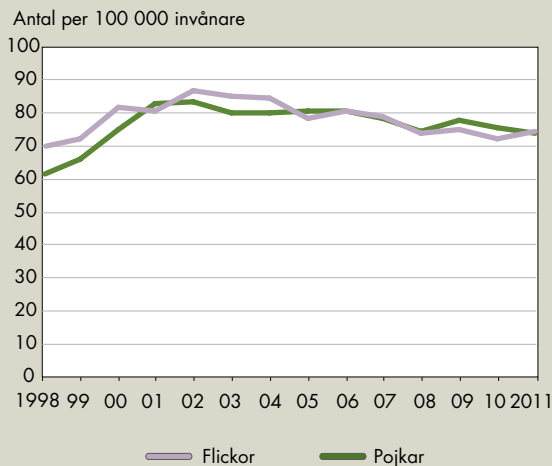
De flesta barn med diabetes, 97 procent, har typ 1-diabetes, knappt 1 procent har typ 2-diabetes och övriga har andra typer eller okänd typ av diabetes [44-45]. Typ 1-diabetes kräver behandling med insulin, som ges antingen med flera injektioner per dag eller med insulinpump.

### Vården bedrivs på barnkliniker

Antalet barn som vårdades på sjukhus för diabetes ökade något i slutet av 1990-talet för att sedan minska något under 2000-talet (figur 6:10). När sjukdomen debuterar vårdas barnet vanligen på sjukhus. Minskningen kan möjligen bero på att man i högre grad försöker vårda barnet hemma

**Figur 6:10. Diagnoser i slutenvård**

Antal patienter per 100 000 invånare 0–19 år med insulinberoende diabetes i slutenvård.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

i stället för på sjukhus. Den kan även bero på att vårdtiden vid debuten har blivit kortare.

En tänkbar förklaring till den minskade sjukhusvården kan vara att inläggningar till följd av ketoacidosis<sup>12</sup> minskar. Numera finns det blodketonstickor, som gör att barnen i högre utsträckning kan undvika att utveckla en ketoacidosis.

Barndiabetesvård bedrivs av speciella barn-diabetesteam vid samtliga barnkliniker, samt vid några få öppenvårdsmottagningar som har diabetesteam. Det finns totalt 43 mottagningar i landet och patientunderlaget varierar från 30 till 630 patienter. Totalt vårdas nästan 6 900 barn vid dessa mottagningar. Övergången till vux-

<sup>12</sup> Ketoacidosis innebär att blodets surhetsgrad ökar (pH-värdet i blodet minskar) som en följd av att antalet ketonkroppar (metaboliter vid fettförbränning) ökar kraftigt under kort tid. En kraftig försurning av blodet kan vara livshotande. Det inträffar bland annat vid bristfällig insulintillförsel.

ensjukvården sker vanligen vid 18–20 års ålder [44].

Diabetesbehandlingen bygger på egenvård som utförs av barn, ungdomar och deras föräldrar. Ungdomar med diabetes kan ibland uppleva denna egenvård som krävande. En viktig uppgift för diabetesteamen är att hitta metoder för att stödja och samarbeta med ungdomar med diabetes och deras familjer.

Förskolan och skolan har ett ansvar för att elever med diabetes får hjälp med sin egenvård, till exempel att ta sin medicin, när barnet vistas i skolan.

Socialstyrelsen tog fram riktlinjer för diabetes-sjukvården 1999, och de delar som gäller vuxna med diabetes uppdaterades 2010 [46]. Vägledningen om kost vid diabetes från 2011 gäller endast vuxna [47]. För närvarande finns det inte några nationella riktlinjer för barndiabetesvård. Sedan 1982 finns dock ett svenskt nationellt vårdprogram för barn- och ungdomsdiabetes. Vårdprogrammet har reviderats löpande, och den senaste utgåvan kom 2008 [48].

### **Goda resultat, men följsamheten till vårdprogrammet kan förbättras**

Via det nationella kvalitetsregistret för barn och ungdomar med diabetes (Swediabkids) kan vården beskrivas ur olika kvalitetsaspekter. Registret innehåller uppgifter om alla barn och ungdomar med diabetes. Sedan 2000 registreras uppgifter på individnivå från varje besök. Registret kartlägger vilka resultat som uppnås inom barndiabetesvården och belyser följsamheten till vårdprogrammet.

Under den tid som barnen får vård via barndiabetesmottagningarna får de bara i enstaka fall sådana kroniska komplikationer som ger symptom eller sjukdom orsakade av diabetes.

Därför kan inte barndiabetesvården utvärdera sin verksamhet efter förekomsten av följsjukdomar eller komplikationer. I stället utvärderas verksamheten utifrån mått som visar hur många patienter som genomgår de åtgärder som förväntas enligt det nationella vårdprogrammet, åtgärder som syftar till att minska risken för komplikationer.

### **Medelblodsockervärdet varierar mellan åldersgrupper**

En av de viktigaste indikatorerna är medelblodsocker (HbA1c). Personer med högt HbA1c löper betydligt högre risk för komplikationer. Figur 6:11 visar att medel-HbA1c har minskat de senaste åren, en utveckling i positiv riktning.

Målnivån för medelblodsockervärde varierar. I vårdprogrammet för barndiabetes anges målet till 52–57 mmol/mol. Svensk Diabetologisk förening (SDF) anger i sin tur HbA1c-målet för vuxna < 52 mmol/mol som önskvärt och > 63 mmol/mol som otillfredsställande.

Allt fler barndiabetesmottagningar i Sverige anger nu samma HbA1c-mål för barn som för vuxna diabetespatienter, < 52 mmol/mol, för att förbättra framtidsprognosen.

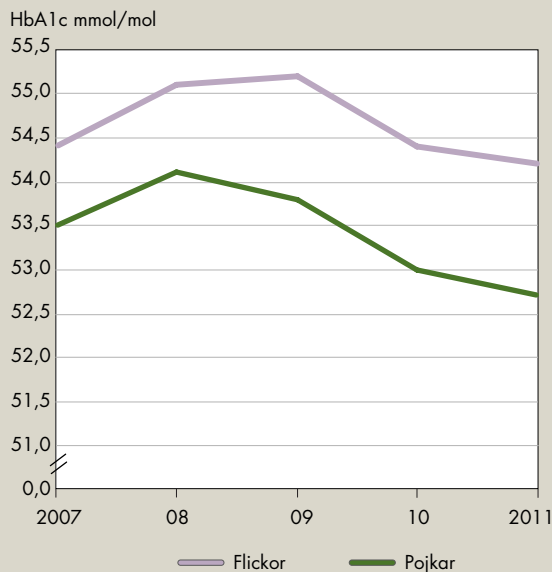
Medelblodsockret skiljer sig mellan åldersgrupper: andelen barn och ungdomar med ett HbA1c < 57 mmol/ml var

- 56 procent för barn 0–6 år
- 34 procent för barn 7–11 år
- 24 procent för barn och unga 12–17 år.

Ovanstående andelar skiljer sig också tydligt mellan mottagningarna, och variationen är mellan 18 och 70 procent i hela gruppen 0–17 år. Det finns också skillnader mellan olika klinikers sätt att behandla och följa upp antalet insulindoser per

### Figur 6:11. Medelvärde för blodsocker

Medelvärde för blodsocker (HbA1c mmol/mol) för patienter med diabetes i ålder 0–17 år (patienter med insulinidos >0,5 E/kg).



Källa: Swediabkids, NDR. Årsrapport 2011.

dag, frekvens insulinpumpar samt besöksfrekvens. Inget av detta korrelerar på klinisknivå med HbA1c.

Alltfler barn och unga med diabetes har en insulinpump. Andelen har ökat under hela 2000-talet, och 2011 hade 42 procent av barnen insulinpump. Det finns dock inget samband mellan klinikernas medel-HbA1c och andelen barn med pump. Patienter med insulinpump har ett något högre medel-HbA1c, dock finns det studier som har visat att användning av insulinpump leder till färre allvarliga hypoglykemier [49].

Följsamheten till vårdprogrammet för barndiabetes har varit låg när det gäller blodtryck, retino-

patiscreeing (ögonbottenundersökning) och nefropatiscreeing, men har förbättrats de senaste åren. Uppgiftslämnandet om rökning, ketoacidosis, svår hypoglykemi har också klart förbättrats [44].

Andelen barn som får ögonbotten undersökt har ökat sedan 2005, men är fortfarande något lägre än vad som rekommenderas i vårdprogrammet. Frekvensen ögonbottenundersökningar har ökat över tid fram till 2008–2009 men sedan minskat något. Under perioden 2010–2011 var det 33 procent som hade genomgått en sådan undersökning. För att följa vårdprogrammets rekommendationer behöver denna nivå ligga på 50 procent [44].

Barn med hög fysisk aktivitet har lägre HbA1c, medan rökare har högre HbA1c. Uppgift om rökning fanns för ungefär 70 procent av ungdomarna över 13 år. Cirka 5 procent av dem röker [44].

### Diabetesvården tycks fungera bra

Diabetesvården för barn är överlag välfungerande. Dock kan följsamheten till vårdprogrammet förbättras ytterligare.

Diabetesvården utvecklas hela tiden, bland annat genom den tekniska utvecklingen av blodsockermätare, möjlighet till kontinuerlig blodsockermätning (subkutant), nya insulinpennor och nya och dyrare insulinanaloger. Insulinpumparna blir fler och allt vanligare även för de mindre barnen. Detta ställer större krav på diabetesteamen, men kan också innebära en bättre metabol kontroll och förbättrad livskvalitet för patienterna och förhoppningsvis minskad komplikationsfrekvens.

I en fördjupad studie som Socialstyrelsen gjort av unga vuxna som under barndomen drabbats av kronisk sjukdom eller ryggmärgsskada [38] framgår att ungdomar med diabetes oftare får låga betyg i grundskolan och mer sällan har fullföljt en gymnasieutbildning vid 21 år ålder. I ung vuxen

ålder har diabetiker också en något svagare förankring på arbetsmarknaden, jämfört med jämnåriga i övriga befolkningen, och de vårdas oftare för psykiatriska diagnoser mellan 20 och 35 års ålder.

## Allergirelaterade sjukdomar

Förekomsten av astma och andra allergirelaterade sjukdomar har ökat markant sedan mitten av 1900-talet, och astma är numera den vanligaste kroniska sjukdomen i barndomen. Astma är en inflammatorisk sjukdom i lungorna, vilken orsakar symtom som pipande andning, hosta, tryck över bröstet och svårigheter att andas. Risken

för att utveckla astma påverkas av miljöfaktorer som tobaksrökning, luftföroreningar och fuktproblem i boendemiljön. Samtidigt är barn med astma extra känsliga för många miljöfaktorer, till exempel kall luft, lukter och luftföroreningar som tobaksrök och pälsdjursallergener.

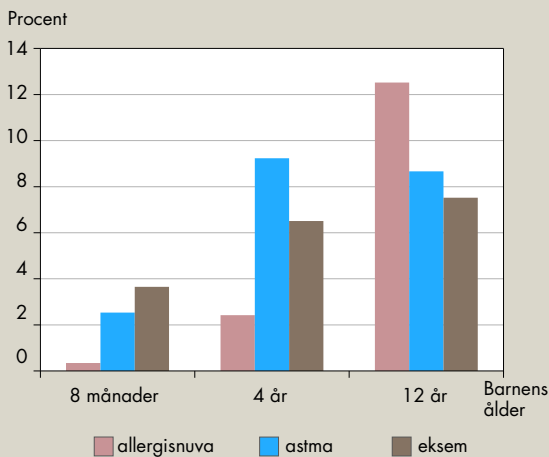
En annan vanlig allergirelaterad sjukdom bland barn i Sverige är eksem [50]. Förekomsten av eksem har ökat under de senaste decennierna och mycket talar för att miljöfaktorer och livsstilsfaktorer är av betydelse för ökningen. Hos barn är böjveckseksem (atopiskt eksem) vanligare än eksem som orsakats av kontaktallergi (till exempel nickelallergi) och symtomen visar sig ofta redan i småbarnsåren. Huden rodnar, blir torr och börjar lätt klia, samtidigt som känsligheten för hudirriterande faktorer ökar. Böjveckseksem blir ofta bättre under skolåldern och många blir helt fria från eksem, men symtom återkommer ofta senare i livet i form av handeksem [51].

Enligt Barnens miljöhälsoenkät 2011 (BMHE 11)<sup>13</sup> är andelen 4- och 12-åringar med någon läkardiagnostiserad allergirelaterad sjukdom 13 procent, vilket är samma nivå som 2003. Uppdelat på olika typer av allergirelaterade sjukdomar visar enkäten att förekomsten av astma ökat från cirka 6 procent till drygt 9 procent bland 4-åringarna, och från strax över 6 procent till knappt 9 procent bland 12-åringarna. Bland 12-åringarna syns även en ökning av allergisnuva och i dag förekommer allergisnuva hos cirka 13 procent av 12-åringarna. Böjveckseksem förekommer hos cirka 7 procent av 4- och 12-åringarna (figur 6:12).

Både astma och allergisnuva är vanligare bland pojkar än bland flickor. Av enkäten framgår även att förekomsten av astma, allergisnuva och eksem är högre bland barn till föräldrar med lägre utbildningsnivå. Orsakerna till det är oklara, men

**Figur 6:12. Förekomst av allergirelaterade sjukdomar bland barn**

Andel barn i åldrarna 8 månader, 4 eller 12 år som har allergisnuva, astma eller böjveckseksem, 2011.



Källa: BMHE 11, Socialstyrelsen.

<sup>13</sup> Se kapitel 9 för en beskrivning av Barnens miljöhälsoenkät.

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

de kan delvis hänga samman med olika exponering för livsstils- och miljöfaktorer.

Enkäten visar även att barn med astma i större utsträckning än andra barn är känsliga för dofter och olika former av luftföroreningar som till exempel tobaksrök, parfym, trafikavgaser och vedeldningsrök. Fyrtio procent av barnen med astma upplever obehag av tobaksrök medan motsvarande siffra bland barn utan astma är 22 procent. Det framkommer även att hälften av 4-åringarna med astma och tre av fyra 12-åringar med astma får symtom från nedre luftvägarna i samband med kall luft eller ansträngning.

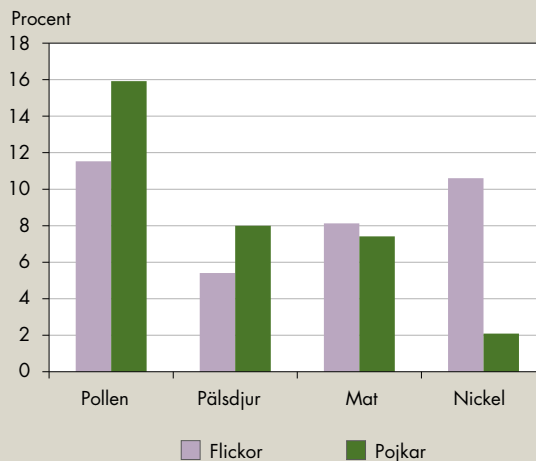
Några av de vanligaste miljöfaktorerna som kan ge astma, allergisnuva och eksem är olika födoämnen, pollen, pälsdjur och nickel.

Hos små barn är allergi mot olika födoämnen ofta det första tecknet på en allergisk benägenhet. Resultaten från enkäten visar ingen signifikant ökning av födoämnesallergi hos 4-åringarna mellan 2003 och 2011, men bland 12-åringarna har andelen barn med födoämnesallergi ökat från cirka 5 procent 2003 till nästan 8 procent 2011 (figur 6:13).

Pollen- och pälsdjurallergi debuterar vanligen när barnet är några år gammalt. Andelen 4-åringar med pollenallergi är knappt 3 procent, medan 14 procent av 12-åringarna har denna typ av allergi (figur 6:13). Även förekomsten av pälsdjursallergi ökar med barnens ålder från 1,7 procent av 4-åringarna till 6,7 procent av 12-åringarna (figur 6:13). Under de senaste 10–15 åren har det diskuterats om exponering för pälsdjur tidigt i livet minskar eller ökar risken för att utveckla allergisjukdomar. För de som redan har en pälsdjursallergi tyder forskningen på att de kan komma att försämrats i sin sjukdom om de utsätts för det djurslag de inte tål [52]. Enligt enkäten har 41 procent av familjerna med 4- eller 12-åriga barn något pälsdjur i hemmet, vilket är oförändrat sedan 2003. Mellan 2003

**Figur 6:13. Besvär efter exponering för vanligt förekommande allergener**

Andel barn som rapporterar besvär efter exponering för pollen, pälsdjur, mat och nickel, flickor och pojkar i ålder 12 år, 2011.



Källa: BMHE 11, Socialstyrelsen.

och 2011 ökade dock innehavet av pälsdjur i familjer med barn som har astma eller allergisnuva från 31 procent till 36 procent.

Nickelallergi orsakas av nickeljoner som kan avges från till exempel smycken, verktyg, mynt, nycklar och handtag, och är betydligt vanligare bland flickor än bland pojkar. I 4-årsåldern är nickelallergi ovanligt (mindre än 0,5 procent). Bland 12-åringarna rapporteras dock nickelallergi hos 11 procent av flickorna och 2,1 procent av pojkarna (figur 6:13). Bland flickor verkar det ha skett en ökning sedan 2003, då 8,7 procent rapporterades ha nickelallergi. Att nickelallergi är vanligare hos flickor beror på att de i högre grad än pojkar exponeras för nickel i olika produkter. Betydligt fler flickor än pojkar har tagit håll i öro-



nen och bär örhängen som kan innehålla nickel. Bland 4-åringarna har 8,1 procent av flickorna hål i öronen medan mindre än en halv procent av pojkarna har tagit hål. Bland 12-åringar är motsvarande andel 82 procent bland flickorna och 13 procent bland pojkarna.

Nickel är den vanligaste orsaken till kontaktallergi, och nickelallergi är en av de viktigaste orsakerna till eksem på händerna. Cirka 7 procent av 12-åriga pojkar och flickor har haft handeksem någon gång under det senaste året. Handeksem är betydligt vanligare hos barn med böjveckseksem än hos barn utan böjveckseksem. Handeksem förekommer hos 24 procent av 4-åriga pojkar och hos 41 procent av 4-åringa flickor som också haft böjveckseksem.

Andra kemiska ämnen och produkter, som till exempel kosmetika och hygienprodukter, innehåller också många allergiframkallande ämnen som kan orsaka allergi och eksem vid hudkontakt. Överkänslighet mot kosmetika och produkter för personlig hygien är betydligt vanligare bland flickor än bland pojkar. Vid 4 års ålder hade 4,3 procent av flickorna besvär, och vid 12 års ålder 6,1 procent. Andelen pojkar som rapporterar överkänslighet mot kosmetika och produkter för personlig hygien var cirka 3 procent i båda åldersgrupperna. Det har också blivit allt vanligare att barn färgar håret, och allergi mot hårfärgningsämnen har ökat. Många hårfärgningsämnen är mycket starkt allergiframkallande vid hudkontakt och allergin orsakar eksem i hårbotten och ansiktet. Var fjärde flicka och nästan var tionde pojke i 12-årsåldern har färgat håret någon gång, medan cirka 1 procent av 4-åringarna har gjort det. Det är även vanligt att barn gör tillfälliga tatueringar som kan innehålla samma allergiframkallande ämnen som hårfärg. Enligt enkäten har 18 procent av 12-åringarna och 7,3 procent av 4-åringarna gjort någon tillfällig tatuering. Det är ingen

skillnad mellan pojkar och flickor i detta avseende. Av 12-åringarna som har gjort någon tillfällig tatuering fick 7,6 procent hudbesvär av den.

### **Kontakter både med primär- och specialiserad vård**

Barn med lindrig till måttlig allergisjukdom omhändertas inom primärvården eller vid barnläkarmottagningar, medan barn med svårare sjukdom remitteras vidare till barnmottagningar på sjukhusen.

Under 2011 gjordes närmare 54 000 läkarbesök i öppenvård av barn och unga upp till 19 år, med astma eller allergi som huvuddiagnos (se tabell 6:6). Närmare hälften av besöken gjordes av barn i åldern 0–4 år. Fler pojkar än flickor vårdas för astma eller allergi inom öppenvården. Skillnaden är som störst i den lägsta åldersgruppen, 0–4 år, där pojkarnas vårdtillfällen är nästan dubbelt så många.

För att vården av barn med allergisjukdom ska bli så bra som möjligt behöver ofta olika vårdnivåer och olika medicinska specialiteter samverka. Svårighetsgraden varierar ofta hos barn och unga med allergisjukdom, vilket gör att det kan vara svårt att göra en uppskattning av problemen. Barn med komplicerad och svårbehandlad astma i kombination med allergi är ofta i stort behov av specialiserad vård.

År 2011 besökte de många barn och unga med allergisjukdom någon form av öppen allergimottagning, men tabell 6:7 visar att de även besökte andra verksamheter. Exempelvis är antalet besök vid internmedicinska verksamheter, inom lungsjukvården och vid akutverksamheter relativt stort, även om andelen är relativt låg. Det höga antalet indikerar dock att kompetens om astma och allergisjukdomar bör finnas på fler mottagningar än just allergimottagningarna.

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

**Tabell 6:6. Vård vid astma och allergi**

Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för barn 0–19 år med astma eller allergi som huvuddiagnos i öppen vård år 2011.

Kön	Ålder	Antal läkarbesök	Antal läkarbesök per 100 000 invånare
<b>Pojke</b>	0–4	13 926	4 820
	5–9	7 984	3 019
	10–14	7 211	2 881
	15–19	4 510	1 417
	Totalt	33 631	2 998
<b>Flicka</b>	0–4	7 685	2 816
	5–9	4 482	1 784
	10–14	4 176	1 761
	15–19	3 671	1 222
	Totalt	20 014	1 885
<b>Totalt</b>	0–4	21 611	3 847
	5–9	12 466	2 418
	10–14	11 387	2 336
	15–19	8 181	1 322
	Totalt	53 645	2 457

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Vården bör komma alla till del

Förutsättningarna för god vård vid astma och allergisjukdomar skiljer sig åt i landet, och vissa brister har konstaterats. Ett exempel är tillgången på allergenspecifik immunterapi som är den enda idag kända behandling som ger en bestående effekt på den allergiska sjukdomen. Behandlingen erbjuds inte till flertalet av dem som behöver behandlingen, trots att det finns evidens för att behandlingen given tidigt till dem som har allergisk hösnuva kan förhindra senare utveckling av astma [53].

**Tabell 6:7. Verksamheter som vårdat barn med astma eller allergi**

Totalt antal läkarbesök och andel i procent för barn 0–19 år med astma eller allergi som huvuddiagnos i öppen vård år 2011.

Verksamhetsområde	Antal	Vårdtillfällen %
Privat vårdgivare	60	0,11
Intagnings-/Akutverksamhet	752	1,40
Internmedicinsk vård	1 820	3,40
Lungsjukvård	534	1,00
Infektionssjukvård	7	0,01
Allergisjukvård	2 130	3,97
Allergisjukvård, barn- och ungdom	2 210	4,12
Barn- och ungdomsmedicinsk vård	41 820	77,96
Barn- och ungdomskardiologisk vård	243	0,45
Barnklinik/allergi/diabetes/endokrinologi – SLL	3 055	5,69
Prematurvård	1	0,00
Hud- och könssjukvård	2	0,00
Kardiologisk vård	8	0,01
Kirurgisk vård	580	1,08
Ortopedisk vård	1	0,00
Barn- och ungdomskirurgisk vård	2	0,00
Ögonsjukvård	1	0,00
Öron-, näs- och halssjukvård	414	0,77
Habilitering	4	0,01
<b>Totalt</b>	<b>53 645</b>	<b>100,00</b>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I en journalgranskningsstudie på vårdcentraler i Stockholmsområdet har stora brister i omhändertagande och uppföljning av barn med astma dokumenterats [54].

Socialstyrelsen kommer att ta fram nya nationella riktlinjer för behandling av astma. En pre-

liminär version beräknas vara klar 2014. När det gäller läkemedelsbehandling vid astma finns för närvarande Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer från 2007 [55].

### Behandling av barnfetma

Fetma definieras enligt världshälsoorganisationen WHO som en sjukdom, som hos barn medför en ökad risk för medicinska, psykiska och sociala problem. Fetma hos barn och ungdomar ökade i Sverige under slutet av 1900-talet, men utvecklingen verkar nu ha avtagit [56]. Data från barnhälsovården och skolhälsovården visar att 2–4 procent av fyraåringarna och 3–5 procent av tioåringarna har barnfetma [57].

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) uppskattade 2002 att omkring 40 000 barn och ungdomar i ålder 7–18 år lider av fetma [58].

### Barnhälsovården och elevhälsan arbetar främst förebyggande

Barnhälsovården och elevhälsans roll är främst förebyggande när det gäller övervikt och fetma hos barn. Barnets vikt och längd följs i barnhälsovården och föräldrarna erbjuds hälsosamtal om bland annat kost och fysisk aktivitet. När barnet börjar skolan följer elevhälsan vikt och längd. Skolsköterskan diskuterar också matvanor och fysisk aktivitet med barnet och dess föräldrar.

Studier har visat att det är möjligt att förebygga fetma hos barn genom olika typer av skolbaserade program där man informerar och stimulerar till bättre vanor avseende mat och dryck, ofta i förening med ökad fysisk aktivitet [59]. Studierna visar dock inte om någon eller några specifika åtgärder skulle ha extra stor effekt. Men viktiga faktorer kan vara att

- starta en god livsstil redan vid låg ålder
- införa regelbunden fysisk vardagsaktivitet
- motverka långvarig inaktivitet som vid TV och dator
- stimulera intag av frukt och grönsaker
- poängtera betydelsen av att dricka vatten i stället för söta drycker vid törst.

Vårdprogram eller riktlinjer på nationell nivå saknas, men de flesta landsting har lokala vårdprogram [60].

Under hösten 2010 inventerade Socialstyrelsen vad mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan saknade i form av vägledningar och kunskapsunderlag [60]. Företrädarna för barnhälsovården och elevhälsan såg ett behov av ökad kunskap om risk- och friskfaktorer relaterade till matvanor och fysisk aktivitet. De efterfrågade också kunskapsbaserade metoder för att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet. Socialstyrelsen påbörjade därför 2012 arbetet med att ta fram en vägledning till barnhälsovården och elevhälsan för hur de kan arbeta med områdena goda matvanor och fysisk aktivitet. Arbetet beräknas vara klart hösten 2013.

### Vård och behandling

Barn med fetma och deras föräldrar får ofta stöd och råd från barnvårdscentralerna (BVC), skolsköterskan, skolläkaren eller vårdcentralen. Behandling ges som regel tidigast från fyra års ålder. Grundbehandlingen av fetma innefattar alltid en förändring av beteenden, främst av matvanor och vanor rörande fysisk aktivitet. I svårare fall kan barnet remitteras till barn- och ungdomsmedicinska kliniker.

Behandlingen inriktas främst på att ge råd om kost och motion och olika typer av beteendeariktad behandling. Kombinationen av beteende-

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

och livsstilsbehandling har visat sig ha bäst effekt [61]. Studier har också visat att adekvat viktbehandling inte leder till ätstörningar [62]. Fetmabehandling ställer krav på engagemang och tid från både barn och föräldrar.

Farmakologisk behandling av barn och ungdomar kan ske i undantagsfall och på enheter med speciell kompetens. Ungdomarna ska i så fall vara minst 12 år [63]. Uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister visar också att få barn får läkemedel mot fetma. Ungefär 30–50 barn under 18 år har varje år förskrivits läkemedlet orlistat.

Fetmakirurgi rekommenderas inte för personer yngre än 18 år eftersom det vetenskapliga underlaget för långtidseffekterna fortfarande är otillräckligt. Det pågår dock ett flertal studier, bland annat en i Sverige. I avvaktan på dessa resultat ska fetmakirurgi hos individer under 18 år endast ske inom ramen för studier vid särskilda centrum med såväl barnmedicinsk som barnkirurgisk kompetens [63]. Det har dock skett en stor ökning av fetmakirurgi för unga vuxna, i synnerhet hos kvinnor i åldern 20–24 år.

I figur 6:14 visas hur många som fått fetmakirurgi bland pojkar och flickor i åldersgruppen 15–19 år. Av dessa var 76 procent 18 eller 19 år. En del ungdomar med fetma som inte lyckats gå ner i vikt väntar tills de blir 18 år för att kunna komma in fråga för kirurgisk behandling.

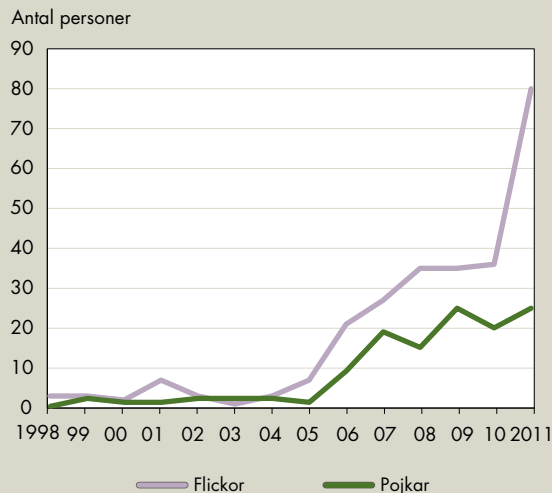
### Få barn med fetma får behandling

Behandlingen av barnfetma följs upp med hjälp av det nationella kvalitetsregistret BORIS [64]. Av landets 35 barnkliniker registrerar 18 aktivt sina patienter i BORIS. Ytterligare 32 barnläkarmottagningar och en primärvårdsenhet deltar också. I kvalitetsregistret finns drygt 4 000 patienter i åldrarna 4–18 år.

På grund av barnsjukvårdens otillräckliga be-

### Figur 6:14. Fetmakirurgi

Antal patienter som opererats med volymsinskränkande ingrepp på ventrikeln, flickor och pojkar 15-19 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

redskap att ta hand om dessa barn sköts en del fetmabehandling inom elevhälsan [64].

Eftersom det inte finns några säkra uppgifter på hur många barn med fetma som får behandling i sjukvården är det svårt att beräkna registrets täckningsgrad. Sannolikt är det tre fjärdedelar av de barn som får behandling som också finns i registret.

Om antalet barn med fetma är 40 000 innebär det att cirka 10 procent får behandling i sjukvården.

Behandlingen av barnfetma är mest effektiv i yngre åldersgrupper och vid mindre grad av fetma, vilket visats i flertalet studier. Detta kan också ses bland de patienter som följs i BORIS [64, 65]. För äldre barn och ungdomar är fetma mycket svårbehandlad.

För barn som påbörjat behandlingen före tolv års ålder var den genomsnittliga viktminskningen på ett år 0,26 BMI-sds-enheter. BMI-sds är ett mått som tar hänsyn till barns normala vikt- och längdutveckling. BMI-sds 0 är det som ett barn med medelvikt har och ett BMI-sds omkring 2,3 är gränsen för fetma (vilket motsvarar ett BMI på 30 för vuxna).

### *Inget län når upp till målen för ålder vid behandlingsstart*

Den genomsnittliga åldern för behandlingsstart för barn med fetma i riket är 10,5 år. Den kan ses som ett mått på hur hela vårdkedjan fungerar, det vill säga att individerna identifieras på barnavårdscentraler och skola och att familjerna remitteras till barnmottagning som tar emot patienten.

Spridningen är stor mellan länen, där Stockholm har den lägsta åldern med 10 år. Flera län har en medelålder för behandlingsstart som ligger över 12 år. Inget län når ännu upp till målet med behandlingsstart vid 7 års ålder. Medelåldern vid behandlingsstart har sjunkit med omkring ett halvt år när perioden 2009–2010 jämförs med 2007–2008. En bra organisation med en fungerande vårdkedja inom länet är en förutsättning för ett tidigt omhändertagande.

### *Behandling inleds många gånger onödigt sent*

Den genomsnittliga behandlingen inleds när barnen har ett BMI-sds på 3,19. Detta är alltså kraftigt över gränsen för fetma (BMI-sds omkring 2,3) och närmare gränsen för svår fetma (BMI-sds 3,5).

Detta innebär att behandlingen inleds onödigt sent i många fall, vilket försvårar behandlingen. Sedan 2007–2008 har en liten sänkning av medel-BMI-sds har skett, framför allt bland flickor. Det finns dock stora skillnader mellan länen.

### *Fler behöver få sitt fasteblodssocker kontrollerat*

Målet är att samtliga barn i Sverige som har fetma ska få sitt fasteblodssocker kontrollerat. Drygt hälften (54 procent) av alla barn har ett blodssocker registrerat i BORIS och det är en låg siffra. Andelen har också sjunkit jämfört med 2007–2008 (67 procent). Det är en mycket stor spridning mellan länen där Jönköping, Norrbotten, Uppsala och Örebro ligger över 90 procent samtidigt som fyra landsting ligger under 50 procent. Resultatet är inte tillfredsställande. En orsak till minskningen kan vara att fler yngre barn behandlas nu än tidigare och att insikten att fasteblodssocker bör kontrolleras även bland yngre barn inte är tillräckligt spridd i landet.

## Referenser

1. Fosterskador och kromosomavvikelse 2011. Sveriges officiella statistik. Socialstyrelsen; 2012.
2. Svensk förening för neonatologi. [citerad 2013-01-27] Tillgänglig på: <http://www.blf.net/neonatal>
3. Socialstyrelsen. Perinatal omhändertagande vid extrem underburenhet. Stockholm: 2004.
4. Finnström O, Otterblad-Olausson P, Sedin G, Serenius F, Svenningsen N et al. The Swedish National Prospective Study of extremely low birthweight (ELBW) infants. Incidence, mortality and survival in relation to level of care. *Acta Paediatr* 1997;86:503-511.
5. Lundström NR, Berggren H, Björkhem G, Jögi P, Sunnegårdh J. *Centralization of pediatric heart surgery in Sweden*. *Pediatr Cardiol*. 2000 Jul-Aug; 21(4):353-7.
6. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

---

7. Ekeus C et al. Preterm birth, Social Disadvantage, and Cognitive Competence in Swedish 18- to 19-Year Old Men. *Pediatrics*. 2010; 125:e67–e73.
8. Ekstedt-Bonamy A-K, Stjernqvist K, Serenius F, et al. Extremt för tidigt födda kan vara ny riskgrupp i vuxenåldern. *Läkartidningen*. 2010;107:2548–2552.
9. Edwards AD, Brocklehurst P, Gunn AJ, Halliday H, Juszczak E et al. Neurological outcomes at 18 months of age after moderate hypothermia for perinatal hypoxic ischaemic encephalopathy: synthesis and meta-analysis of trial data. *BMJ* 2010; 340:c363 doi:10.1136/bmj.c363.
10. Lindström K. Long-term Consequences of Preterm Birth: Swedish National Cohort Studies [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2011.
11. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012. Socialstyrelsen och SKL; 2012.
12. Smittspridning inom svensk neonatalsjukvård – Probleminventering och åtgärdsförslag. Socialstyrelsen; 2011.
13. Tillsynsrapport 2012 – hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2012.
14. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen; 2006.
15. Ellberg L, Högberg U, Lundman B, Källén K, Håkansson S, Lindh V. Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatr*. 2008; 97(5):579–83.
16. Fosterskador och kromosomavvikelser 2010. Sveriges officiella statistik. Socialstyrelsen; 2011.
17. Nationellt register för medfödda hjärtsjukdomar. SWEDCON. Årsrapport 2011. SWEDCON; 2012.
18. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Beslutsstöd för prioriteringar. Socialstyrelsen; 2008.
19. Tillgång på specialistläkare 2010. Statistikrapport. Socialstyrelsen; 2012.
20. Medfödda hjärtfel. Vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Socialstyrelsen; 2008.
21. Lundström NR, Berggren H, Björkhem G, Jögi P, Sunnegårdh J. Centralization of pediatric heart surgery in Sweden. *Pediatr Cardiol*. 2000; 21(4):353–7.
22. Barnhjärtkirurgi – Vad säger litteraturen om volym och resultat? Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007.
23. Gustafsson G, Heyman M, Kogne P. Childhood cancer incidence and survival in Sweden. 1985–2010. The Swedish Childhood Cancer Registry; 2013.
24. Björklund A, Turup E. Barn med cancer får stöd av konsultsjuksköterskor. *Onkologi i Sverige*; 2012;3.
25. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Socialstyrelsen; 2012.
26. Ersta barnhospice. Tillgänglig från: <http://www.erstadiakoni.se/Om/Pressrum/Ersta-diakoni-i-media/Ersta-barnhospice/>.
27. Svenska barnläkarföreningen, sektionen för onkologi och hematologi. <http://www.blf.net/onko/index.html>
28. Adult Life after Childhood Cancer in Scandinavia. Kræftens bekæmpelse/Danish Cancer Society. <http://www.cancer.dk/alicc/>
29. Uppföljning efter barncancer. Svenska Arbetsgruppen för LångtidsUppföljning efter Barncancer; 2010.
30. Lorenzi MF, Xie L, Rogers PC et al. Hospital-related morbidity among childhood cancer survivors in British Columbia, Canada: report of the childhood, adolescent, young adult can-

- cer survivors (CAYACS) program. *Int J Cancer* 2011;128(7): 1624–31.
31. Tidigare cancerpatienter har egen mottagning i Lund. Ulrika Rask-Lindholm. *Barn & Cancer*, nr 1, 2007 <http://www.barncancerfonden.se/Behallare/Tidning/Tidigare-nummer/2007/Barn--Cancer-107/Artiklar/Tryggheten-finns-i-Lund/>
  32. Hjorth L, Arvidson J, Behrendtz M et al. Hög överlevnad efter barncancer, ibland till högt pris. *Läkartidningen* 2010;42 [citerad 2012]. Tillgänglig från: [http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/15225/LKT1042s2572\\_2575.pdf](http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/15225/LKT1042s2572_2575.pdf)
  33. Tillgång på specialistläkare 2009. Socialstyrelsen; 2012.
  34. Tillgång på specialistläkare 2010. Socialstyrelsen; 2012.
  35. Barncancerfonden. 2012 [citerad 2012]. Tillgänglig från: <http://www.barncancerfonden.se/Forskning-Utbildning/Utbildning/>, <http://www.barncancerfonden.se/Om-oss/Press/Pressmeddelanden/Barncancerfonden-finansierar-utbildning-for-lakare-/>
  36. Barncancerfonden. 2012 [citerad 2012]. Tillgänglig från: <http://www.barncancerfonden.se/Om-oss/Aktuellt/Nyhetsartiklar/Nationell-utbildning-i-barnonkologisk-varld-for-sjuk-skoterskor-/>
  37. Boman K, Lindblad F, Hjern A. Long-term outcomes of childhood cancer survivors in Sweden – a population based study of education, employment and income. *Cancer* 2010;116(5):1385–91.
  38. Berlin M, Hulting C. Framtida konsekvenser av sjukdom och skada under uppväxten (preliminär titel). Underlagsrapport. Socialstyrelsen; 2013.
  39. Engholm G, Ferlay J, Christensen N, Johannesen TB, Klint Å, Køtlum JE, Milter MC, Ólafsdóttir E, Pukkala E, Storm HH. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 5.2 Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society; 2012.
  40. Skolan klarar inte kraven. *Barn & Cancer* 2012;4 [citerad 2012] Tillgänglig från: <http://www.barncancerfonden.se/Behallare/Tidning/Tidigare-nummer/2012/BarnCancer-412/Dokument/Skolan-klarar-inte-kraven/>
  41. Patterson CC, Dahlquist G, Gyürüs E, Green A, Soltész G. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005–20: a multi-center prospective registration study. *Lancet* 2009; 373(9680):2027–2033.
  42. Patterson CC, Gyürüs E, Rosenbauer J, Cinek O, Neu A, Schober E et al. Trends in childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2008: evidence of non-uniformity over time in rates of increase. *Diabetologia* 2012; 55(8):2142–7.
  43. Berhan Y, Waernbaum I, Lind T, Möllsten A, Dahlquist G. Thirty years of prospective nationwide incidence of childhood type 1 diabetes. The accelerating increase by time tends to level off in Sweden. *Diabetes* 2011;60:577–581.
  44. Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes. Årsrapport 2011 års resultat. Swediabkids; 2012.
  45. Dahlquist, G. G., Nyström, and C. C. Patterson, Incidence of type 1 diabetes in Sweden among individuals aged 0–34 years, 1983–2007: an analysis of time trends. *Diabetes Care*, 2011. 34(8): p. 1754–9.
  46. Nationella riktlinjer för diabetes vården 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2010.

## 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd

---

47. Kost vid diabetes – en vägledning till hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2011.
48. Sjöblad S (red). Barn- och ungdomsdiabetes – vårdprogram. Studentlitteratur; 2008.
49. Misso, M. L., Egberts K. J., Page M., O'Connor D., Shaw J. Continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) versus multiple insulin injections for type 1 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20;(1):CD005103.
50. Bieber T. Atopic dermatitis. *The New England Journal of Medicine.* 2008;358(14):1483–94.
51. Mortz CG, Lauritsen JM, Bindsvlev-Jensen C, Andersen KE. Prevalence of atopic dermatitis, asthma, allergic rhinitis, and hand and contact dermatitis in adolescents. *The Odense Adolescence Cohort Study on Atopic Diseases and Dermatitis. British Journal of Dermatology.* 2001;144(3):523–32.
52. Almqvist C, Wickman M, Perfetti L, Berglind N, Renstrom A, Hedren M, et al. Worsening of asthma in children allergic to cats, after indirect exposure to cat at school. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 2001 Mar;163(3 Pt 1):694–8. Svensk förening för neonatologi. [Citerad 2013-01-27] Tillgänglig på: <http://www.blf.net/neonatology/>.
53. Jacobsen L, Niggemann B, Dreborg S, Ferdousi HA, Halken S, Host A, et al. Specific immunotherapy has long-term preventive effect of seasonal and perennial asthma: 10-year follow-up on the PAT study. *Allergy.* 2007 Aug;62(8):943–8.
54. Jonsson M, Egmar AC, Kiessling A, Ingemansson M, Hedlin G, Krakau I, Hallner E, Kull I. Adherence to national guidelines for children with asthma at primary health centres in Sweden: potential for improvement. *Prim Care Respir J* 2012 Sep;21(3):276–82.
55. Farmakologisk behandling vid astma – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket Supplement 1:2007. Uppsala: Läkemedelsverket; 2007.
56. Neovius Martin, Rasmussen Finn. Alarmerande siffror för övervikt och fetma i Sverige och världen. *Läkartidningen* 2011;49:2566–8.
57. Läkemedelsboken 2011-2012. Läkemedelsverket; 2011.
58. Fetma – problem och åtgärder. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002.
59. Förebyggande åtgärder mot fetma. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004.
60. Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa. En kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning. Socialstyrelsen; 2011.
61. Nowicka P, Marcus M. Beteendemodifikaton – enda rimliga terapin vid fetma hos barn och vuxna. *Läkartidningen* 2011;49:2581–5.
62. Butryn ML, Wadden TA. Treatment of overweight in children and adolescents: does dieting increase the risk of eating disorders? *Int J Eat Disord.* 2005 May;37(4):285–93.
63. Nationella indikationer för obesitaskirurgi. SFÖAK; 2009.
64. BORIS årsrapport 2010-2011. BORIS; 2011.
65. Danielsson P. Severe Childhood Obesity: Behavioural and Pharmacological treatment. Thesis for doctoral degree, Karolinska institutet; 2011.



Hälso- och sjukvård

7.

# Hälso- och sjukvård

## Slutsatser

- Den vanligaste orsaken till besök inom primärvården är infektioner, och de regionala skillnaderna är stora i besöksfrekvensen för barn och unga. De vanligaste diagnoserna i slutenvården är skador och förgiftningar, följt av andningsorganens sjukdomar. De flesta föräldrar upplever att de och deras barn blir bemötta på ett respektfullt sätt av sjukvården, men förbättringsområden finns. Inom flera områden efterfrågar de exempelvis mer information.
- I dag saknar barnhälsovården nationella styrdokument, samtidigt som det finns betydande skillnader mellan verksamheter i landet, bland annat vad gäller innehåll. Barnhälsovården har god täckning, men dess insatser når olika grupper i olika hög grad. Det finns därför ett behov av att utveckla insatser till sårbara grupper. Det gäller särskilt förebyggande av psykisk ohälsa och stöd till socialt utsatta familjer. Kunskapen är begränsad om hur vårdvalet påverkar barnhälsovårdens kontinuitet och möjlighet att se till att alla barn nås.
- Elevhälsan är ett område i utveckling och det är viktigt att de pågående statliga satsningarna även långsiktigt förstärker elevhälsan. Det handlar både om personalresurser och om tillgången till metoder och arbetssätt för en evidensbaserad praktik. Elevhälsans roll i förhållande till barn- och ungdomspsykiatri  
behöver förtydligas när elevhälsan remitterar en elev på grund av tecken på psykisk ohälsa.
- Det allmänna vaccinationsprogrammet har god täckning och de flesta barn är idag skyddade mot exempelvis mässling och polio. Men det förekommer skepsis mot vaccinationer, både mot de som ingår i basprogrammet och mot andra, och sådan skepsis kan medföra sämre täckningsgrad vilket kan leda till nya sjukdomsutbrott. Det är därför viktigt att kommunikationen mellan myndigheter, experter och allmänheten blir mer öppen, både vad gäller beslutsprocesser samt risk- och nyttoanalyser.
- Ungdomsmottagningarna finns i stort sett i alla kommuner, och är en viktig aktör bland annat när det gäller ungas sexuella samt psykiska hälsa. Få ungdomsmottagningar har emellertid helgöppet, dessutom har de flesta mottagningar helt eller delvis stängt under sommaren. Många av mottagningarna har utåtriktade verksamheter och flera av dem besöker bland annat hem för vård eller boende (HVB) och ungdomshem som drivs av Statens Institutionsstyrelse (SiS-institutioner).
- Tandhälsan hos barn och unga har förbättrats under 2000-talet, men det finns skillnader mellan grupper. Till exempel har barn till socioekonomiskt utsatta grupper generellt en sämre tandhälsa än andra barn. Det pågår för närvarande många satsningar på att öka besöksfrekvensen

för vissa grupper, liksom att förbättra tandvården för sådana grupper som riskerar sämre tandhälsa (exempelvis barn och unga med funktionsnedsättning). Tandvården får högt betyg vad gäller bemötandet av barn och unga.

### Övergripande utveckling inom hälso- och sjukvården

#### Primärvården

Fram till dess att barnet börjar förskolan, vanligen vid 6 års ålder, bedrivs hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård inom barnhälsovården. Efter det att barnet lämnar barnhälsovården är det som regel primärvården som står för grundläggande hälso- och sjukvård. I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen primärvård vid vårdcentraler eller motsvarande, exklusive barnhälsovård.

#### *En stor del av primärvården är privatiserad*

Primärvårdens uppdrag definieras främst utifrån 5 § HSL, som lyder ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser”.

Vårdvalet är en av de största och mest genomgående förändringar som skett inom primärvården sedan husläkarreformen i mitten av 1990-talet [1]. Sedan den 1 januari 2010 har alla landsting vårdval i primärvården, i enlighet med riksdagens beslut (prop. 2008/09:74, bet. 2008/09: SOU, 2008/09:172). Vårdvalssystemen ger patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården.

Alla vårdgivare, som uppfyller de krav landstingen ställer, har rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Primärvården har därmed organisatoriskt allt mer utvecklats från att ha bestått av landstingsdrivna vårdenheter, till att fler vårdenheter bedrivs i privat regi och har fri etableringsrätt oberoende av befolkningsunderlaget [2].

År 2011 fanns det 1 197 vårdcentraler i landet [3]. Av dessa drevs 497, cirka 42 procent, i privat regi. Sedan 2007 har antalet vårdcentraler ökat i landet och det är främst de privata vårdcentralerna som har blivit fler medan de landstingsdrivna vårdcentralerna har minskat något i antal.

#### *Stora regionala skillnader i läkarbesök i primärvården*

Det finns i nuläget inga individbaserade uppgifter på nationell nivå om besök i primärvården. Den statistik som finns kommer från enskilda landsting eller vårdcentraler. Socialstyrelsen har därför genomfört en enkätundersökning i samtliga landsting och regioner, med fokus på barns och ungas läkarbesök i primärvården.

Nedanstående redovisning avser uppgifter för 2010 från 10 av landstingen och regionerna<sup>1</sup>.

Det genomsnittliga antalet läkarbesök per barn i åldern 0-6 år var högst i Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting och Halland med cirka 3 besök per barn (tabell 7:1). Lägst antal läkarbesök gjordes i Blekinge, 1,0 besök per barn i åldersgruppen.

Även i åldergruppen 7-17 år gjordes det flest läkarbesök i Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting och i Halland med cirka 1,7 besök per barn. Lägst antal hade Blekinge med

<sup>1</sup> Fjorton landsting och regioner besvarade enkäten, men på grund av stort internt bortfall redovisas endast svaren från 10 av dem.

## 7. Hälso- och sjukvård

**Tabell 7:1. Läkarbesök i primärvården**

Antal läkarbesök per barn och andel av primärvårdens läkarbesök i 10 landsting, 2010. Exklusive besök i barnhälsovården.

Landsting	0–6 år	7–17 år	0–17 år	Andel av alla läkarbesök i primärvården (%)
Blekinge	1,0	0,7	0,8	11,0
Sörmland	1,2	0,7	0,9	13,9
Östergötland	1,4	0,8	1,0	17,6
Värmland	1,2	0,9	1,0	14,1
Gävleborg	1,3	0,9	1,1	12,7
Region Skåne	1,6	0,9	1,2	16,8
Kronoberg	2,2	0,9	1,4	20,7
Västra Götaland	3,1	1,6	2,2	28,6
Halland	3,0	1,8	2,3	27,4
Stockholm	3,0	1,8	2,4	26,7
<b>Genomsnitt för 10 landsting</b>	<b>2,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,8</b>	<b>23,2</b>

Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen 2012.

0,7 besök per barn. I övriga landsting/regioner var motsvarande siffra cirka 0,8–0,9 besök per barn i åldersgruppen. Som jämförelse gjordes det 2010 1,53 läkarbesök per invånare i primärvården i hela befolkningen.

Andelen av det totala antalet läkarbesök i primärvården som gjordes av barn och unga 0–17 år under 2010 varierar mellan 10 procent i Blekinge och 29 procent i Västra Götalandsregionen.

Dessa regionala skillnader beror troligtvis på skillnader i organisation, tillgänglighet till barnklinik, och tillgång till barnspecialist i primärvården.

### *Infektioner vanligaste orsaker till läkarbesök i primärvården*

I enkäten frågade Socialstyrelsen efter de vanligaste diagnoserna bland barn och unga som besö-

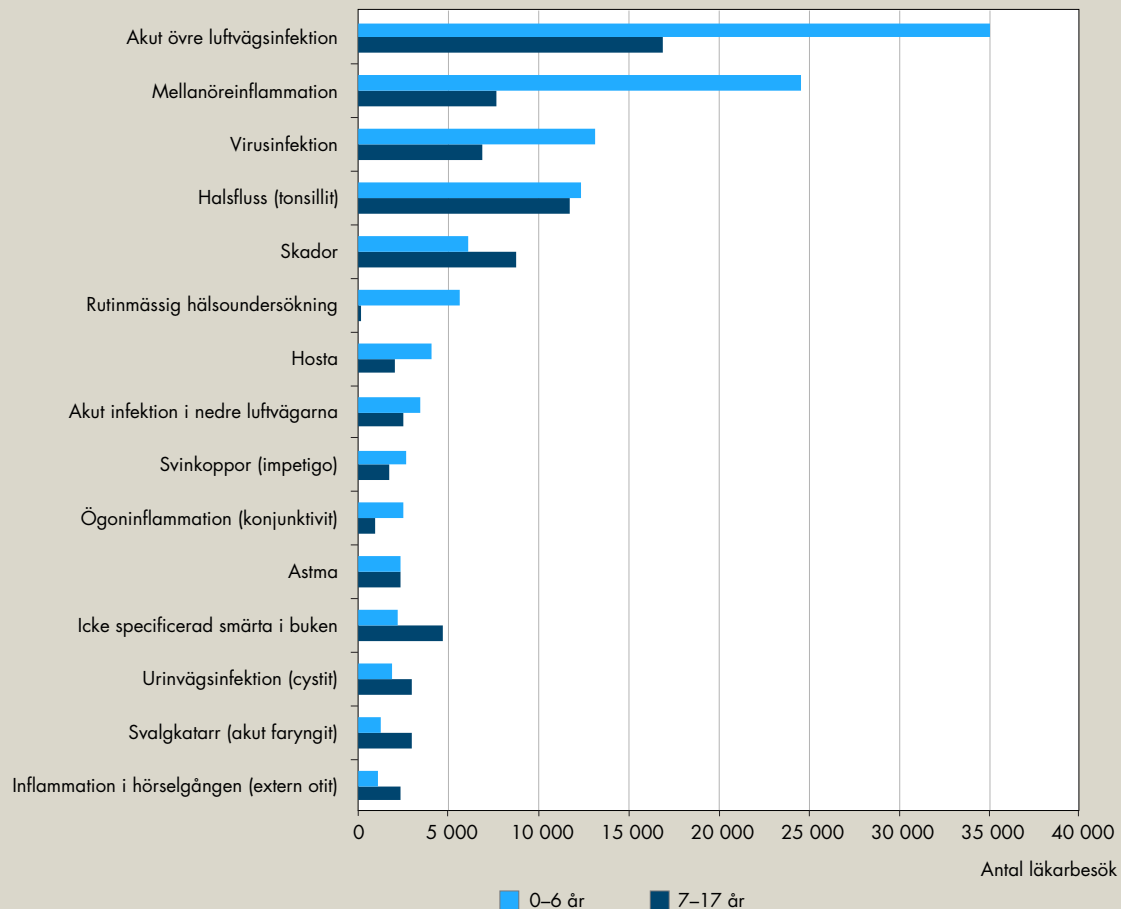
ker primärvården. Enligt enkätsvaren var de fyra vanligaste diagnoserna akut övre luftvägsinfektion, mellanöreinflammation, halsfluss (tonsillit) och virusinfektion.

För att få en mer detaljerad bild av de vanligaste orsakerna till besök har Socialstyrelsen fått in uppgifter från en av de större regionerna i Sverige, Västra Götalandsregionen för 2011. De fyra vanligaste orsakerna till besök i den regionen stämmer väl överens med vad de övriga landstingen uppgav i enkäten.

Infektioner är de absolut vanligaste orsakerna till primärvårdsbesök, i hela åldersgruppen 0-17 år (figur 7:1). Därefter följer besök på grund av olika skador. För barn 0-6 år var akut övre luftvägsinfektion följt av mellanöreinflammation de vanligaste orsakerna. Även för barn och unga 7-17 år var akut övre luftvägsinfektion vanligast, följt av tonsillit.

**Figur 7:1. Orsak till läkarbesök i primärvården**

De 15 vanligaste diagnoserna vid besök i primärvården i Västra Götaland för barn 0–6 år och 7–17 år, båda könen, antal besök 2011. Inklusivt BVC.



Källa: Västra Götalandsregionen, vårddatabas VEGA.

### *Utveckling av patientregistret kan underlätta uppföljning av primärvården*

Uppgifter om primärvårdens verksamhet är begränsad, både när det gäller uppgifter om vårdkontakter och orsaker till besök. Detta försvårar både

uppföljning av primärvården och uppföljning av hela sjukvårdssystemet (det vill säga primärvård och specialiserad sjukvård). Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utrett förutsättningarna för en nationell datainsamling i primärvården.

Socialstyrelsen har förslagit att inrapportering ska ske till patientregistret på motsvarande sätt som för övrig hälso- och sjukvård [3].

### **Skador och förgiftningar är vanligaste orsaken till kontakt med specialiserad sjukvård**

Under perioden 2007–2011 har besöken till den specialiserade öppenvården ökat för i princip alla diagnosgrupper, men ökningen är särskilt tydlig för psykiska sjukdomar och beteendestörningar som nästan har fördubblats (figur 7:2).

Även utredningar och andra vårdkontakter där diagnoser ännu inte har ställts har ökat ("faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med sjukvården").

En förklaring till att besöken i den specialiserade öppenvården tycks öka är att inrapporteringen till Socialstyrelsens patientregister har blivit bättre. Allt färre läkarbesök saknar uppgift om diagnos, vilket också bidrar till att besöken för vissa diagnosgrupper tycks öka.

### *Slutenvårdstillfällena har minskat för många diagnoser*

År 2011 skedde 147 100 vårdtillfällen av barn och unga i slutenvården, vilket motsvarar ungefär 6 700 vårdtillfällen per 100 000 barn och unga. Det sammanlagda antalet vård dagar var omkring 567 300. Pojkar behandlades något oftare än flickor inom slutenvården (tabell 7:2), och 2011 stod pojkarna för cirka 53 procent av vårdtillfällena.

Antalet vårdtillfällen och vård dagar varierar mellan olika åldrar. Ju yngre barnen är, desto fler är vårdtillfällena inom slutenvården. De minsta barnen, 0–4 år, stod för 45 procent av alla slutenvårdtillfällen för barn och unga 2011, och för över hälften av alla vård dagar.

Mellan 2001 och 2011 har vårdtillfällena minskat för hälften av diagnosgrupperna i figur 7:3. Minskningarna är emellertid små, med undantag för diagnosgruppen tumörer. Samtidigt har vård till följd av sjukdomar och tillstånd hos nyfödda (perinatala tillstånd) ökat.

### **Bemötandet får högst betyg i den specialiserade öppenvården**

Många föräldrar tycker att barnen blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Det visar resultat från patientenkäterna<sup>2</sup>, som genomförs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Svarfrekvenserna är låga och resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Uppgifterna ger likväl en bild av hur föräldrar upplever att deras barn blir bemötta inom den specialiserade sjukvården [4].

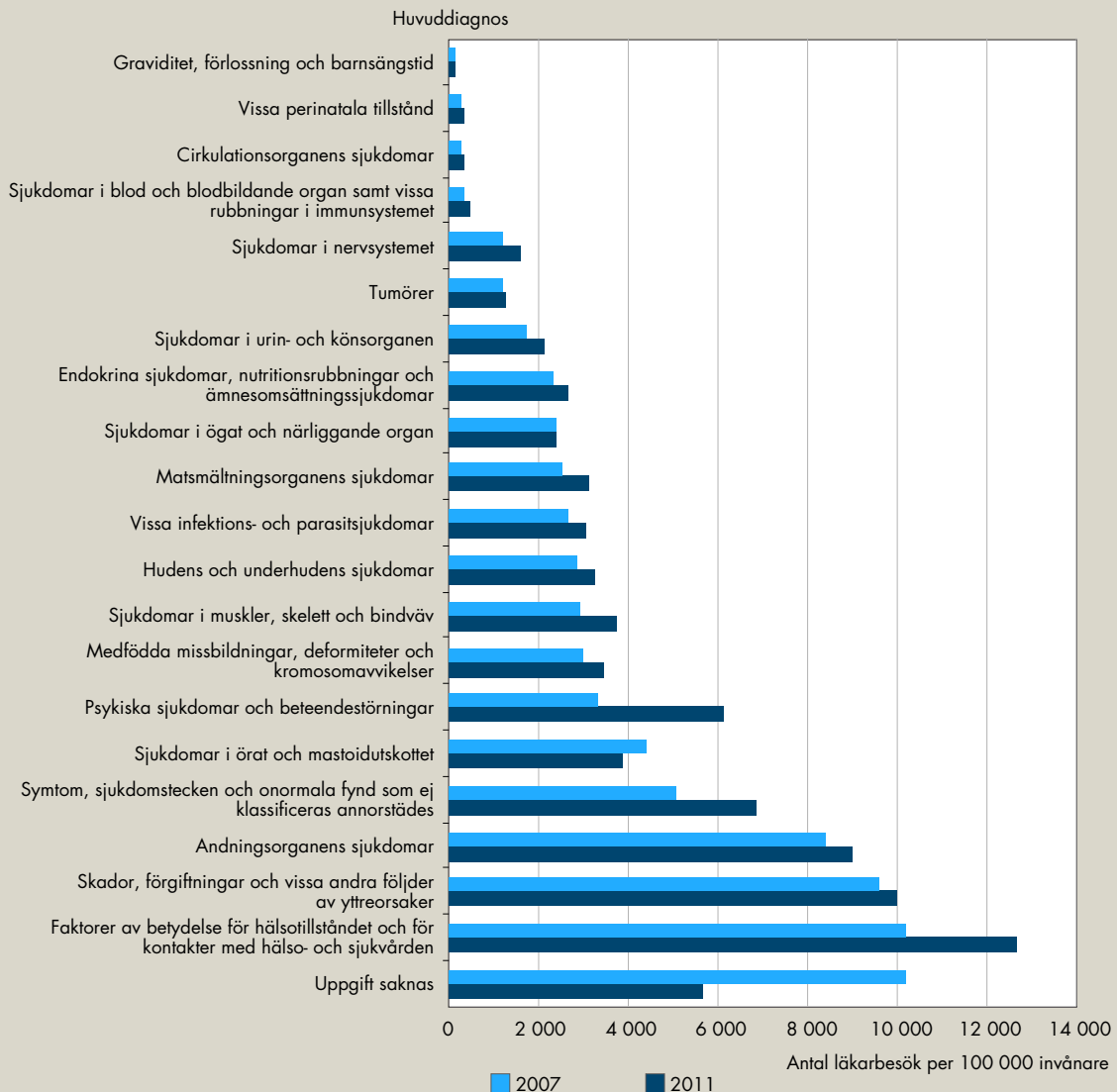
Föräldrarna upplever också att de och barnen får tillräckligt lång tid med läkaren och att det finns en plan för fortsatt vård. Bäst omdömen får den specialiserade öppenvården, men även här finns utrymme för förbättringar. Många föräldrar saknar information om förseningar och information om eventuella biverkningar av barnets nya läkemedel. Dessutom vill föräldrarna i större utsträckning kunna påverka dag och tidpunkt för besöket. Föräldrarna är också mindre nöjda med möjligheterna till sysselsättning i väntrummen och bristen på förberedelser inför besöket [4].

När det gäller slutenvården tycks föräldrarna vara nöjda med att de får stanna över natten hos barnen, i den utsträckning de önskar. Föräldrarna är i stor utsträckning nöjda med informationen från sjukhuset inför att barnet läggs in, men de saknar information om när barnet kan gå tillbaka till skolan och återuppta sina fritidsaktiviteter. Många upplever att sjuksköterskorna inte är till-

<sup>2</sup> Svarefrekvensen på undersökningen var 50 procent.

**Figur 7:2. Specialiserad öppenvård**

Antal läkarbesök i specialiserad öppenvård för barn 0–19 år under åren 2007 och 2011, uppdelat på de vanligaste diagnoserna.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## 7. Hälso- och sjukvård

**Tabell 7:2. Barn i slutenvård**

Antal vårdtillfällen och vårddagar samt medelvårdtid i dagar för barn 0–19 år i slutenvård, 2011.

Kön	Ålder	Vårdtillfällen	%	Vårddagar	%	Medelvårdtid
<b>Pojke</b>	0–4	37 830	49	172 140	60	5
	5–9	11 110	14	25 020	9	2
	10–14	10 510	14	28 770	10	3
	15–19	17 960	23	62 280	22	3
	<b>Totalt 0–19 år</b>	<b>77 410</b>	<b>100</b>	<b>288 200</b>	<b>100</b>	<b>4</b>
<b>Flicka</b>	0–4	28 760	41	136 730	49	5
	5–9	8 310	12	21 275	8	3
	10–14	9 360	13	30 545	11	3
	15–19	23 295	33	90 590	32	4
	<b>Totalt 0–19 år</b>	<b>69 725</b>	<b>100</b>	<b>279 140</b>	<b>100</b>	<b>4</b>
<b>Totalt</b>	0–4	66 590	45	308 870	54	5
	5–9	19 420	13	46 290	8	2
	10–14	19 870	14	59 310	10	3
	15–19	41 250	28	152 870	27	4
	<b>Totalt 0–19 år</b>	<b>147 135</b>	<b>100</b>	<b>567 340</b>	<b>100</b>	<b>4</b>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

räckligt informerade om barnets tillstånd. Trots det anser de allra flesta att barnets aktuella behov av sjukvård blir tillgodosett [4].

Föräldrarna skattar bemötandet inom akutsjukvården som något sämre än inom öppen- och slutenvården, men akutsjukvården får ändå övervägande positiva omdömen. De flesta föräldrar anser att deras barn får tillräcklig avskildhet vid undersökning och behandling. Avskildheten skattas också som tillräcklig när föräldrarna själva samtalar med personalen om barnets tillstånd eller behandling [4].

Majoriten av föräldrarna (90 procent) uppgav att deras barn fick komma till barnsjukvården inom tre månader efter beslut om undersökning eller behandling, det vill säga inom den tid som vårdgarantin anger. Andelen som anser att vänte-

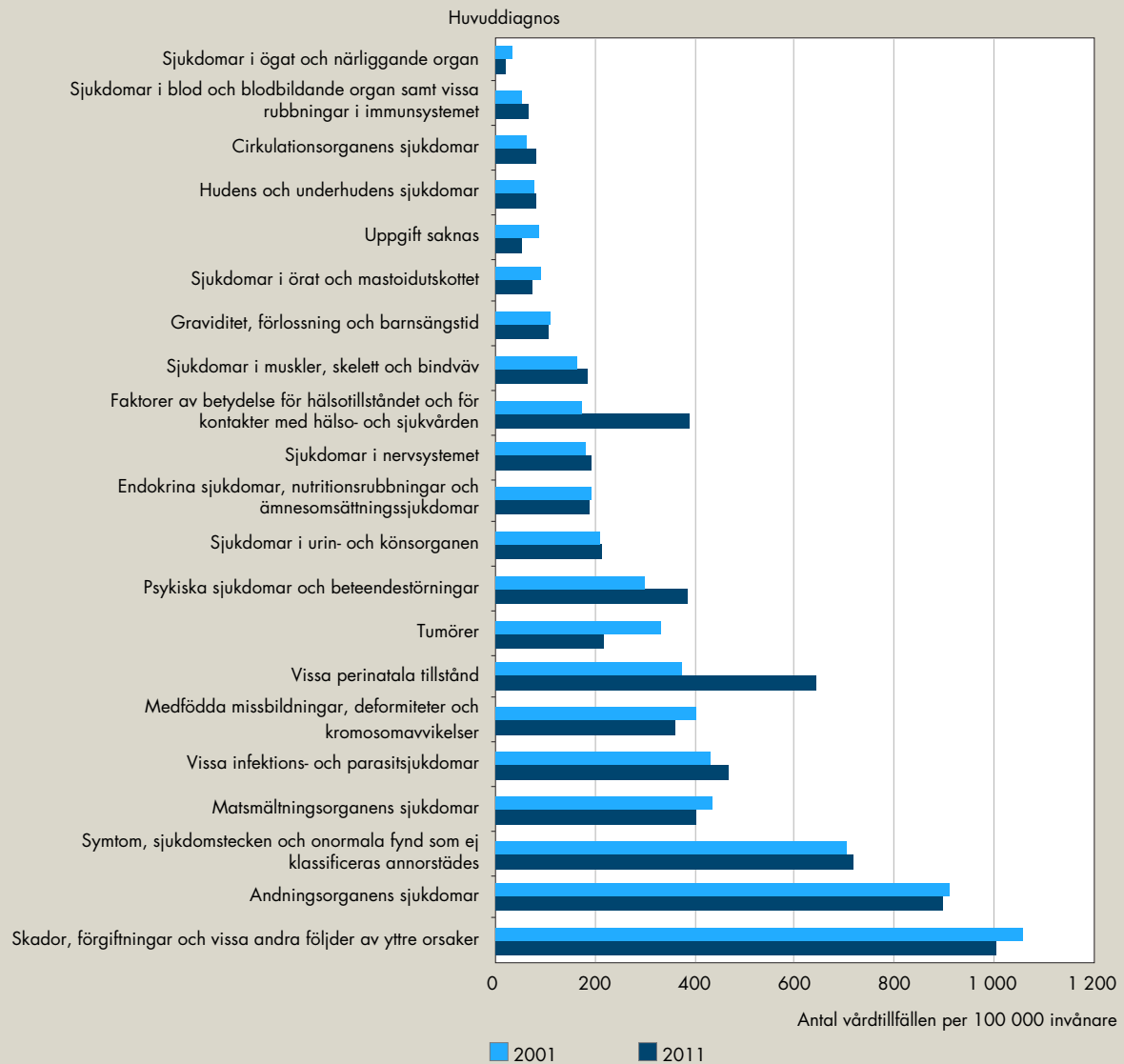
tiden var rimlig är lägre, 75 procent [4]. Resultatet visar dessutom följande:

- Många föräldrar till barn som har vistats inom slutenvården tycker att barnet blev utskrivet vid rätt tidpunkt (87 procent). Andelen som anser att barnet skrevs ut för tidigt var 11 procent, medan 2 procent tycker barnet var kvar för länge.
- De flesta barn som kommer till akutsjukvården blir undersökta av en läkare inom en timme. Ungefär 45 procent fick vänta två timmar eller mer på en läkarundersökning.
- När det gäller akutsjukvården efterlyser många föräldrar information om i vilken ordning patienter prioriteras, hur länge man behöver vänta på undersökning samt hur besöket går till.



**Figur 7:3. Slutenvård**

Antal vårdtillfällen i slutenvård för barn 0–19 år, 2001 och 2011, uppdelat på de vanligaste diagnoserna.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## 7. Hälso- och sjukvård

### *Andelen specialister inom barn- och ungdomsspecialiteter ökar*

År 2010 var 14 speciallistläkare per 100 000 invånare verksamma inom barn och ungdomsspecialiteter [5]. Tillgången på medicinska specialiteter har ökat i relation till befolkningen (tabell 7:3). Störst har ökningen av barnneurologer inom habiliteringen varit, som ökat från 0,7 till 1,3 per 100 000 invånare.

Sedan den 1 juli 2006 är barnonkologi en ny medicinsk specialitet. Det är emellertid fortfarande relativt få som har utbildat sig inom denna specialitet och i november 2010 var 42 specialister i barnonkologi yrkesverksamma i svensk hälso- och sjukvård [5].

Andelen verksamma specialister inom medicinska specialiteter per 100 000 invånare ökar alltså, men Socialstyrelsen kan inte bedöma i vilken utsträckning det innebär att vårdbehov också tillgodoses i högre utsträckning. Ett exempel är andelen barn och unga som vårdas för psykiska

sjukdomar och beteendestörningar. Antal vårdtillfällen har ökat dramatiskt för denna grupp, i synnerhet inom den specialiserade öppenvården. Men andelen verksamma med specialistkompetens per 100 000 invånare inom barn- och ungdomspsykiatri har endast ökat något under 2000-talet.

### Barnhälsovården

Barnhälsovården erbjuds till alla barn mellan 0 och 6 år (fram till start i förskoleklass). Verksamheten är frivillig och kostnadsfri i hela landet.

Barnhälsovårdens syfte är att främja hälsa och utveckling hos alla barn, att tidigt identifiera problem som rör barns tillväxt och utveckling samt att förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn. Genom att stödja och aktivera föräldrarna i sitt föräldraskap bidrar barnhälsovården till gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling hos barnen.

**Tabell 7:3. Personaltillgång i barnsjukvården**

Personalkategorier inom barnsjukvården utveckling över tid, antal per 100 000 invånare 2000–2010.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Barn- och ungdomssjuksköterskor	36	37	37	37	37	39	39	40	40	40	39
Medicinska specialiteter:											
Barn- och ungdomsallergologi	0,78	0,77	0,82	0,81	0,84	0,83	0,85	0,87	0,89	0,88	0,89
Barn- och ungdomskardiologi	0,26	0,28	0,30	0,32	0,37	0,35	0,35	0,38	0,35	0,33	0,35
Barn- och ungdomskirurgi	0,69	0,72	0,74	0,74	0,74	0,76	0,79	0,81	0,79	0,79	0,78
Barn- och ungdomsmedicin	9,05	9,25	9,16	9,45	9,61	9,68	10,09	10,03	10,17	10,36	10,33
Barn- och ungdomsneurologi med habilitering	0,74	0,79	0,84	0,87	0,95	1,06	1,15	1,17	1,17	1,20	1,26
Barn- och ungdomspsykiatri	3,22	3,21	3,19	3,29	3,33	3,43	3,45	3,41	3,44	3,46	3,31
Barn- och ungdomsradiologi	0,59	0,58	0,58	0,62	0,67	0,66	0,69	0,73	0,68	0,68	0,65
Barnonkologi	-	-	-	-	-	-	-	0,36	0,44	0,46	0,45

Källa: Nationella planeringsstödet (NPS), Socialstyrelsen.

I barnhälsovårdens uppdrag ingår såväl generella som riktade insatser. De generella insatserna handlar bland annat om hälsoövervakning, hälsoupplýsning, olycksfallsprofylax och vaccinationer. Barnhälsovården ska också uppmärksamma barn med särskilda behov eller barn som far illa.

Barnhälsovården roll för folkhälsan är viktig eftersom den når så gott som alla barn. Det krävs ett förtroendefullt förhållande mellan barnfamiljerna och barnavårdcentralens (BVC) personal för att i möjligaste mån erbjuda hjälp till familjer där barn far illa eller riskerar att fara illa. För detta är det viktigt att hälsoprogrammet är utformat så att alla barnfamiljer får ett intresse av att anlita BVC, även de familjer som av olika anledningar är negativt inställda till samhällets hjälpåtgärder.

### Föräldrar väljer själva vilken barnhälsovård de vill tillhöra

Barnhälsovården i Sverige är uppdelad i 36 barnhälsovårdområden, som består av ett landsting eller delar av ett landsting eller en region. För varje område finns en barnhälsovårdsöverläkare och en sjuksköterska som ansvarar för samordning och utveckling av barnhälsovården i området. Verksamheten organiseras i form av BVC som är bemannade med en eller flera sjuksköterskor. I de flesta landsting är BVC organisatoriskt knutna till primärvården och kan vara förlagda till en vårdcentral, en familjecentral eller ligga separat i ett bostadsområde.

En läkare med specialistkompetens i allmänmedicin eller i pediatrik är knuten till BVC och delar ansvaret för hälsoövervakningen med sjuksköterskan som är den centrala personen i barnavårdcentralens arbete. Tillgång till barnhälsovårdspedagog finns på de flesta håll, vilket

tillför psykologisk kompetens i arbetet med att förebygga och utreda orsaker till psykisk ohälsa hos barn och ett stöd för personalen i det psykosociala arbetet.

I Sverige finns det i dag cirka 1 700 BVC [6, 7]. I städer och större tätorter är det oftast så kallad ren BVC, det vill säga sjuksköterskan arbetar med enbart barnhälsovård. På landsbygden är det däremot vanligare att distriktssköterskan har barnhälsovård som en integrerad del i sitt övriga distriktssköterskearbete.

I och med det fria vårdvalet kan föräldrarna själva välja vilken BVC de vill tillhöra. I de flesta landsting ingår barnhälsovården dock i primärvårdsenheternas grunduppdrag (tabell 7:4). I Sörmland och Gävleborg är barnhälsovården ett tilläggsuppdrag och i Stockholm, Uppsala och Skåne organiseras barnhälsovården inom ett separat vårdval.

### Nationell kunskapsutveckling efterfrågas

Fram till 2008 reglerades barnhälsovårdsprogrammets hälsoövervakning av Socialstyrelsens allmänna råd (*Hälsoundersökningar inom barnhälsovården*) [8], men skriftens innehåll ansågs vara föråldrat och upphävdes i december 2008 [9]. I dag har Socialstyrelsen inga riktlinjer för hur barnhälsovården ska bedrivas, men på myndigheten pågår ett arbete med en vägledning för barnhälsovården [10]. Ett samlat kunskapsstöd till yrkesgrupperna finns i form av *Rikshandboken i barnhälsovård*, ett kunskapsunderlag som sammanställts av Svenska Barnläkarföreningen [11]. Rikshandboken i barnhälsovård är en webbaserad kunskapskälla om hälsa och utveckling hos barn i åldrarna 0–6 år. Rikshandboken uppdateras kontinuerligt, och ger rekommendationer och konkreta förslag på program och rutiner inom barnhälsovården.

**Tabell 7:4. Barnhälsovård i vårdenheters grunduppdrag**

Landsting och regioner där BVC ingår i vårdenheters grunduppdrag 2012.

Landsting/region	Har Bvc i grunduppdraget
Blekinge	Ja
Halland	Ja
Kronoberg	Ja
Sörmland	Tilläggsuppdrag
Västerbotten	Ja
Östergötland	Ja
Dalarna	Ja
Jämtland	Ja
Norrbottn	Ja
Uppsala	Nej (separat vårdval)
Västernorrland	Ja
Jönköping	Nej
Region Skåne	Nej (separat vårdval)
Västra Götaland	Ja
Västmanland	Ja
Gävleborg	Tilläggsuppdrag
Kalmar	Nej
Stockholm	Nej (separat vårdval)
Värmland	Ja
Gotland	Ja
Örebro	Ja

Källa: SKL (2012) Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar.

I samband med Socialstyrelsens vägledningsarbete för barnhälsovården har företrädare för yrkesgrupper ombetts identifiera utvecklingsområden och värdera vilka områden som bör prioriteras [10]. Yrkesgrupperna efterfrågar en övergripande nationell kunskapsutveckling. De lyfter fram svårigheterna med olika huvudmannaskap, som lett till olika uppdragsbeskrivningar och förutsättningar för verksamheternas arbete i olika

delar av landet. En likvärdighet efterfrågas för att motverka en ojämlig vård, liksom nationella kvalitetsregister för verksamheterna. Företrädarna vill framförallt prioritera det hälsofrämjande och förebyggande arbetet:

- tidiga tecken och metoder för att upptäcka psykisk ohälsa och utvecklingsavvikelser
- metoder och tidpunkter för genomförande av somatiska screeningar.

Utifrån yrkesgruppernas prioriteringar har Socialstyrelsen valt att i ett första skede koncentrera arbetet på att ta fram kunskapsöversikter inom tre områden:

- psykisk hälsa och ohälsa
- utvecklingsavvikelser
- somatisk screening.

Under 2013 har Socialstyrelsen publicerat kunskapsöversikter inom de två första av dessa områden [12, 13]. Arbetet med kunskapsöversikter och vägledningar fortsätter under 2013.

### Basprogrammen erbjuder hälsoövervakning

Barnhälsovården erbjuder hälsoövervakning av alla barn i ett basprogram som fastställs i respektive landsting. Basprogrammen följer fortfarande i stort sett de nu upphävda allmänna råden från 1991 [8]. I huvudsak är det hälsoövervakning, vaccinationer, hembesök, råd och information om egenvård och vanliga sjukdomar hos barn, om förebyggande av olycksfall samt individuellt stöd och förmedling av hjälpinsatser vid behov. Vid varje besök bedöms utveckling och tillväxt, men även barnets hälsotillstånd ur fysisk, psykisk och familjesocial synvinkel [11].

Många BVC arrangerar föräldrautbildning till grupper av föräldrar i första hand under barnets första levnadsår. Syftet är att stärka föräldrarna i deras föräldraroll. Det finns även exempel på riktade föräldragrupper, till exempel för ensamstående föräldrar, tonårsföräldrar, tvillingföräldrar och adoptivföräldrar.

### *Amningen har minskat något*

I barnhälsovårdens arbete ingår råd och stöd till föräldrarna för goda matvanor och för att stödja amningen [6]. Barnhälsovården ska också arbeta för att förebygga att övervikt eller fetma etableras före skolåldern. Föräldrar ska erbjudas hälsosamtal om kost och fysisk aktivitet. Om barnet riskerar övervikt eller fetma ska barnhälsovårdens rådgivning intensifieras. De flesta landsting har lokala vårdprogram som beskriver hur övervikt och fetma ska handläggas [14]. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram en nationell vägledning till barnhälsovården för hur arbetet med kost och fysisk aktivitet bäst ska bedrivas.

I vägledningen utgår Socialstyrelsen från de kostråd som Livsmedelsverket har publicerat [15]. Förutom D-vitamin ger bröstmjök all näring barnet behöver under hela första halvåret. Av barn födda 2010 amrades 63 procent helt eller delvis vid 6 månaders ålder. Andelen barn som ammas har minskat något under 2000-talet [16].

### *Föräldragrupper är vanligast innan barnet fyllt 1 år*

Föräldragrupper bedrivs nästan uteslutande efter lokalt eller regionalt utarbetade program som tar upp olika teman med anknytning till barn och föräldraskap [17]. Syftet är främst att ge information och möjligheter för föräldrar att knyta

kontakter med andra föräldrar och i samtalsform delge varandra sina erfarenheter.

I cirka en tredjedel av barnhälsovårdsområdena förekommer föräldragrupper även efter det att barnet fyllt 1 år [18]. Riktat föräldrastöd i grupp förekommer i 89 procent av områdena, till exempel till unga föräldrar, icke svensktalande föräldrar och till föräldrar med tvillingar, adopterade barn och prematura barn.

En studie i Uppsala läns landsting visade att deltagandet i föräldragrupper var lägre i familjer med en eller båda föräldrarna utlandsfödda, i familjer med lägre inkomster, och för unga eller ensamstående mödrar [19].

### **I hälsoövervakningen ingår även screening**

I BVC:s hälsoövervakning ingår olika screeningmoment för till exempel hörsel, syn, höftledsundersökning, psykomotorisk bedömning samt språk- och talbedömning.

En stor andel barn och deras familjer kan behöva tätare kontakter under perioder under barnets förskoleålder. Det kan röra sig om tillfälliga medicinska, psykologiska eller sociala problem hos barnet eller familjen. Andra grupper av barn som behöver uppmärksammas för att erbjudas individuellt anpassat stöd är de som kan tänkas vara i riskzonen för att utveckla problem. Det kan exempelvis vara barn som har fötts för tidigt, har adopterats eller invandrat, eller barn i vilkas familj det förekommer funktionsnedsättning, missbruk eller andra sociala påfrestningar.

I en avhandling studerades hur social position inverkar på kontakterna med BVC. Även om barnhälsovårdens universella medicinska program når i stort sett alla småbarnsföräldrar tycks verksamheterna inte ha någon kompensatorisk ansats, det vill säga selektiva eller riktade insatser i form av ökad kontakt med invandrarfamiljer,

familjer med låga inkomster, unga eller ensamstående mödrar [19].

### *Vanligast att screena alkoholvanor hos blivande mödrar*

Någon allmän screening av föräldrarnas alkoholvanor har inte tagits i bruk inom barnhälsovården. En del BVC erbjuder föräldrar att själva skatta sitt drickande och se om de har ett riskbruk. Dock screenar majoriteten av mödravårdscentralerna de blivande mödrarna för riskbruk [7]. År 2011 hade 87 procent av de blivande mödrarna screenats för riskbruk av alkohol.

### *Förlossningsdepression screenas framför allt hos svensktalande*

Förlossningsdepression (postpartum depression) kan drabba nyblivna mödrar en kort tid efter förlossningen. Depressionsformen är allvarlig, eftersom den förutom moderns egna besvär orsakar anknytningsproblem med spädbarnet under den första tiden i livet. Det finns en ökad risk för att den nyblivna modern skadar sig själv eller barnet. Förlossningsdepression drabbar oftare kvinnor som drabbats under tidigare förlossningar, som är ensamstående, har sämre hälsa, använt alkohol under graviditeten eller som har låg socioekonomisk status [20].

Screening för egentlig depression sex till åtta veckor efter förlossningen kan uppskatta risken för depression hos mamman med acceptabel säkerhet. Men en sådan screening hos nyblivna mammor ska bara göras när den ingår i ett bedömningssamtal och ska då utgöra ett stöd för en professionell bedömning och en klinisk intervju [21].

På många ställen i landet använder barnhälsovården en screeningmetod som kallas Edinburgh

Postnatal Depression Scale (EPDS). Med hjälp av ett frågeformulär riktat till mammor kan verksamheterna identifiera dem som är deprimerade och som bör erbjudas hjälp.

De flesta relevanta verksamheter arbetar med att tidigt identifiera svensktalande mödrar med depressiva symtom. EPDS finns i dag översatt och validerat till ett tjugotal språk [11]. En kartläggning visade att i 86 procent av barnhälsovårdsområdena var mer än hälften av sjuksköterskorna både utbildade i metoden och använde den [21]. Det var emellertid bara 32 procent av de undersökta verksamheterna som erbjöd screening till andra än svensktalande mödrar [21]. Barnhälsovården ska dock leva upp till hälso- och sjukvårdslagets mål om ”lika vård på lika villkor”, och även omfatta mödrar som behöver en tolk. De mödrar som hade behov av ytterligare stöd erbjöds samtal med BVC-sjuksköterska i 72 procent av områdena och med psykolog inom barnhälsovården i 25 procent av områdena [21].

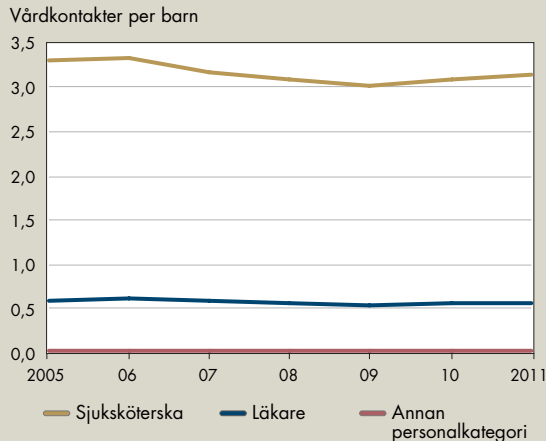
### **BVC har god täckning**

Barnhälsovården når så gott som alla barn som är bosatta i Sverige. Uppgifter från Uppsala län (från det regionala kvalitetsregistret Basta för barnhälsovård) visar att 99,9 procent av populationen hade gjort minst ett besök hos sjuksköterska eller läkare på BVC under sina första år [22]. Nittiosju procent av alla barn hade erhållit miniminivån, det vill säga sex eller fler besök hos sjuksköterska.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samlar årligen in uppgifter om olika besök i vården [22]. De uppgifterna pekar på en minskande trend under 2000-talet för besöksfrekvensen hos sjuksköterska på BVC och läkarbesök för förskolebarn (figur 7:4). Från 2010 tycks emellertid trenden vända och besöksfrekvensen hos sjuksköterskor åter öka.

### Figur 7:4. Besöksfrekvens i barnhälsovården

Vårdkontakter\* per barn hos läkare, sjuksköterska eller annan personalkategori i barnhälsovården, 2005–2011.



\*Viktade vårdkontakter per invånare (0-6 år). Vårdkontaktarna är mottagningsbesök, hembesök och telefonkontakter. Ett hembesök antas motsvara 2 mottagningsbesök och en telefonkontakt antas motsvara 1/3 mottagningsbesök.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

### Hembesöken ökar igen

Barnhälsovårdens besök hos nyblivna föräldrar har en lång tradition i Sverige. Hembesök erbjuds som en del av barnhälsovårdens generella service. De flesta landsting har en önskvärd lägsta nivå för andelen föräldrar som erbjuds och tar emot hembesök från BVC. Målnivån är ofta högre för familjer som får sitt första barn än för flerbarnsfamiljer.

Under 2000-talet har hembesöken i Sverige minskat, men åter ökat från 2010–2011 [22, 23]. Det framgår både av SKL:s statistik och av uppgifter från barnhälsovårdsenheter. Bland förstfödda barn är hembesöksfrekvensen som högst. Andelen förstagsföräldrar som fick hembesök

minskade dock från 76 procent 2002 till 67 procent 2007 [23].

Flera utländska undersökningar har visat att program med mer frekventa hembesök till riktade grupper har god effekt [24, 25]. I en svensk studie visade forskare att de mammor som fått hembesök under nyföddhetsperioden ammade sina barn längre än mammor som enbart besökt mottagningen [26].

I Socialstyrelsens allmänna råd som gällde fram till 2008 rekommenderades att alla nyblivna föräldrar skulle erbjudas ett besök i hemmet inom fem dagar efter hemgång från BB [8]. I dag saknas en sådan nationell rekommendation.

### Stora skillnader i utbud, metoder och uppföljning

Under våren 2010 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av vårdens arbete med tidig upptäckt av psykisk ohälsa hos barn, och i vilken utsträckning BVC erbjuder planerade stödsamtal, EPDS, föräldrargrupper och hembesök [27].

Resultaten visar att verksamheterna erbjuder dessa insatser i varierande grad. Däremot belyser svaren på frågorna om arbetsuppgifter mycket lite om utförandets kvalitet. I vad mån personalen på barnavårdscentralen har dokumenterade handläggningsrutiner för basala arbetsuppgifter kan vara en betydelsefull indikator.

En annan kartläggning, som också genomfördes år 2010, undersökte vilka metoder för hälsoövervakning som barnhälsovården erbjuder inom ramen för det generella basprogrammet [18]. Frågorna gällde antal läkarbesök per barn under förskoleåldern (varierade mellan 3–5), föräldrastöd, EPDS-screening, syn-, hörsel- och språkbedömning. Undersökningen visade att det även här finns skillnader i såväl utbud och metoder som uppföljning.

### Kvalitetsregister är under utveckling

Det finns planer på att inrätta ett nytt nationellt kvalitetsregister för barnhälsovården, och på så sätt utveckla möjligheterna till nationell uppföljning [28]. Registret har fått finansiering och beräknas starta 2013. Registret kommer innehålla ett antal mått, som tagits fram med bred professionell förankring. De mått som registret till att börja med föreslås innehålla är följande:

- Processmått:
  - erbjudande och deltagande i föräldragrupp
  - erbjudande och genomförda hembesök
  - screening för depression (EPDS)
- Resultatmått:
  - amning
  - vaccinationer
  - exponering för tobaksrök i hemmet
  - tillväxt (längd och vikt)

### Elevhälsa

Elevhälsan är en del av skolväsendet och ska stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Den ska ses i relation till de syften med utbildningen inom skolväsendet som anges i 1 kapitlet 4 § skollagen (2010:800):

”I utbildningen ska hänsyn tas till barns och elevers olika behov. Barn och elever ska ges stöd och stimulans så att de utvecklas så långt som möjligt. En strävan ska vara att uppväga skillnader i barnens och elevernas förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen”.

Kravet på en samlad elevhälsa infördes med den nya skollag (2010:800) som började gälla 2010. Enligt skollagen ska det finnas en elevhälsa med tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, speci-

alskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Inom elevhälsan ska det också finnas tillgång till personal med sådan kompetens att de elever som behöver specialpedagogiska insatser kan få det.

Regeln gäller både kommunala skolor och fristående skolor. Förskolan omfattas inte av kravet på att det ska finnas elevhälsa.

De nya bestämmelserna om elevhälsan ersatte tidigare krav på en skolhälsovård med tillgång till skolläkare och skolsköterska. Lagens krav på en samlad elevhälsa innebär därför en höjd ambitionsnivå i skolans elevhälsoarbete [29, 30]. Under perioden 2012–2015 genomför regeringen också en särskild satsning för att stärka elevhälsan. Satsningen omfattar statsbidrag som skolhuvudmännen kan söka. Den omfattar också utbildningsinsatser och annat nationellt arbete för ett långsiktigt kvalitetsarbete inom elevhälsan [31].

Eftersom lagkravet på en samlad elevhälsa bara är ett par år gammalt finns det få uppgifter om verksamheten i denna form. De kartläggningar och uppföljningar som gjorts under senare år avser främst den tidigare skolhälsovården. Ibland har dock även skolpsykologernas och skolkuratorernas arbete tagits med i dessa studier.

### Ansvar för de medicinska delarna skiljer sig mellan skolor

Rektorn har ansvar för att elevhälsans verksamhet utformas så att eleverna får det stöd och den hjälp de behöver. I en granskning som Skolinspektionen genomförde hösten 2011<sup>3</sup> uppgav nästan samtliga svarande rektorer att de hade kännedom om de nya bestämmelserna om elevhälsan. Omkring hälften uppgav vidare att de behövt ändra

<sup>3</sup> Granskningen genomfördes i ett urval bestående av 764 kommunala och fristående skolor.



något till följd av de nya bestämmelserna. En stor majoritet av rektorerna svarade ja på frågan om de har mål för hur det förebyggande och hälsofrämjande elevhälsoarbetet ska främja elevernas utveckling och utbildningens mål [32].

Huvudmännens ansvar för elevhälsan är inte alltid knutet till tydliga uppdrag eller någon löpande uppföljning av verksamheten. Socialstyrelsen genomförde 2009 en enkätundersökning inom den dåvarande skolhälsovården bland kommunerna i fyra regioner och län. Uppdragshandlingar för skolläkare och skolsköterskor saknades i de flesta kommuner som svarade på enkäten. Ännu ovanligare var det bland dessa kommuner att lokalt samla in statistik om skolsköterskornas, skolpsykologernas och kuratorernas arbete [33].

### *Det nationella ansvaret delas mellan myndigheter*

På nationell nivå har flera statliga myndigheter ansvar för uppgifter som gäller elevhälsan. Skolverket arbetar med normering, statistik och kunskapsstöd inom området. Socialstyrelsen tar också fram kunskapsstöd till elevhälsans medicinska och psykologiska delar. Specialpedagogiska skolmyndigheten ger stöd för de specialpedagogiska insatserna och kompletterar de specialpedagogiska resurserna i kommuner och fristående verksamheter.

Skolinspektionen och Socialstyrelsen granskar elevhälsan, och har en överenskommelse om att samverka inom området [34]. Socialstyrelsen granskar både verksamheten och personal inom den del av elevhälsan som arbetar med hälso- och sjukvårdsverksamhet<sup>4</sup>. Skolinspektionen granskar den del av elevhälsan som regleras i skolla-

gen, det vill säga att det ska finnas tillgång till elevhälsa samt hur den fungerar vid skolenheten.

Socialstyrelsen gav 2004 ut riktlinjer för skolhälsovården [35]. Under 2013 kommer myndigheten att publicera nya vägledningar för elevhälsan [10].

Några av elevhälsans yrkesgrupper – skolläkare, skolsköterskor och psykologer – är legitimerade och omfattas av grundläggande behörighetskrav och enskilt yrkesansvar. Sådana krav finns inte på kuratorerna. I dag varierar kommunernas krav på skolkuratorernas kompetens. Drygt hälften av de kommunalt ansvariga som svarade på Socialstyrelsens enkätundersökning 2009 ställde krav på att skolkuratorer skulle ha socionomexamen [33].

### **Elevhälsans personal ökar**

Elevhälsans uppdrag är mycket stort sett till antalet berörda barn och enheter. Hösten 2011 fanns det nästan 1,4 miljoner barn och unga i de skolformer som omfattas av kravet på elevhälsa och närmare 10 000 skolor bedrev undervisning [36].

Skollagen preciserar vilka kompetenser som ska finnas inom elevhälsan, men den möjliggör vissa lokala variationer. Det är skolhuvudmannen som avgör hur mycket personal skolan ska ha och vilken kompetens som behövs utifrån lokala behov och förutsättningar. För de delar av elevhälsan som faller under hälso- och sjukvårdslagen gäller dock att den personal ska finnas som behövs för att eleverna ska kunna få god vård [34]. Socialstyrelsen har uppmärksammat brister på den punkten och krävt att elevhälsan har den personal som krävs enligt hälso- och sjukvårdslagens regler [37].

Elevhälsans organisation varierar mellan skolor. Skolläkare och psykologer är ofta anställda utanför den enskilda skolans organisation, till

<sup>4</sup> Från och med juni 2013 tar Inspektionen för vård och omsorg över Socialstyrelsens tillsynsansvar.

exempel i den centrala utbildningsorganisationen i kommunen, i landstinget eller hos en enskild uppdragstagare. Även andra personalgrupper kan vara anställda i en central organisation utanför den enskilda skolan [33].

Antalet anställda inom elevhälsan ökade något i både kommunala och fristående skolor under 00-talets första år, enligt Skolverkets personalstatistik. Samtidigt minskade också antalet elever per årsarbetare inom elevhälsan. Fortfarande är antalet elever per skolläkare och skolpsykologer dock relativt stort<sup>5</sup> (figur 7:5, 7:6).

### Elevernas behov täcks inte fullt ut

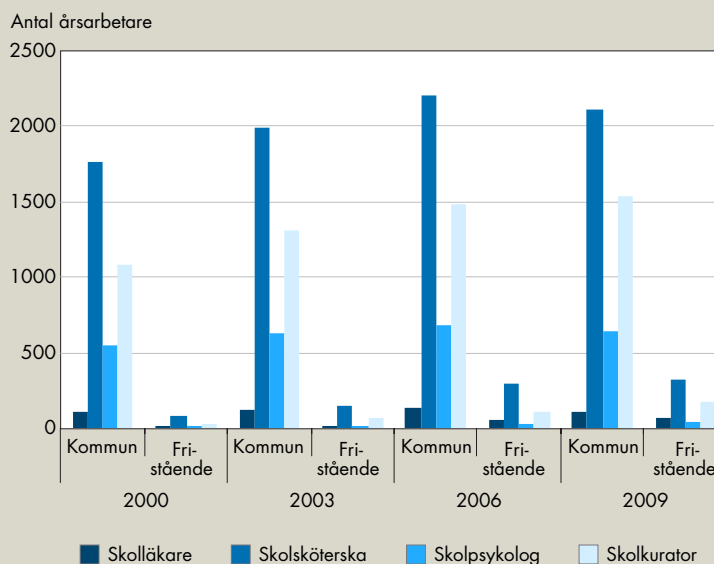
Trots ökningen av personal uppger företrädare för kommunala skolor att tiden för olika personalgrupper inom elevhälsan inte alltid räcker till för att täcka elevernas behov (tabell 7:5). När Skolinspektionen granskade elevhälsan hösten 2011 var det främst tillgången på skolpsykolog som bedömdes vara för liten, men även bristande tillgång till kurator och specialpedagogiska insatser nämndes. Företrädare för de fristående skolorna bedömde i högre grad att elevernas behov täcktes.

Skolinspektionens granskning ger också en bild av hur skolorna tolkar skollagens krav på tillgång till olika kompetenser inom elevhälsan. Skolläkaren och skolpsykologen var ofta bara tillgängliga vid behov (tabell 7:6). Mer än två av tre

5 Formerna för statistiken håller på att ses över, och senare uppgifter har ännu inte samlats in.

**Figur 7:5. Anställd personal inom elevhälsan**

Antal årsarbetare inom skolhälsovården eller elevhälsan, 2000–2009\*, uppdelat på kommunala och fristående skolor.



Källa: Skolverkets statistik över personal i skola och vuxenutbildning.

kommunala och fristående skolor uppgav att de inte hade regelbunden tillgång till en psykolog inom elevhälsan.<sup>6</sup>

En annan aspekt är om eleverna har tillgång till de olika personalgrupperna på den egna skolan. Enligt en inspektion 2011 var en skolsköterska och en kurator tillgängliga för eleverna i nästan alla skolor. Oftast får eleverna också möta skolläkaren och psykologen på den egna skolan, men här är det vanligare att de finns någon annanstans, till exempel på en annan skola (tabell 7:7).<sup>7</sup>

6 För specialpedagogiska insatser gjordes ingen uppdelning på regelbunden tillgång och tillgång vid behov.

7 Frågan omfattade inte tillgången till specialpedagogiska insatser.

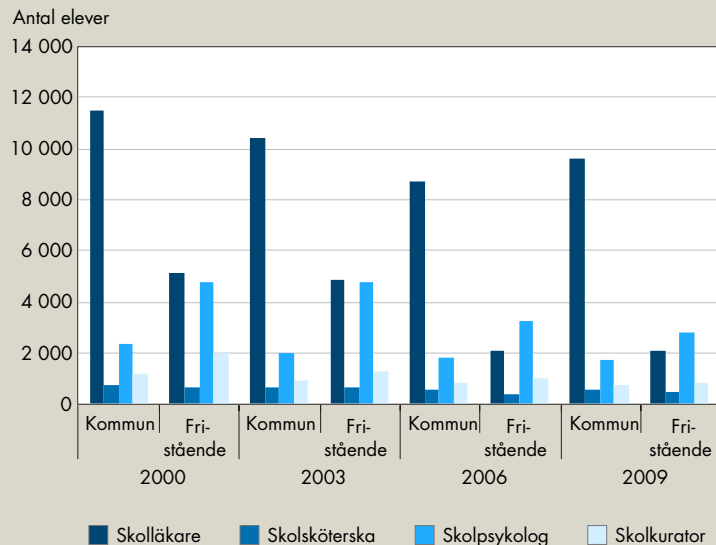
Även andra undersökningar pekar på stora skillnader i tillgången på olika kompetenser inom elevhälsan. En enkät som Socialstyrelsen genomförde 2010 visade att antalet elever per skolsköterska, kurator och psykolog varierar kraftigt. Väntetiderna för nya ärenden kunde också vara långa. För psykologerna handlade det om cirka 10 veckor i kommunala skolor och drygt 20 veckor i fristående skolor. Bilden av att det finns stora lokala variationer i tillgången på psykologer bekräftas i en rikstäckande undersökning som Psykologförbundet genomförde 2011 [33, 38].

För att ytterligare öka tillgången till kompetent personal inom elevhälsan har regeringen gett Skolverket i uppdrag att under perioden 2012–2015 fördela ett statsbidrag till kommuner och skolhuvudmän. Statsbidraget ska användas för att anställa fler personer inom elevhälsans yrken [30]. I den första omgången, som beslutades 2012, prioriterades ansökningar om bidrag till skolläkare, skolsköterskor, kuratorer och skolpsykologer.

Enligt ett tillsynsbeslut från Skolinspektionen 2012 handlar elevhälsans arbete dock inte bara om att säkra tillgången till de kompetenser som anges i skollagen. Elevhälsan måste också arbeta som en gemensam enhet för att stödja elevernas lärande och få möjlighet att tillsammans med skolans rektor och personal utveckla arbetet med till exempel åtgärdsprogram för särskilt stöd [39].

**Figur 7:6. Antal elever per anställd i elevhälsan**

Antal elever per årsarbetare inom skolhälsovården eller elevhälsan, 2000–2009\*, uppdelat på kommunala och fristående skolor.



Källa: Skolverkets statistik över personal i skola och vuxenutbildning.

### Elevhälsan arbetar både generellt och individuellt

Elevhälsans arbete är både generellt, i och med att det rör alla elever i skolan, och individuellt, i och med att det rör enskilda elever som riskerar ohälsa och att förhindras i sin utveckling och sitt lärande.

De generellt inriktade uppgifterna omfattar bland annat elevhälsans medverkan i arbetet för en god arbetsmiljö för eleverna, med skolans värdegrund och mot mobbing och kränkande behandling. Elevhälsan har även en roll i hälsofrämjande undervisning om tobak, alkohol och andra droger samt om livsstilsrelaterad ohälsa och om sex och samlevnad.

## 7. Hälso- och sjukvård

**Tabell 7:5. Räcker personalens tid till för behoven inom elevhälsan?**

Andel (%) skolor som svarat på om den tillgängliga tiden för olika personalkategorier räcker till för att täcka elevernas behov. Kommunala skolor respektive friskolor, 2011.

Personalkategori	Ja, tillräcklig tillgång		Nej, otillräcklig tillgång		Vet ej	
	Kommunala	Friskolor	Kommunala	Friskolor	Kommunala	Friskolor
Skolläkare	59	91	18	4	22	4
Skolsköterska	78	90	15	4	6	6
Kurator	65	80	28	3	6	8
Psykolog	51	92	41	6	8	2
Specialpedagogiska insatser	77	85	22	12	1	2

Källa: Skolinspektionen 2011.

**Tabell 7:6. Regelbunden tillgång till personal i elevhälsan**

Andel (%) skolor som svarat på om de har regelbunden tillgång till olika personalkategorier i elevhälsan, tillgång vid behov eller ingen tillgång. Kommunala skolor respektive friskolor, 2011.

Personalkategori	Regelbunden tillgång		Tillgång vid behov		Ingen tillgång	
	Kommunala	Friskolor	Kommunala	Friskolor	Kommunala	Friskolor
Skolläkare	59	51	39	46	2	2
Skolsköterska	98	88	2	9	0	1
Kurator	70	42	24	44	6	7
Psykolog	30	22	67	69	3	12

Källa: Skolinspektionen 2011.

### *Hälsokontrollerna har varierande innehåll*

En annan viktig uppgift för elevhälsan är att erbjuda hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller. Enligt skollagen ska elever i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan som omfattas av kravet på elevhälsa erbjudas minst tre sådana hälsobesök, som ska vara jämnt fördelade under skoltiden. Mellan hälsobesöken ska eleven dessutom erbjudas undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller. I gym-

nasieskolan och gymnasiesärskolan ska varje elev erbjudas minst ett hälsobesök som innefattar en allmän hälsokontroll.

Vad som ska ingå i hälsobesöken är inte reglerat. I Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården 2004 beskrivs olika delar av innehållet, det gäller frågor om såväl somatisk utveckling och hälsa som psykisk utveckling och hälsa [35]. Ett vanligt inslag i hälsobesök är screeningundersökningar för att upptäcka tillväxtavvikelse, syn-

**Tabell 7:7. Tillgång till elevhälsans personal på den egna skolan**

Andel (%) skolor som svarat på om tillgången till olika personalkategorier i elevhälsan finns på den egna skolan eller i annan lokal. Kommunala skolor respektive friskolor, 2011.

Personalkategori	Tillgång på skolan		Tillgång i annan lokal	
	Kommunala	Friskolor	Kommunala	Friskolor
Skolläkare	76	75	24	25
Skolsköterska	96	92	4	8
Kurator	94	87	6	13
Psykolog	78	86	22	14

Källa: Skolinspektionen 2011.

eller hörselnedsättning och ryggdeformitet (skolios). När Skolinspektionen granskade elevhälsan hösten 2011 uppgav praktiskt taget samtliga svarande rektorer att alla elever på skolan erbjuds hälsobesök med hälsokontroller. Att det ändå kan förekomma brister i olika elevers tillgång till hälsobesök framgår av en lokal studie i Malmö av den dåvarande skolhälsovårdens kontakter med familjehemsplacerade barn och unga [40].<sup>8</sup>

Vid sidan av olika screeningundersökningar är hälsosamtal en vanlig del av hälsobesöken, särskilt för att upptäcka tecken på psykisk ohälsa eller andra problem som kan göra att en elev behöver stöd. Hälsosamtalen kan utformas på olika sätt, till exempel med hjälp av strukturerade frågeformulär och former för samtal. Skolsköterskor använder elevhälsoenkäter för att följa elevernas hälsoutveckling och för att få underlag för samtal vid hälsobesök. Andra metoder och strukturerade arbetssätt förekommer också i individuella elevkontakter för att upptäcka behov av stöd vid till exempel psykisk ohälsa och för att ge sådant stöd. Vetenskapliga studier och vetenskaplig dokumen-

tation saknas för merparten av den tidigare skolhälsovårdens arbetsformer och insatser [33, 41, 42].

En annan viktig uppgift för elevhälsan är vaccinationer, se vidare i avsnittet om vaccinationer längre fram i detta kapitel.

### Elevhälsans roll vid utredningar utvärderas sällan

En av elevhälsans mer individuellt inriktade uppgifter är att vara en resurs vid utredningar av elevers behov av särskilt stöd. Särskilt stöd är en lagstadgad uppgift av stor betydelse för många elever som har eller riskerar problem med utbildningen, hälsan eller det sociala välbefinnandet. Ändå har elevhälsans möjligheter att bidra till utredningar om särskilt stöd hittills uppmärksamats relativt lite i uppföljningar och forskning.

Vid behov får elever anlita elevhälsan för enkla sjukvårdsinsatser, och elevhälsan har ofta ”öppna mottagningar” för att elever själva ska kunna ta kontakt med till exempel skolsköterskan. Mottagningsverksamheten ska inte ersätta primärvården men kan spela en viktig roll för tidig upptäckt av hälsoproblem som är relaterade till skolan [33].

<sup>8</sup> Läs mer i avsnittet om heldygnsplacerade barn och unga, kapitel 3.

### Samverkan fungerar olika väl i landet

En av elevhälsans främsta uppgifter är att remittera elever till hälso- och sjukvården. Det gäller vid både somatisk och psykisk ohälsa. Inte minst i utredningar av exempelvis adhd och autismspektrumtillstånd behöver elevhälsan samverka med barn- och ungdomspsykiatri. Denna samverkan mellan elevhälsan och hälso- och sjukvården fungerar olika i landet, det visar Socialstyrelsens uppföljning av de senaste årens satsningar på förbättrad tillgänglighet till vård för barn och unga med psykisk ohälsa. En tredjedel av landstingen uppgav att de hade länstäckande styrdokument för att samverka med elevhälsan i länet. För landstingen är det ofta en logistisk utmaning att samverka med ett stort antal kommuner och fristående skolor. Resultaten från en tidigare enkätundersökning inom skolhälsovården 2009 visar också på brister i samverkan vid tecken på psykisk ohälsa hos elever [41, 43].

När elevhälsan samverkar med hälso- och sjukvården väcker sekretessreglerna ofta frågor, både för olika delar av elevhälsan och hos olika huvudmän. En statlig utredning har sett över sekretessreglerna inom skolan och lämnat förslag på vissa förändringar som nu bereds inom Regeringskansliet [44]. En annan statlig utredning har föreslagit en översyn av skolans sekretessregler i förhållande till sekretessen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården [45]. Vid nationell tillsyn och lokala studier har det framkommit att det kan bli problem med informationsöverföringen när elever byter skola. Det leder både till risker för bristande stöd från den nya skolan och till svårigheter att i efterhand följa upp vilka insatser som en elev har fått från olika skolor [40, 47].

### Många satsningar på att förstärka elevhälsan

Regeringens satsning på en förstärkt elevhälsa omfattar, förutom statsbidrag för nyanställningar, även insatser för att utveckla och följa upp verksamheten. Skolverket har i uppdrag att fortbilda personal i elevhälsan och att ta fram en modell för att följa upp och utvärdera kvaliteten i elevhälsan.

Sedan tidigare har också Riksföreningen för skolsköterskor och Svenska skolläkarföreningen tagit fram indikatorer för god och säker skolhälsovård. Dessa indikatorer omfattar fyra centrala områden inom både skolhälsovårdens och elevhälsans arbete:

- elevens inlärningsmiljö ur ett medicinskt perspektiv
- tidiga insatser
- elevtrygghet och bekräftande bemötande
- samverkan [47].

Hälsoenkäter och hälsosamtal är ett annat aktuellt utvecklingsområde. Det handlar bland annat om möjligheterna att ta fram en nationell elevhälsoenkät med utgångspunkt i material och erfarenheter från en elevhälsoenkät som utformats av Landstinget Västernorrland. Ett utvecklingsarbete för att ta fram ett strukturerat hjälpmedel för skolsköterskans hälsosamtal har under senare år genomförts av primärvårdens FoU-enhet i Jönköpings läns landsting och Hälsohögskolan i Jönköping [48].

### Vaccinationer

Vaccination är en av de mest effektiva och kostnadseffektiva medicinska insatser som finns [49]. Alla barn i Sverige rekommenderas de vaccina-

tioner som ingår i det svenska vaccinationsprogrammet. Anledningen är att sjukdomarna som dessa vacciner skyddar mot

- är allvarliga
- oftast är smittsamma
- i vissa fall kan orsaka bestående skador.

Ytterligare en anledning till rekommendationerna är att det finns bra vacciner.

### Om vacciner

När en person blir vaccinerad tillförs kroppen en försvagad form, eller delar, av det smittämne som orsakar en sjukdom. Då bildas antikroppar och om personen senare blir utsatt för smitta är kroppens immunförsvar aktiverat och kan oskadliggöra smittämnet innan sjukdomen bryter ut. Alla vacciner är olika, men av de flesta behövs mer än en dos för att ge personen ett grundskydd. Dessutom behöver personen efter en tid oftast få en eller flera påfyllnadsdoser, så kallade booster-doser, för att uppnå en långvarig skyddseffekt [50].

Vaccinationerna ger de allra flesta barn skydd mot sjukdomarna och förhindrar också att barnet smittar andra. Det fåtal barn som av olika skäl inte kan vaccineras, eller som inte svarar på vaccinationen, får ändå ett visst indirekt skydd genom att nästan alla barn i Sverige deltar i programmet [51].

Det övergripande syftet med vaccinationer som preventiv insats är att säkerställa en god folkhälsa. Med vaccinationsprogrammet strävar Sverige efter att kontrollera de sjukdomar som vaccinen ska skydda mot – det vill säga att begränsa spridningen av respektive sjukdom eller att så långt som möjligt minska cirkulationen av smittämnet i samhället.

På grund av ökat resande och global rörlighet kan mindre sjukdomsutbrott ändå uppstå. Att helt

utrota en sjukdom är bara möjligt om alla världens länder lyckas uppnå ett tillräckligt skydd i befolkningen. Dessutom förutsätter det att smittämnet inte kan överleva i naturen eller hos djur. Man kan bara sluta vaccinera när en sjukdom är helt utrotad i hela världen, vilket var fallet med smittkoppor 1979. Man hoppas nu att polio snart ska kunna utrotas och att mässling och andra sjukdomar följer i framtiden [51].

### Det allmänna svenska barnvaccinationsprogrammet är frivilligt

Alla länder har vaccinationsprogram, men dess utformning varierar beroende på olika sjukdomars utbredning och börda (antal fall och graden av allvarlighet), samt på den ekonomiska och praktiska möjligheten att genomföra vaccinationer [49]. Vissa länder har valt att göra en eller flera vaccinationer i programmet obligatoriska. Andra länder har en form av indirekt tvång, exempelvis i form av att det krävs ett vaccinationsintyg för att ett barn ska få börja skolan, samtidigt som landet har allmän skolplikt. I Sverige infördes smittkoppsvaccin som den första allmänna vaccinationen redan 1816, och sjukdomen sågs som ett så allvarligt hot att vaccinationen blev obligatorisk. I dag finns dock inga tvingande krav på vaccinationer, utan barnets vårdnadshavare avgör om barnet ska vaccineras [51].

Tidigare har vaccinationsprogrammet legat under Socialstyrelsens ansvar med regeringens bemyndigande, men sedan den 1 januari 2013 är regeringen den instans som beslutar om vilka vaccinationer som ska ingå i programmet. Ansvaret för genomförandet och kostnaderna ligger dock fortfarande hos regioner eller landsting (vaccinationer inom barnhälsovården) och kommuner (vaccinationer inom elevhälsan).

**Tabell 7:8. Vaccinationer**

Rekommenderade vaccinationer inom det nuvarande svenska vaccinationsprogrammet.

Barnhälsovården	Årskurs	Vaccination mot	Dos
3 mån		difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib och pneumokocker	dos 1
5 mån		difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib och pneumokocker	dos 2
12 mån		difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib och pneumokocker	dos 3
18 mån		mässling, påssjuka och röda hund	dos 1
5-6 år		difteri, stelkramp, kikhosta och polio	dos 4
<b>Elevhälsan</b>			
6-8 år	1-2	mässling, påssjuka och röda hund	dos 2*
10-12 år	5-6	HPV (flickor födda 1999 eller senare)	dos 1-3
14-16 år	8-9	difteri, stelkramp, kikhosta	dos 5

\* Barn födda till och med 2001 får den andra dosen mot mässling, påssjuka och röda hund vid 12 års ålder i årskurs 6.

Källa: Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:22) om vaccination av barn.

Tabell 7:8 visar de vaccinationer som rekommenderas inom den allmänna delen av det nuvarande svenska vaccinationsprogrammet (SOSFS 2006:22). De rekommenderade vaccinationerna börjar med den första dosen när barnet är tre månader och fortsätter upp till skolans årskurs 8 och 9 när barnet är 14–16 år. I programmet ingår vaccinationer mot nio sjukdomar: difteri, stelkramp, kikhosta, polio, infektioner orsakade av bakterien *Haemophilus influenzae* typ b (Hib), infektioner orsakade av pneumokocker, samt mässling, påssjuka och röda hund. Sedan den 1 januari 2010 erbjuds dessutom alla flickor födda 1999 eller senare vaccination mot humant papillomvirus (HPV)<sup>9</sup>.

Utöver det allmänna programmet finns så kallade riktade program, där vissa vaccinationer rekommenderas till barn som av individuella medicinska skäl bedöms löpa ökad risk för att drabbas

av ett svårt sjukdomsförlopp vid sådana infektioner.

### Vacciner i programmet är noggrant testade och väl övervägda

Vacciner skiljer sig från de flesta andra läkemedel på så sätt att de ges i förebyggande syfte till friska personer. Därför ställs extra höga krav på vacciners effektivitet och säkerhet. Att utveckla ett nytt vaccin tar ofta 10–15 år och innebär bland annat omfattande kliniska prövningar, som måste utföras under lång tid och med hög kvalitet och säkerhet. Även efter att ett vaccin har blivit godkänt och kommit ut på marknaden ställs höga kvalitetskrav på hur det tillverkas och distribueras, och myndigheter fortsätter att övervaka och följa upp vaccinetns verkan och säkerhet. Oftast görs uppföljande studier under flera år efter att vaccinet godkänts [52].

De vacciner som används i Sverige är noggrant testade och används också i många andra länder.

9 HPV kan bland annat orsaka livmodercancer.



Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomförde 2009 en granskning av vaccinationerna i dagens barnvaccinationsprogram. SBU slår där fast att det är vaccinernas förtjänst att mycket få barn numera insjuknar eller dör i de tidigare vanliga smittsamma sjukdomarna. SBU drar slutsatsen att nyttan med det svenska barnvaccinationsprogrammet vida överstiger riskerna för eventuella biverkningar [53].

Inga medicinska åtgärder är dock helt fria från risker, inte heller vaccinationer. Fördelen med vaccinationer är att individen får ett skydd mot sjukdom och smittspridning. Nackdelen är risken för biverkningar, det vill säga de oönskade reaktioner som vaccinet kan orsaka. Inför ett beslut om att rekommendera en allmän vaccination görs en riskkalkyl, där för- och nackdelar med att införa vaccinationen vägs mot för- och nackdelar med att låta bli. Några exempel på medicinska faktorer som väger in är:

- Hur stor är sjukdomsbördan (antal fall och graden av allvarlighet)?
- Hur bra skydd ger vaccinet och hur länge består skyddet?
- Vilka är vaccinets biverkningar?
- Sker några ekologiska förändringar av smittämnet om vaccinationen införs?

Dessutom är en rad andra faktorer av stor betydelse för beslutet. Ett nytt vaccin måste passa in i det existerande schemat (tabell 7:8), och det är förstås också viktigt att ta hänsyn till kostnaderna – både för själva vaccinet och för kringutrustning, administration, dokumentation och personal – i relation till de samhällsbesparingar vaccinet innebär i form av till exempel minskad sjuklighet [51].

Efter att stora delar av befolkningen hade vaccinerats mot den pandemiska influensan A (H1N1) 2009 upptäcktes ett samband mellan vac-

cinet Pandemrix och narkolepsi. Det vaccinet används inte längre och skiljer sig helt från det säsongsinfluensavaccin som ges årligen. Säsongsvaccinet ges till cirka en miljon svenskar varje år och har getts till flera miljarder människor i drygt 40 år. I det svenska barnvaccinationsprogrammet ingår det dock inte något vaccin mot influensa, utan denna vaccination rekommenderas endast personer som tillhör speciellt riskutsatta grupper.

### *Uppföljning av vaccinationer*

Övervakningen av ett vaccinationsprogram har fyra grundpelare:

- övervakning av sjukdomsförekomsten
- registrering av vaccinationstäckningen
- seroepidemiologiska undersökningar
- uppföljning av biverkningar.

Praktiskt taget alla sjukdomar som ingår i det svenska programmet är så kallade anmälningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsinstitutet sammanställer anmälningarna och analyserar statistiken nationellt<sup>10</sup>. Sedan 1981 registrerar barn- och skolhälsovården årligen anslutningen till vaccinationsprogrammet. Även detta material sammanställs av Smittskyddsinstitutet, som sedan återskärter till barn- och skolhälsovården och smittskyddsläkarna i landstingen, samt till Socialstyrelsen och till världshälsoorganisationen WHO [51].

För att bättre kunna följa vaccinationstäckningen i landet har ett nationellt vaccinationsregister upprättats vid Smittskyddsinstitutet, och sedan den 1 januari 2013 ska alla vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn

<sup>10</sup> Från och med 1 januari 2014 övergår SMI till den nya Folkhälsomyndigheten.

rapporteras in till detta nya register. Smittskydds-institutet genomför också återkommande immunitetsundersökningar genom att mäta antikroppar i blodprover, så kallade seroepidemiologiska studier. Syftet med dessa undersökningar är att få en överblick av befolkningens skydd mot de sjukdomar som redan ingår i vaccinationsprogrammet eller mot sjukdomar som kan komma att inkluderas i programmet i framtiden [54]. I Sverige sköts uppföljningen av biverkningar av Läkemedelsverket. Tidigare kunde bara sjukvårdspersonal rapportera biverkningar, men sedan 2008 kan även patienter och deras anhöriga själva göra det, som ett komplement till sjukvårdspersonalens rapportering [55].

### *Både täckningsgrad och immunitet är god i befolkningen*

Hittills har övervakningen av vaccinationstäckningen utförts genom manuell rapportering av uppgifter från landets barn- och skolhälsovård. Detta har inneburit en del osäkerhetsfaktorer, bland annat förekommer ett visst bortfall av rapporter. Dessutom beräknar ett par landsting täckningen på ett annat sätt än övriga, vilket gör att deras uppgifter inte är helt jämförbara med den övriga statistiken. De barn för vilka det saknas vaccinationsuppgifter kan ha blivit vaccinerade i ett annat landsting eller så har uppgifterna inte blivit inrapporterade. Ett tredje alternativ kan vara att barnen är helt ovaccinerade [56].

Med detta i åtanke kan Socialstyrelsen ändå konstatera att vaccinationstäckningen i Sverige har varit stadigt god under flera år. Som exempel kan nämnas vaccinationsstatistiken från barnavårdscentralerna 2011 för barn födda 2008, som visade att 98 procent av barnen hade fått minst tre vaccindoser mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och *Haemophilus influenzae* typ b (Hib).

Enligt samma statistik hade drygt 96 procent av barnen fått sin första dos mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) [57]. Skolhälsovårdens uppgifter om vaccinationsstatus i slutet av läsåret 2010/2011 visade att 96 procent av eleverna i årskurs 6 var fullständigt vaccinerade mot difteri, stelkramp och polio, och drygt 95 procent hade fått fyra doser vaccin mot kikhosta. Lika många av eleverna var vaccinerade med två doser vaccin mot mässling, påssjuka, röda hund, och ytterligare drygt 3 procent angavs vara vaccinerade med en dos [57].

Under 1997 och 2007 undersökte Smittskydds-institutet immuniteten hos befolkningen. Myndigheten samlade in blodprov från flera tusen slumpvis utvalda personer, genom seroepidemiologiska undersökningar [55]. När sådana studier upprepas ger de också en bild av trender kopplade till vaccinationsprogrammet.

Vaccinerna i programmet skyddar mot de aktuella sjukdomarna, vilket också gör att mängden mikroorganismer som orsakar sjukdomarna minskar eller att de till stor del slutar att cirkulera i samhället. Detta leder i sin tur till att befolkningens immunitet inte längre byggs på genom upprepade och oftast milda eller asymtomatiska<sup>11</sup>, naturliga återinsjuknanden. Det epidemiologiska läget var under perioden 1997–2007 ändå stabilt och rapporteringen enligt smittskyddslagen visade inga betydande utbrott av sjukdomarna i vaccinationsprogrammet.

Smittskyddsinstitutet har även granskat om immuniteten mot sjukdomarna i programmet är annorlunda hos utlandsfödda barn i åldrarna 14–16 år jämfört med inrikesfödda barn i samma ålder. Resultatet tyder på att immuniteten är lika god i båda grupperna. Resultaten från de båda

---

<sup>11</sup> Asymtomatisk innebär att en person bär på en sjukdom eller infektion utan att uppleva några symtom på detta.

studierna ska dock tolkas med viss försiktighet, eftersom båda hade höga bortfallsfrekvenser [55, 57].

### *En hög vaccinationstäckning skyddar även de ovaccinerade*

Det finns inga vacciner som garanterat skyddar till hundra procent, men de allra flesta barn får ett gott skydd mot sjukdomen de vaccineras mot. För vacciner mot sjukdomar som smittar mellan människor gäller också att den vaccinerade hindras från att smitta andra. Detta gör att smittämnet slutar att cirkulera i befolkningen om tillräckligt många är vaccinerade. På så sätt ges ett visst skydd även till dem som av någon anledning inte kunnat vaccineras, till exempel nyfödda eller barn med vissa sjukdomar. Detta kallas flockimmunitet. Så länge sjukdomen finns kvar i omvärlden måste alltså vaccinationerna fortsätta även i områden där den försvunnit eller blivit väldigt ovanlig [59].

### **Vaccinationsmotstånd kan leda till nya sjukdomsutbrott**

Skepsis och motstånd mot vaccinationer har funnits lika länge som vaccinerna själva. Med en framgångsrik prevention blir en viss sjukdom allt ovanligare, och som en följd av att hotet upplevs som mindre ifrågasätts vaccinationen alltmer. Vaccinationen och dess eventuella biverkningar ses då som ett större hot än sjukdomen den skyddar mot. En del föräldrar väljer att inte låta vaccinera sina barn, vilket emellanåt har lett till nya sjukdomsutbrott. I Sverige hade vi till exempel ett utbrott av röda hund under sommaren 2012. Samtliga 48 fall hade en koppling till ett geografiskt område där vaccinationstäckningen bland barn var lägre jämfört med övriga landet [58].

Även flera större och mindre utbrott av mässling har setts i både Sverige och övriga Europa [61].

Frågan om huruvida vaccinationer skulle kunna orsaka sjukdomar som upptäcks först efter lång tid har ibland vållat oro. Exempelvis ifrågasattes kikhostevaccinets säkerhet i USA på 1980-talet, och misstankar om att autism skulle kunna orsakas av mässlingsvaccin uppstod i England på 1990-talet. Trots upprepade studier har inga av dessa farhågor kunnat bekräftas.

Vaccinationsmotståndare inhämtar ofta information från internet och sociala medier där användarna själva står för innehållet och där fokus ligger på att utbyta åsikter. På vaccinkritiska webbsidor ges ofta en skev bild av forskningen på området, eftersom studier som talar för vaccination förkastas och kritiska kommentarer inte publiceras.

Till skillnad från andra medicinska åtgärder ges vaccinerna i barnvaccinationsprogrammet till nyfödda, friska individer som inte själva kan bestämma, och ansvaret för beslutet kan kännas tungt för föräldrarna. Att väga för- och nackdelar mot varandra försvåras av att en eventuell biverkning inte nödvändigtvis drabbar dem som skulle ha drabbats av sjukdomen (om de inte hade vaccinerats).

### **Allmänhetens förtroende påverkar vaccinationstäckningen**

I Sverige har vaccinationstäckningen legat stadigt högt under flera år (figur 7:7), men allmänhetens förtroende för vacciner är ändå föränderligt. År 1988 sjönk till exempel allmänhetens förtroende när en brittisk artikel antydde att mässlingsvaccin kunde leda till autism. Trots att ingen av alla studier som genomfördes efter artikeln kunde bekräfta misstanken hade vaccinationstäckningen redan sjunkit och lett till nya utbrott av mässling.

Även i Sverige sjönk vaccinationstäckningen för just mässlingsvaccin för barn födda 1999–2000, sannolikt som en följd av den brittiska artikeln. Några år senare ökade täckningen igen och flera av de ovaccinerade barnen födda 1999–2000 gavs senarelagda vaccinationer.

I början av 2000-talet spreds rykten i Nigeria om att poliovaccin kunde orsaka sterilitet och att det även kunde vara kontaminerat med hiv. Ryktena fick stor spridning och ledde till en minskad vaccinationstäckning i Nigeria, vilket i sin tur orsakade att antalet poliofall ökade. Dessutom spreds sjukdomen till flera grannländer som tidigare var poliofria.

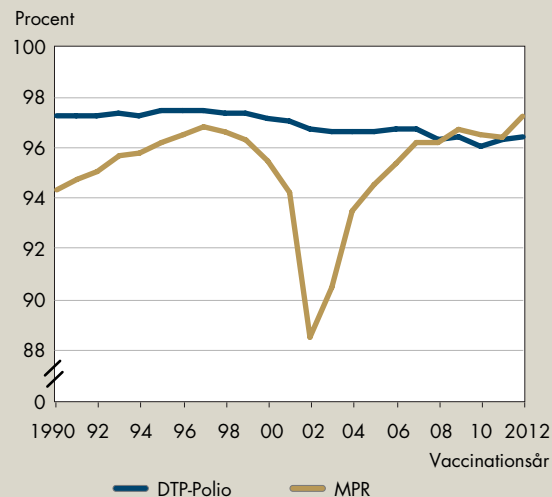
För att få och behålla befolkningens förtroende krävs alltså inte bara kunskap om vacciner och deras risker, utan även om historiska erfarenheter, religiösa och politiska grupper, samt om socioekonomiska förhållanden. När förtroendet sjunker uppstår även lätt konspirationsteorier och oro för att ansvariga myndigheter döljer biverkningsrapporter eller är i händerna på läkemedelsindustrin.

### Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningarna arbetar i huvudsak preventivt med att stärka ungdomars psykiska och fysiska hälsa samt att stärka deras identitet och sexualitet. Ungdomsmottagningar är så kallade lågtröskelverksamheter, vilket innebär att de tar emot alla unga som söker sig till mottagningarna. Den övre åldersgränsen är vanligen 23 år för unga kvinnor och 23 eller 25 år för unga män, men det finns betydande skillnader mellan olika landsting [62]. I de fall mottagningen har en undre åldersgräns är den vanligen 12 eller 13 år för både unga kvinnor och unga män. Det är avgiftsfritt att besöka ungdomsmottagningen.

### Figur 7:7. Vaccinationstäckning bland 2-åringar

Andel vaccinerade mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio (DTP-Polio) och mässling, påssjuka, röda hund (MPR) bland 2-åringar, 1990–2012.



Källa: Smittskyddsinstitutet.

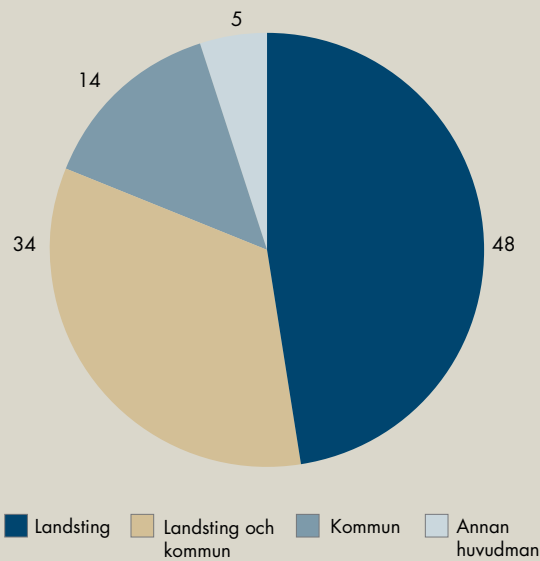
### Ungdomsmottagningar är en frivillig verksamhet

Basverksamheten på ungdomsmottagningarna är utformad för att kunna ta emot unga med olika typer av problem och erbjuda dem medicinska, sociala och psykologiska insatser utifrån en helhetssyn och ett tvärsektionellt arbetssätt. Det är vanligt att informera om sex, samlevnad och preventivmedel, att erbjuda provtagning av sexuellt överförbara infektioner (STI), att erbjuda socialkurativa insatser och att arbeta utåtriktat.

Ungdomsmottagningarna är en frivillig verksamhet för huvudmännen. Huvudman för ungdomsmottagningen är oftast landstinget eller

### Figur 7:8. Huvudmannaskap bland ungdomsmottagningar\*

Fördelning i procent mellan olika huvudmän\*, 2012.



\*Inrapporterande uppgifter från 169 ungdomsmottagningar.

Källa: Kartläggning av ungdomsmottagningarna, Socialstyrelsen.

landstinget och kommunen i samverkan, men det förekommer också att kommunen står som ensam huvudman (figur 7:8).

I de fall ungdomsmottagningar saknar en uppgiftsbeskrivning utgår många av dem från en policy från Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) [63]. Det finns inga andra riktlinjer eller allmänna råd för hur ungdomsmottagningarnas arbete ska bedrivas, men Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet har publicerat en vägledning för de mottagningar som arbetar med sex- och samlevnad inom hälso- och sjukvården [64].

### Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM)

1988 bildades Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) som är en intresseorganisation för landets ungdomsmottagningar [65]. Omkring 230 mottagningar är i dag anslutna till FSUM. Ungdomsmottagningarna har också möjlighet att ansluta sig till den virtuella ungdomsmottagningen umo.se där de kan skapa en egen sida med kontaktuppgifter och information om mottagningen och dess insatser. Drygt 270 mottagningar har i dag en sida på umo.se. Här ingår även verksamheter som i varierande grad riktar sig till ungdomsmottagningarnas målgrupper men som vanligtvis inte har samma uppdrag. Exempel på liknande verksamheter är barnmorskemottagningar som tar emot unga, STI-mottagningar och RFSU-kliniker [66].

### Få ungdomsmottagningar har helgöppet

Under de senaste decennierna har antalet ungdomsmottagningar ökat, och i de allra flesta kommuner finns i dag en ungdomsmottagning [62]. Vissa landsting har försökt lösa frågan om geografisk tillgänglighet genom att etablera filialer i mindre kommuner. Filialerna har begränsade öppettider och bemannas i regel av personal från den ordinarie mottagningen. Ungdomar i kommuner utan egen mottagning eller ungdomar i kommuner med små mottagningar har dessutom ofta möjlighet att besöka en annan mottagning inom länet.

Antalet öppettimmar varierar. Majoriteten av ungdomsmottagningarna har öppet 25–40 timmar i veckan, men ett fåtal har endast öppet upp till 8 timmar i veckan. Många av mottagningarna (70 procent) har kvällsöppet minst en dag i veckan. Ungdomsmottagningarna har normalt sett enbart öppet på vardagar, men enstaka mottagningar har på försök haft helgöppet i syfte att öka tillgängligheten [62]. En sådan försöksverk-

samhet pågår under 2012–2013 vid en mottagning i Stockholms stad [67].

Tillgängligheten varierar även under året. Många ungdomsmottagningar har begränsade öppettider under sommaren eller håller helt stängt. Socialstyrelsens kartläggning visar att två tredjedelar av mottagningarna har minskade öppettider under sommaren. En del av dessa har dessutom helt stängt under delar av sommaren [62]. Samtidigt visar RFSU:s årliga undersökningar på en förbättring: fler mottagningar hade öppet som vanligt under sommarmånaderna 2012 jämfört med samma period 2011 [67-69]. Den bristande tillgängligheten till ungdomsmottagningarna under sommaren kan ses som anmärkningsvärd, eftersom de dokumenterade klamydiafallen ökar under hösten, vilket kan bero på en ökad klamydiaspridning under sommaren [70].

### Lika delar medicinska och socialkurativa insatser

Mottagningarna tar emot ungdomar med både medicinska och socialkurativa frågor och enligt FSUM:s definition ska det finnas barnmorska, kurator eller psykolog samt läkare anställd för att en verksamhet ska kunna kallas ungdomsmottagning. Vid så gott som samtliga mottagningar arbetar barnmorska och kurator [62]. Allmänläkare eller barnläkare finns tillgänglig på omkring två tredjedelar av mottagningarna men har vanligtvis även en annan tjänst. Drygt hälften av mottagningarna har dessutom tillgång till gynekolog och knappt en femtedel har tillgång till venerolog. Kompetensen vid mottagningen styr av naturliga skäl vilka typer av insatser som den kan erbjuda. Nedan beskrivs en del av det arbete som utförs på ungdomsmottagningarna.

### *Mottagningarna förebygger och behandlar sexuellt överförbara sjukdomar*

Klamydiainfektion är den vanligaste sexuellt överförbara sjukdomen i dag, och står för hälften av alla fall av smittsamma sjukdomar (cirka 40 000 fall per år). De flesta fall av klamydia överförs heterosexuellt, och majoriteten av dem som testar positivt är under 20 år. År 2011 smittades knappt 12 000 flickor och drygt 4 000 pojkar i åldern 15–19 år av klamydia (figur 7:9).

Sedan mitten av 1990-talet har det skett en ökning av klamydiafall bland 15–19-åringar, men från 2008 har antalet fall minskat<sup>12</sup> [70]. Mer än hälften av fallen är kvinnor, vilket till stor del beror på att kvinnor testar sig i högre utsträckning. Män nås i stället främst genom så kallad smittspårning. En betydande orsak till ökningen av klamydiafall bland unga antas vara förändrade attityder och sexuell praktik som har gynnat smittspridningen [71].

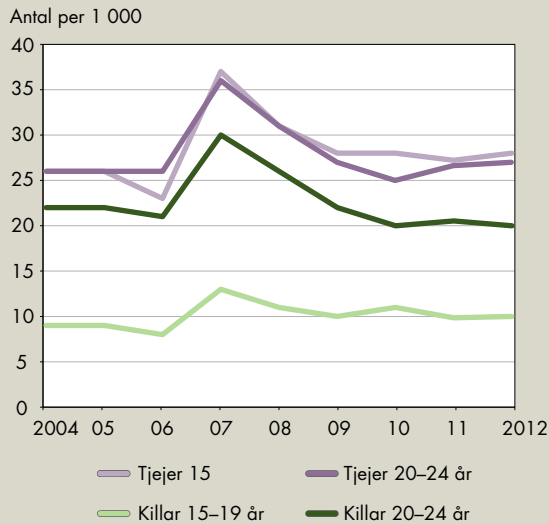
#### **Arbetet som rör sexuellt överförbara infektioner**

Ungdomsmottagningarna har möjlighet att arbeta med provtagning av sexuellt överförbara infektioner (STI) och hiv, smittspårning och rådgivning. Provtagning och rapportering av allmänfarliga sjukdomar, som hiv- och klamydiainfektioner, regleras av smittskyddslagen (2004:168), SmL, och smittskyddsförordningen (2004:255), SmF. Smittspårning regleras i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2004:5) om smittspårningspliktiga sjukdomar och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:23) om smittspårning. Socialstyrelsen har tagit fram en handbok om smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner [71].

<sup>12</sup> Minskningen beror delvis på en återhämtning från effekten av den muterade stammen av klamydia som många landsting missade 2005–2006.

**Figur 7:9. Klamydiainfektioner**

Antal klamydiainfektioner per 1 000 unga i åldrarna 15–19 år och 20–24 år uppdelat på kön, 2004–2012.



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Ungdomsmottagningar har ofta en mer utvecklad metod för att arbeta med STI än de flesta andra vårdinrättningar som arbetar med STI-prevention, eftersom de ställer frågor, ger information och kontaktpåsar i högre utsträckning [72, 73]. Så gott som alla mottagningar erbjuder provtagning av STI genom genital provtagning eller urinprovtagning samt hivtest (figur 7:10). Omkring 80 procent erbjuder också provtagning i anus och svalg samt provtagning av hepatit B och syfilis [62].

År 2012 gav Socialstyrelsen ut ett meddelandeblad adresserat till ungdomsmottagningar och andra vårdgivare som erbjuder hivtest. I meddelandebladet påpekas att vårdgivare har lagstadgad skyldighet att erbjuda hivtest vid misstänkt risk

för smitta och att det bör finnas en generös inställning till att erbjuda hivtest till den som önskar. Enligt lag ska kliniker som erbjuder hivtest även kunna erbjuda ett anonymt test [74].

De allra flesta ungdomsmottagningar som erbjuder hivtest anger att de kan erbjuda anonym provtagning [62], men troligen finns det behov av att ytterligare kommunicera lagkravet till ungdomsmottagningar och andra kliniker som erbjuder hivtest. Ett fåtal mottagningar kan erbjuda snabbtest av hiv.

### *Mottagningarna arbetar förebyggande mot oönskade graviditeter*

En annan viktig del i ungdomsmottagningarnas verksamhet är att ge råd om och förskriva preventivmedel. Förskrivningsrätten för barnmorskor regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:21) om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte.

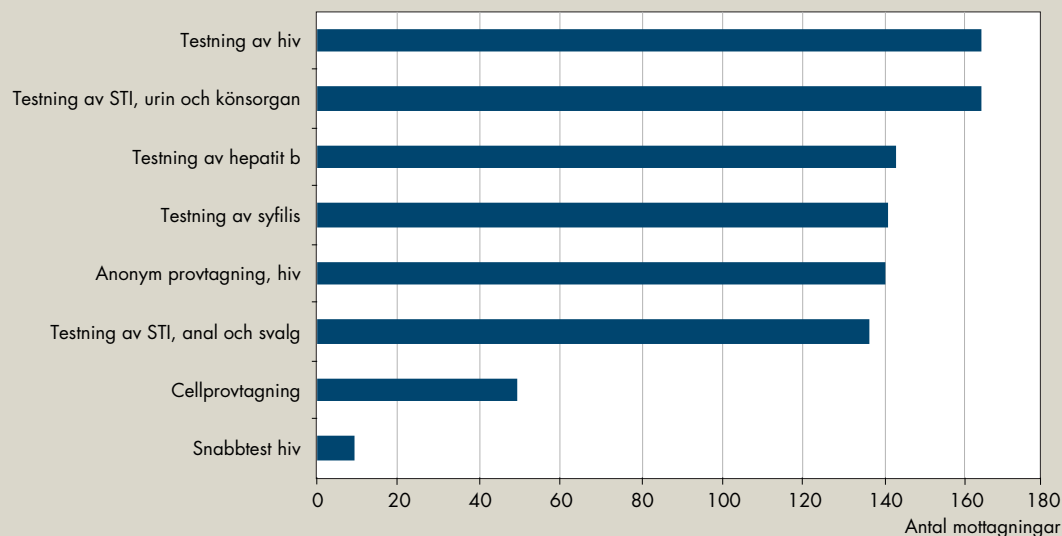
Så gott som alla ungdomsmottagningar erbjuder förskrivning av preventivmedel, graviditetstest, graviditets- och abortrådgivning samt utdelning av akuta p-piller (figur 7:11) [62]. Så gott som alla mottagningar delar också ut kondomer. Vid en tredjedel av mottagningarna har ungdomarna dessutom möjlighet att köpa subventionerade kondomer och en tredjedel av mottagningarna delar även ut glidmedel.

Ungdomsmottagningarna kan också erbjuda rådgivning och behandling av andra typer av sexologiska frågeställningar och frågeställningar som rör till exempel kroppen, identitet, livsstil, kost, hälsa och relationer. I mån av tillgänglig kompetens vid mottagningen erbjuder de även hälsokontroller, provtagning och behandling efter ordination av läkare.

Män som har sex med män (MSM) bör erbjudas vaccin mot hepatit B enligt Socialstyrelsens

**Figur 7:10. Medicinska insatser mot sexuellt överförbara sjukdomar**

Antal ungdomsmottagningar\* som kan erbjuda vissa medicinska insatser mot sexuellt överförbara sjukdomar\*, 2012.



\*Inrapporterade uppgifter från 167 av 169 ungdomsmottagningar.

Källa: Kartläggning av ungdomsmottagningarna, Socialstyrelsen.

rekommendationer [75]. Ett fåtal ungdomsmottagningar (fyra procent) anger att de har möjlighet att erbjuda vaccin mot hepatit B [62]. Omkring tio procent av de homosexuella männen i åldern 15–25 år som gjorde sitt senaste STI- eller hivtest på en ungdomsmottagning fick samtidigt erbjudande om vaccination mot hepatit B [76].

Humant Papillomvirus (HPV) är ett sexuellt överförbart virus som kan orsaka livmoderhalscancer och kondylom. Det är än så länge bara ett fåtal ungdomsmottagningar (13 procent) som erbjuder flickor vaccin mot HPV.

### *Stödsamtal är vanligare än gruppverksamhet*

En annan viktig uppgift för ungdomsmottagningarna är att erbjuda socialkurativa och psykolo-

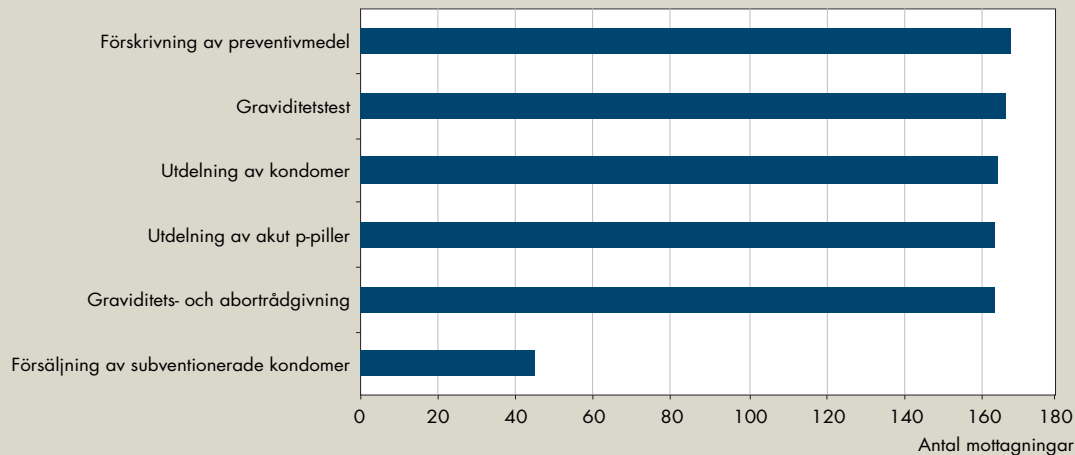
giska insatser, till exempel stödsamtal. Eftersom ungdomsmottagningarna är lågtröskelverksamheter har de goda möjligheter att tidigt upptäcka psykisk ohälsa och behov av första linjens vård. I FSUM:s reviderade policy från 2004 betonas arbetet med ungas psykiska hälsa [63].

Så gott som alla mottagningar erbjuder någon typ av samtalsstöd (98 procent) [62]. Samtalsstöd ges i första hand av en kurator och i nästan lika stor utsträckning av en barnmorska. Läkare, psykologer eller annan personal finns tillgängliga för samtalsstöd vid en femtedel av mottagningarna. Drygt hälften av mottagningarna (55 procent) erbjuder gruppverksamhet i någon form (figur 7:12). Den vanligaste gruppverksamheten riktar sig till antingen unga kvinnor eller unga män. Nästan lika vanligt är att mottagningarna skapar



**Figur 7:11. Medicinska insatser som förebygger graviditet**

Antal ungdomsmottagningar\* som erbjuder vissa medicinska insatser som förebygger graviditet\*, 2012.



\*Inrapporterade uppgifter från 167 av 169 ungdomsmottagningar.

Källa: Kartläggning av ungdomsmottagningarna, Socialstyrelsen.

grupper för unga med utländsk bakgrund, intellektuell funktionsnedsättning eller dålig självkänsla.

**Utåtriktad verksamhet når fler grupper**

En viktig del av ungdomsmottagningarnas verksamhet är det uppsökande och utåtriktade arbetet. Verksamheten utanför kliniken skapar en arena för generell information om ungdomsmottagningens verksamhet, men ger också personal på ungdomsmottagningen en möjlighet att lättare komma i kontakt med målgrupper som besöker mottagningen i lägre utsträckning. Ungdomsmottagningarnas kontakter med skolan utgör dessutom ofta ett komplement till skolornas sexualundervisning.

Alla mottagningar utom ett fåtal hade under det senaste året haft klasser, grupper eller andra verksamheter på besök på mottagningen (figur 7:13) [62].

Omkring 90 procent av mottagningarna hade under det senaste året besökt klasser, grupper eller andra verksamheter – vanligtvis elever på högstadiet eller gymnasiet. Omkring hälften av dessa mottagningar hade träffat elever på särskolan och knappt en tredjedel besökte ensamkommande flyktingar på hem för vård eller boende (HVB). Studenter på svenska för invandrare (SFI) och högskolan, elever på mellanstadiet och unga placerade på HVB eller SiS-institutioner<sup>13</sup> besöktes i lägre utsträckning. Andra forum för ut-

<sup>13</sup> SiS-institutioner är en förkortning av institutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse.

åtriktad verksamhet kan vara föräldramöten, fritidsgårdar, kommunal verksamhet för arbetslösa, lärare och IVIK<sup>14</sup>.

### *Satsningar på att fler unga män ska besöka mottagningarna*

Den övervägande majoriteten som besöker ungdomsmottagningen är unga kvinnor. Intervjustudier tyder på att män upplever att det är jobbigare att besöka en ungdomsmottagning än kvinnor. Mäns ovilja att testa sig kan bland annat bero på att väntan på provsvaret upplevs som ångestladdad, rädsla för att undersökningen ska upplevas som smärtsam eller rädsla för ett positivt provsvar [77, 78]. Trots att frånvaron av unga män har varit ett uppmärksammat problem under lång tid är majoriteten av besökarna fortfarande unga kvinnor.

Här presenteras några exempel på vad ungdomsmottagningarna gör för att öka besöken av unga män:

- En del ungdomsmottagningar satsar på uppsökande verksamhet i miljöer med hög andel unga män, som vissa skolor, gymnasieprogram, fritidsgårdar och boenden för ensamkommande flyktingar. Besöken kan innebära att representanterna för informella samtal eller att de är där och visar upp sig, men kan också utgöras av föreläsningar, utbildningar eller gruppverksamheter för unga män.
- Mottagningarna tar fram riktad information till unga män, till exempel särskilda broschyrer med information, affischer och information på Facebook (eller i andra sociala medier) och via sin webbplats.

- Vid 24 procent av alla mottagningar finns särskilda mottagningstider avsedda för unga män och flera mottagningar har manlig personal. En mottagning skriver att de satsar särskilt på att erbjuda motiverande samtal till unga män som besöker mottagningen.
- En mottagning riktar sig särskilt till unga män som varit utsatta för övergrepp [62].

Många unga män söker dock hellre information i skolan och på internet än att besöka ungdomsmottagningen. Möjligheten att beställa klamydiatest på internet och att ha tillgång till kvalitetssäkrad information på internet är därför viktiga komplement till ungdomsmottagningens verksamhet, även om det innebär att det individuella samtalet uteblir.

### *Mottagningarna arbetar för homo- och bisexuella och transpersoner*

I FSUM:s reviderade policy från 2004 betonas bland annat att mottagningarna måste ha kompetens att erbjuda insatser till homo- och bisexuella unga [63]. Policyn nämner visserligen inte transpersoner men det är ändå troligt att arbetet med att inkludera transpersoner har förbättrats sedan 2004 när policyn skrevs.

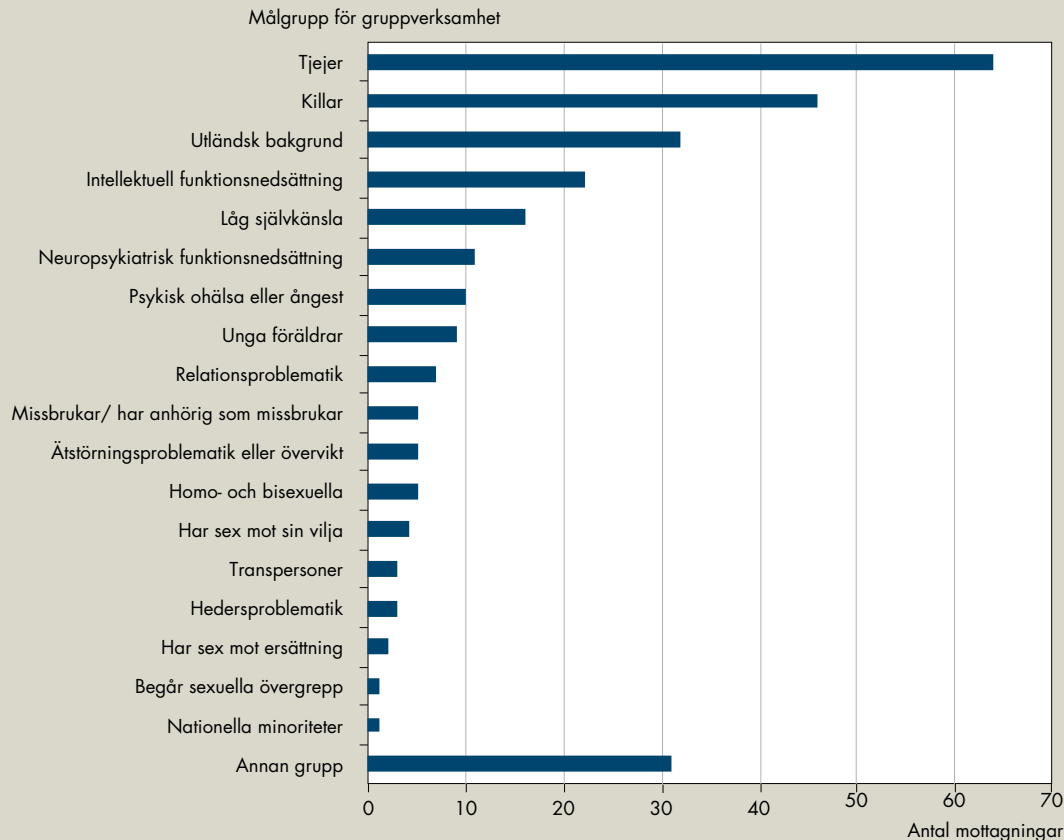
År 2011 undersöktes transpersoners upplevelser av sex och om tillgången till och behovet av insatser. Studien visar att det finns ett stort behov av bättre tillgång till vård där personalen har kompetens om transpersoners behov, så kallad transkompetens. I enkäten uttryckte 82 procent ett behov av transkompetenta urologer och gynekologer, men bara 9 procent ansåg att de hade tillgång till det i dagsläget. Samma andelar gäller deras tillgång till en lättillgänglig transkompetent mottagning för sexuell hälsa [79].

---

14 IVIK är en förkortning för "Introduktionsutbildning för nyanlända elever inom ramen för gymnasieskolans individuella program".

**Figur 7:12. Gruppverksamhet vid ungdomsmottagningar**

Antal ungdomsmottagningar\* som under de senaste två åren haft olika typer av gruppverksamhet\*, 2012.



\*92 ungdomsmottagningar har angett att de bedriver gruppverksamhet.

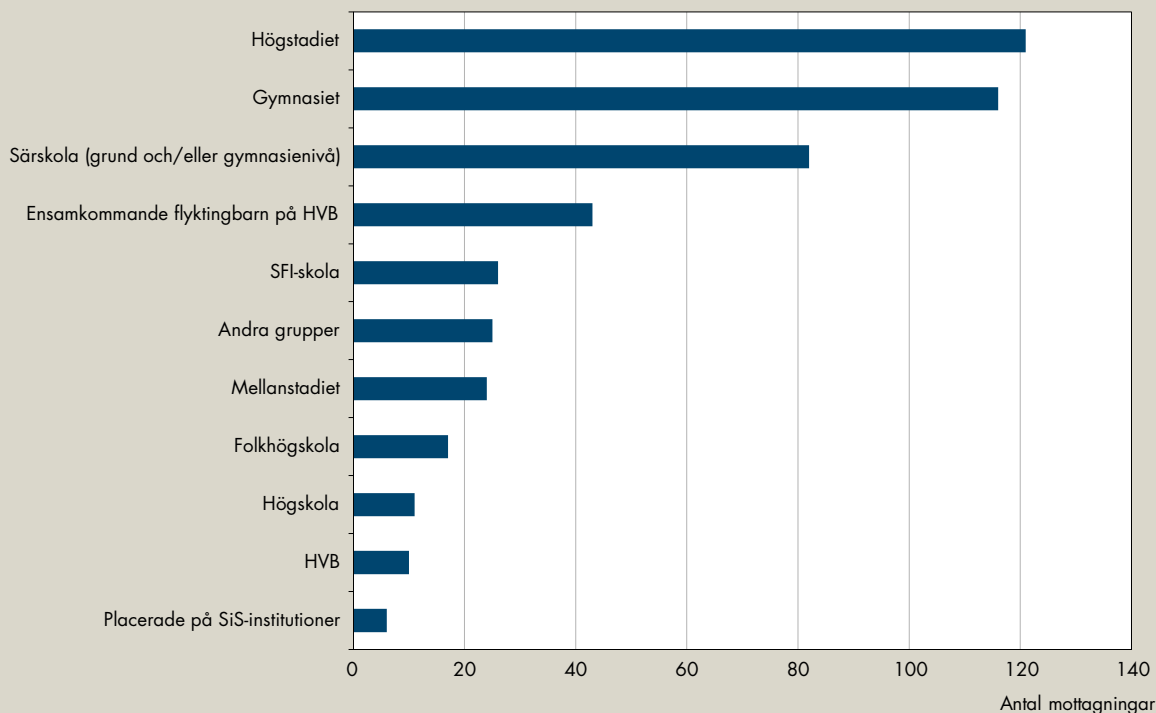
Källa: Kartläggning av ungdomsmottagningarna, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens kartläggning visar att hbtq-kompetensen är god hos en stor del av ungdomsmottagningarna, och 80 procent av mottagningarna anser att vissa eller alla i personalen har hbtq-kompetens [62]. Detta kan jämföras med Socialstyrelsens kartläggning 2008 där 15 procent av ungdomsmottagning-

arna hade metoder eller riktlinjer för arbetet med hbt-frågor, som det kallades då [69]. Vid en stor del av ungdomsmottagningarna har personalen fått kompetensutveckling i hbtq-frågor under det senaste året, vilket tyder på att detta är en övergripande utveckling av ungdomsmottagningarna som ägt rum under de senaste åren.

**Figur 7:13. Besök från ungdomsmottagningar**

Antal ungdomsmottagningar\* som besökt enskilda klasser, grupper eller andra verksamheter under det senaste året\*, 2012.



\* 147 ungdomsmottagningar har angett att de besökt enskilda klasser etc.

Källa: Kartläggning av ungdomsmottagningarna, Socialstyrelsen.

RFSL:s utbildningsverksamhet för att öka hbtq-kompetensen och påverkansarbete från olika ideella organisationer har troligtvis varit stora bidragande faktorer.

På frågan vad mottagningarna gör för att öka besöken av hbtq-personer svarar många mottagningar att de samverkar med Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter (RFSL) och RFSL Ungdom [62]. De uppger även att de aktivt deltar i lokala och

nationella aktiviteter och festivaler som riktar sig till hbtq-personer. Många visar också att de välkomnar hbtq-personer genom flaggor och tidskrifter på mottagningen och genom att informera om hbtq-certifiering på sin webbplats. En mottagning har fått hjälp av lokala RFSL att granska väntrum och broschyrer. Några mottagningar skapar själva mötesplatser för unga hbtq-personer, till exempel hbtq-caféer. En mottagning har en psykolog som särskilt tar emot

transsexuella unga. En annan mottagning har en stående punkt på mottagningens veckomöten om hur man kan arbeta för inkludering främst med fokus på hbtq. Ytterligare en mottagning erbjuder själva hbtq-utbildning till alla elever i årskurs 9 [62].

### *Tillgänglighetssatsningar för unga med funktionsnedsättning*

Mottagningarna arbetar även för att i högre utsträckning nå unga med funktionsnedsättning, nedan följer några exempel på detta arbete:

- Mer än hälften av mottagningarna har översatt tryckt information till lättläst (57 procent).
- En fjärdedel av mottagningarna (23 procent) har gruppverksamhet som riktar sig till unga med intellektuell funktionsnedsättning, vilket innebär att det är den fjärde vanligaste gruppverksamheten.
- Många mottagningar besöker särskolor (52 procent).
- På de flesta mottagningar kan unga som använder rullstol ta sig in (89 procent), och de flesta har en WC som är tillgänglighetsanpassad (81 procent) [62].

Det förekommer även att mottagningar bjuder in habiliteringens gruppverksamhet. Några mottagningar lyfter särskilt frågan om tillgängliga lokaler utifrån ett funktionshinderspersion. En mottagning skriver att de har flyttat till en bättre anpassad lokal för att möta behoven hos denna målgrupp. Ett flertal mottagningar samarbetar med LSS-handläggare, skolskoterskor på skolor för elever med särskilda behov och särskolans lärare och personal.

### *Utåtriktad verksamhet ska öka besöken av unga med utländsk bakgrund*

För att öka besöken av unga med utländsk bakgrund, ensamkommande flyktingar och andra utrikesfödda unga har några mottagningar tagit fram klinikbroschyrer och texter på sin webbplats på lätt svenska och på olika språk [62]. För att öka kontakten med nyanlända unga samarbetar mottagningarna med boenden för ensamkommande flyktingar, genom att erbjuda dem till exempel gruppverksamhet eller besök på mottagningen.

Mottagningarna bedriver också utåtriktad verksamhet i miljöer med en hög andel nyanlända eller unga med utländsk bakgrund, som vissa skolor, IVIK och SFI, eller genom att ha kontakt med en så kallad asylskoterska. Flera mottagningar deltar i olika projekt som till exempel syftar till att erbjuda sexualundervisning till nyanlända eller till unga med svenska som andraspråk. Projekten kan också syfta till att utveckla metoder för att bättre nå unga kvinnor med utländsk bakgrund eller ensamkommande flyktingar [62].

### *Några mottagningar satsar särskilt på nationella minoriteter*

Ett fåtal ungdomsmottagningar (fyra procent) har riktad gruppverksamhet för unga som tillhör en nationell minoritet [62]. Dessa gruppverksamheter är spridda i landet: två i Värmlands län, en i Kronobergs län och slutligen en i Västra Götalandsregionen.

Ett fåtal mottagningar har översatt tryckt information till något av de officiella minoritetsspråken:

- 8 procent har översatt till finska: en mottagning i Västmanland, två i Västra Göta-

landsregionen samt en mottagning vardera i Stockholms, Uppsala och Västmanlands läns landsting samt en mottagning i Landstinget Sörmland.

- 4 procent har översatt till romani chib: två mottagningar i Västra Göta-landsregionen och en i Kalmars län.
- 3 procent har översatt till samiska: en mottagning ligger i Norrbotten och en i Västra Göta-landsregionen.

Vissa kommuner är så kallade förvaltningsområden för nationella minoriteter, vilket betyder att det ställs särskilda krav på dessa kommuner. Ett urvalskriterium för att bli förvaltningskommun är vanligen att där finns många invånare som tillhör en officiell nationell minoritet. Ovanstående resultat visar emellertid att långt ifrån alla förvaltningskommuners ungdomsmottagningar har översatt information till respektive minoritetspråk:

- Finska: 3 av 40 förvaltningskommuner
- Samiska: 1 av 19 förvaltningskommuner
- Meänkieli: 0 av 5 förvaltningskommuner

Närmare 40 procent av mottagningarna har dock rutiner för att ta fram information på annat språk om det behövs [62]. Därför det är möjligt att dessa behov ändå tillgodoses.

### Tandvård

Tandvårdslagen (1985:125) slår fast att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Landstingen har ansvaret för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården.

För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri till och med det år de fyller 19 år. I Västra Götaland är den avgiftsfria tandvården förlängd till och med det år patienten fyller 23 år. I hela landet råder valfrihet att välja vem som ska utföra vården, antingen folktandvården eller privat vårdgivare.

### De flesta unga tycks nöjda med tandvården

Det saknas uppgifter om bemötande och nöjdhet i barn- och ungdomstandvården på riksnivå. Men flera landsting genomför egna undersökningar riktade till äldre barn och ungdomar. Här följer några resultat från dessa undersökningar.

I Västernorrland är majoriteten av ungdomarna i åldern 13–19 år nöjda med tillgängligheten, bemötandet, kvaliteten och informationen inom allmäntandvården och ortodontin (som bland annat omfattar tandreglering) [80]. I Kalmar och Sörmland ger drygt 80 procent av 19-åringarna högsta eller näst högsta betyg till tandvården [81, 82].

Drygt 90 procent av patienterna vid ortodontiklinikerna i Östergötlands läns landsting är nöjda med den information och det omhändertagande som de fick under behandlingen. Det visar 2011 års kvalitetsrapport från Centrum för ortodonti/pedodonti i Östergötland [83].

Stockholms läns landstings enkät om tandregleringsvården från 2011 visar också att drygt 90 procent av barnen och ungdomarna anser att de bemöttes med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Svarspersonerna är dock något mindre nöjda med information och delaktighet vid behandlingen [84].

### Specialiteter inom svensk tandvård

Det finns åtta specialiteter inom den svenska tandvården. De listas i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:4) och är följande:

*Pedodonti:* behandla barn och ungdomar med tandolycksfallsskador, tandutvecklingsstörningar, funktionsnedsättning, psykiska störningar och uttalad tandvårdsrädsla.

*Ortodonti:* diagnosticera, behandla och förebygga medfödda eller förvärvade bett- och tandställningsfel.

*Parodontologi:* diagnosticera, behandla och förebygga defekter och sjukdomar i de vävnader som utgör tandens fäste i käkbenet.

*Oral kirurgi:* diagnosticera och behandla skador, sjukdomar och defekter i käkar och munhåla samt omgivande vävnader, oftast genom kirurgiska metoder.

*Endodonti:* diagnosticera, behandla och förebygga sjukdomsprocesser i tandpulpan och vävnaderna som omger roten.

*Oral protetik:* diagnosticera och behandla vävnadsförlust eller missbildningar i käkar och tänder genom att ersätta förlorad vävnad med protetiska ersättningar av olika slag.

*Odontologisk radiologi:* tolka information från röntgen av tänder, käkar etc.

*Bettfysiologi:* diagnosticera och behandla funktionsstörningar inom käksystemet med symtom som rörelseinskränkning och smärttillstånd från käkområdet och angränsande organsystem.

### Stora skillnader i antibiotikaförskrivning

Det finns stora skillnader mellan länen i hur mycket antibiotika som skrivs ut av tandläkare till patienter i åldern 0–19 år. Tandläkare i Kalmar, Skåne och Västmanland skriver ut tre gånger så mycket antibiotika som tandläkare i Västerbotens län (figur 7:14).

De stora regionala skillnaderna i antibiotikaförskrivning kan bero på olika praxis i olika landsting som kan vara svåra att ändra på. Med tiden bör dock skillnaderna jämnas ut när tand-

vården börjar tillämpa rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vuxentandvården i större utsträckning [85].

Smittskyddsinstitutet och Läkemedelsverket har på regeringens uppdrag tagit fram rekommendationer för behandling inom tandvården som kan minska skillnaderna mellan landstingen, och också minska antibiotikaanvändningen inom tandvården totalt sett. I rekommendationerna konstateras att de flesta tandvårdspatienter inte behöver antibiotikaprofylax. Antibiotikaprofylax ska endast ges i de fall det går att visa att det hjälper eller där konsensus råder om sådan behandling [86]. Överförskrivning av antibiotika är ett problem som dels kan leda till ökad antibiotikaresistens, dels till ökade kostnader inom tandvården.

### Andelen tandläkare och specialister minskar

Tandhygienistkåren fortsätter att växa, både i absoluta tal och i antal tandhygienister per 100 000 invånare. År 2010 fanns det drygt 7 500 tandläkare i tandvården och drygt 3 700 tandhygienister (figur 7:15). Majoriteten av tandhygienisterna är kvinnor och så har det varit sedan tandhygienistyrket bildades. Könsfördelningen bland tandläkarna är jämnare, men andelen kvinnor ökar hela tiden och uppgick 2009 till 52 procent [87, 88].

Den största specialiteten är ortodonti, med 265 specialister 2010. Cirka tio procent av specialisttandläkarna var verksamma inom pedodonti i november 2010. Det rör sig om totalt 83 stycken specialister, vilket innebär knappt en pedodontist per 100 000 invånare.

Under perioden 1995–2010 minskade antalet tandläkare med tre procent, en minskning med åtta procent i förhållande till befolkningen. Samtidigt har dock antalet specialisttandläkare ökat med 4 procent [87, 88].

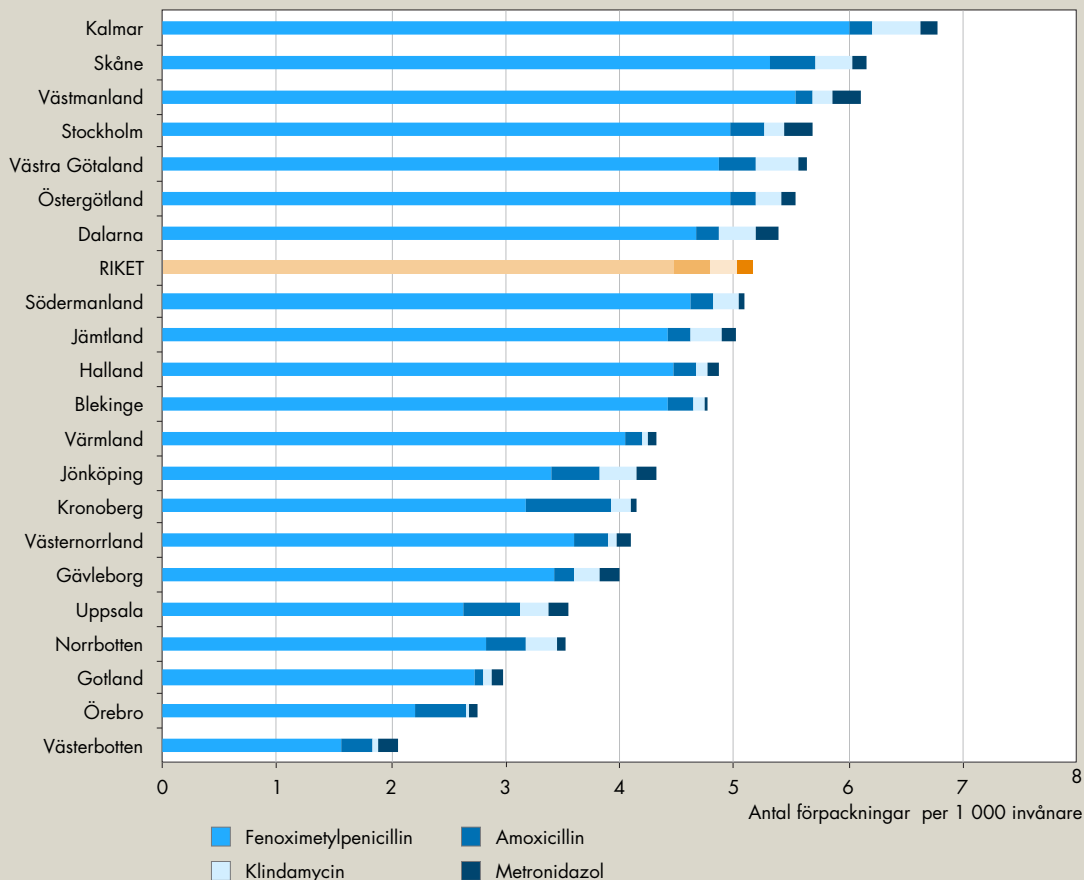
### Väntetider för tandreglering skiljer sig mellan landstingen

På nationell nivå saknas det uppgifter om väntetider till tandreglering inom barn- och ungdomstandvården. Landstingen följer dock kösituationen på regional nivå. I Stockholms län och Upp-

sala län lägger landstingen ut uppgifter om kösituationen inom tandreglering på sina webbplatser. Under hösten 2012 skickade Socialstyrelsen ut en förfrågan om väntetider för tandregleringsvård. Av de 21 landstingen besvarade 16 stycken Socialstyrelsens förfrågan. Knappt hälften av lands-

**Figur 7:14. Antibiotika förskrivning inom tandvården**

Antibiotika förskrivet av tandläkare till patienter 0–19 år under perioden september 2011 – augusti 2012, uppdelat på landsting.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.



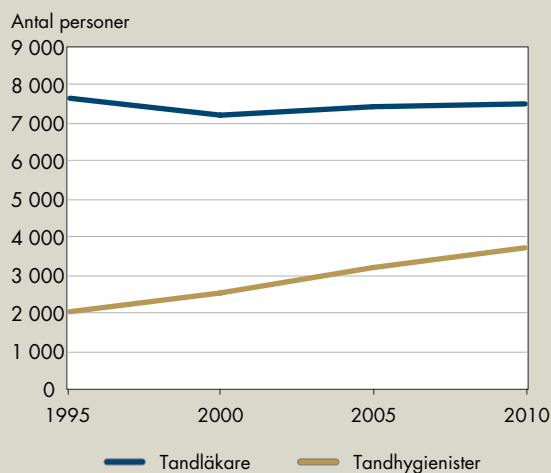
tingen uppger att de kan erbjuda tandreglering till prioriterade patienter inom tre månader. Ytterligare några landsting kan ge samtliga barn och ungdomar tandregleringsbehandling inom samma tid. Ett par landsting uppger att väntetiderna varierar mellan klinikerna inom länet, från ett par månader till uppemot ett år. Ett landsting nämner särskilt att köerna beror på brist på specialisttandläkare, men att de nu är fullbemannade och därför räknar med att köerna kommer att minska.

### Tandhälsan blir bättre

Överlag är tandhälsan hos barn och unga god, närmare 96 procent av alla 3-åringar är kariesfria. Andelen kariesfria 12-åringar i Sverige 2011 var 65 procent och motsvarande andel bland 19-åringar var 32 procent, enligt Socialstyrelsens tandhälsoenkät.

**Figur 7:15. Tandvårdspersonal**

Legitimerad tandvårdspersonal sysselsatta inom tandvården, 1995–2010.



Källa: Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen.

### Alla besöker inte tandvården

Föräldrarnas socioekonomiska status har en tydlig inverkan på om barn och unga uteblir från tandvårdsbesök. Det visar den uppföljning av socioekonomins betydelse som Socialstyrelsen genomfört [89].

Totalt har 16,2 procent uteblivit från tandvårdsbesök under perioden 2009–2011, i de fyra landsting som studerats. Barn och unga som uteblir från tandvården har i hög utsträckning föräldrar som själva inte besöker tandvården.

Det är större risk att barn och unga uteblir från tandvårdsbesök om de har föräldrar som är unga, ensamstående eller från lägre socioekonomiska grupper. De socioekonomiska faktorer som har störst inverkan är låg utbildning, arbetslöshet och försörjningsstöd. Inkomstnivå har däremot inte något genomslag, vilket troligen beror på att barn- och ungdomstandvården är avgiftsfri. Utländsk bakgrund har visst genomslag i Stockholms län och Gävleborgs län, men det gäller endast barn med föräldrar från övriga Norden och Östeuropa. Att ha utomeuropeiska föräldrar påverkar däremot inte besöksfrekvensen.

Det finns ett samband mellan barns och mödrars tandhälsa. Ju sämre tandhälsa modern har, desto mer ökar risken för att barnen ska få omfattande kariesangrepp. De starkaste riskfaktorerna bland barn och unga för att inte komma till tandvården eller att få karies är att ha invandrade mödrar från länder utanför Norden och Västeuropa, att familjen får ekonomiskt bistånd, att modern har högst grundskoleutbildning, att modern är ensamstående eller att modern är ung och själv har dålig tandhälsa. Barn till unga mödrar som själva inte kommer till tandvården löper störst risk att utebli från tandvårdsbesök – mer än 4 gånger högre – jämfört med barn till äldre mödrar som kommer till tandvården. Barn och unga i Stockholms län som bor i resursvaga grannskap med

hög koncentration av synliga invandrargrupper har ökad risk både för att utebli från tandvården och för att få karies jämfört med jämnåriga som bor i resursstarka områden med huvudsakligen Sverigefödda invånare.

Sammantaget pekar resultaten på behov av ytterligare åtgärder som är direkt riktade till invandrade föräldrar, främst från länder utanför Norden och Västeuropa, föräldrar som har dålig tandhälsa eller som är unga och som själva inte besöker tandvården [89].

### **Viktigt med fokus på insatser för barn och unga med funktionsnedsättning**

Barn och unga med funktionsnedsättning löper större risk att drabbas av munhälsoproblem än andra barn och unga, och kan behöva en anpassad tandvård. De tre kompetenscentren för tandvård har en viktig roll i att samla in, dokumentera och sprida kunskap om orofaciala problem, det vill säga funktionsstörningar i mun- och ansiktsregionen. Kompetenscentrum finns i Göteborg, Jönköping och Umeå och finansieras till viss del av statsbidrag som fördelas av Socialstyrelsen.

Dessa kompetenscentrum är inriktade mot personer med funktionsnedsättningar eller ovanliga diagnoser, det vill säga sjukdomar eller skador som drabbar högst 100 personer av 1 miljon invånare. De tre centren är [90-92]:

- Mun-H-Center i Göteborg tillhör organisatoriskt specialisttandvården i Västra Götaland. Centrumets vision är att barn, unga, vuxna och äldre med ovanliga diagnoser eller funktionsnedsättningar ska ha en frisk mun med god funktion. Dess primära målgrupper är personer med ovanlig diagnos och deras anhöriga, brukarorganisationer, tandvårdspersonal,

vårdspersonal, utbildningsinstitutioner samt företag, organisationer och institutioner som är verksamma inom området.

- Kompetenscentrum för sällsynta odontologiska tillstånd i Jönköping är en klinik inom odontologiska institutionen för specialisttandvård, utbildning och forskning inom tandvården. Centrumet arbetar bland annat med att ta fram vårdprogram och vårdkedjor och att samarbeta i nätverk med specialister.
- Odontologiskt kunskapscentrum i norr ligger i Umeå, vilket gör att kompetensen vid odontologiska fakulteten, regionsjukhuset och den medicinska fakulteten kan utnyttjas vid både forskning och patientrelaterad verksamhet. Centrumets upptagningsområde omfattar de fyra nordligaste länen, vilket innebär halva Sveriges yta men endast omkring 1 miljon invånare. Syftet med verksamheten är att bidra till en bättre oral hälsa och en ökad livskvalitet genom att samla erfarenhet och kunskap om grupperna personer med funktionsnedsättning eller sällsynta diagnoser.

Samtliga tre centrum är aktiva inom forskning och utveckling, utredning och behandling samt information och kunskapspridning om munhälsa och orofacial funktion, och har ett utvecklat samarbete med varandra.

### **Tandvården kan spela en viktig roll för utsatta barn**

Tandvården har även en viktig roll när det gäller att upptäcka barn som misstänks vara utsatta för övergrepp eller bristande omvårdnad. De nordiska barnombudsmännen påpekade i ett gemensamt uttalande 2009 att tandvården har en unik möjlighet att komma i kontakt med i princip alla barn, och att tandvårdspersonal får en god över-

blick över eventuella skador i munnen, halsen och ansiktet [93]. Barnombudsmännen konstaterade vidare att det är få tandläkare som respekterar den anmälningsplikt som tandvården har, och att beslutsfattare i de nordiska länderna bör förtydliga denna anmälningsplikt i relevanta planer och policydokument [93].

Barnombudsmannen (BO) genomförde 2010 en enkätundersökning som undersökte den svenska tandvårdens erfarenhet av barn som far illa på olika sätt och vilken beredskap som finns på klinikerna för att hantera denna typ av situationer [94]. Kartläggningen visar att 91 procent av tandläkarna har mött barn som de misstänker är utsatta för våld eller övergrepp, bristande omsorg eller bristande tandskötsel (så kallad dental försummelse). Dessutom visar kartläggningen att en minoritet av tandläkarna anmäler sina misstankar till socialnämnden. Kartläggningen visar också att tandläkarnas utbildning brister när det gäller att upptäcka barn som far illa.

Sveriges tandläkarförbund har gett ut en skrift som beskriver tandvårdens anmälningskyldighet och vad man som tandvårdspersonal kan möta. Skriften ger även råd om hur tandvårdspersonal ska agera när de har svårt att få barnen att besöka kliniken – något som kan vara ett tecken på att barnet är i en utsatt situation [95].

Barn med skyddade personuppgifter har uppmärksammats av BO som en grupp där hälso- och sjukvården inklusive tandvården kan göra mer. Vuxnas okunskap kan leda till att barn och unga med skyddade personuppgifter utsätts för stora risker. Det har förekommit att tandvårdspersonal har lämnat ut namn, adresser och bilder på barnen, vilket gör att det går att spåra dem [96]. Det finns även exempel på att unga med skyddade personuppgifter inte har fått kallelse till tandvården på flera år på grund av att kallel-

ser inte får ske via brev. Det händer att barn och unga med skyddade uppgifter själva får höra av sig till tandvården och boka tid. I vissa fall leder detta till att de får besked om tandläkartid med en dags varsel.

### **Kvalitetsregister inom barn- och ungdomstandvård under uppbyggnad**

Det nationella kvalitetsregistret SKaPa (Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit) är under uppbyggnad. Syftet med kvalitetsregistret SKaPa är att minska förekomsten av karies och tandlossning genom att utveckla kvalitet och behandlingsresultat inom tandvården, och att bidra till att utveckla både enskilda kliniker och munhälsovården på nationell nivå [97].

Registret inkluderar även uppgifter från barn- och ungdomstandvården. I den senaste årsrapporten från registret finns data om tandhälsan hos 1–19-åringar från fyra folktandvårdsorganisationer. SKaPa bidrar med tandhälsodata till forskningsprojekt inom barntandvård, bland annat till ett forskningsprojekt om tandvårdsrädsla, behandlingsproblem och munhälsa hos barn. Detta är ett samarbetsprojekt mellan Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet samt folktandvården i Västra Götaland och Örebro län. Projektet omfattar 2 500 barn som följs under en femårsperiod.

Hösten 2012 var 10 landsting och regioner anslutna till SKaPa. Planen är att ytterligare fyra landsting och regioner ska anslutas våren 2013 och att samtliga landsting och regioner ska vara anslutna till registret hösten 2013. SKaPa har även tecknat avtal med Praktikertjänst för att ansluta privata mottagningar. Den första privata mottagningen anslöts till registret hösten 2012 och därefter är planen att privatvårdvården ska anslutas successivt.

### Referenser

1. Införandet av vårdval i primärvården slutredovisning. Stockholm; Socialstyrelsen; 2010.
2. Lägesrapport 2013. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
3. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
4. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.
5. Nationella Planeringsstödet (NPS). Socialstyrelsen; 2013.
6. Magnusson M, Blennow M, Hagelin E, Sundelin C. Barnhälsovård att främja barns hälsa. Stockholm: Liber; 2009.
7. Mödrahälsovårdsregistret, årsrapport 2011.
8. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen; 1991.
9. Översyn av Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS. Socialstyrelsens meddelandeblad februari 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
10. Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa. En kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning. Socialstyrelsen; 2011.
11. Rikshandboken Barnhälsovård. [www.rikshandboken-bhv.se](http://www.rikshandboken-bhv.se)
12. Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska översikter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
13. Upptäcka utvecklingsavvikelser hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska kunskapsöversikter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
14. Larsson C, Larsson M, Nyman L. Prevention av övervikt och fetma hos barn och ungdomar. En jämförelse av vårdprogram. Examensarbete. Jönköping: Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping; 2010.
15. Bra mat för barn 0–5 år – handledning för barnhälsovården. Uppsala: Livsmedelsverket; 2013.
16. Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
17. Föräldrastöd i Sverige idag – vad, när och hur. Rapport till Statens Folkhälsoinstitut; 2008.
18. Magnusson M, Lindfors A, Tell J. Stora skillnader i svensk barnhälsovård. Läkartidningen s 1618–1621, nr 35 volym 108 2011.
19. Wallby T. Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter föräldrars amning, rökvanor och kontakter med BVC. Avhandling. Uppsala universitet; 2012.
20. Marcus SM- Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Can J Clin Pharmacol* 2009;16 (1): e15-e22.
21. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
22. SKL. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, 2001–2012. [www.skl.se](http://www.skl.se)
23. Almquist-Tangen G, Bergström M, Lindfors A, Holmberg L, Magnusson M. Minskat antal hembesök inom barnhälsovården. Sjuksköterskornas attityder avgörande för hur verksamheten utvecklas. *Läkartidningen* 2010;107(47):2968–71.
24. Kitzman H, Olds DL, Sidora K. et al. Enduring Effects of Nurse Home Visitation on Maternal Life Course: A 3-Year Follow-Up of a Randomized Trial. *JAMA* 2000;282(15):1983-1989.
25. Barnett B, Liu J, DeVos M, Alperovitz- Bichell K, Duggan AK. Home visiting for Adolescent Mothers: Effects on Parenting, Maternal Life

- Course, and Primary Care Linkage. *Ann Fam Med* 2007;5:224-232.
26. Jansson A. First time mothers satisfaction with early encounters with the nurse child health care: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatr* 2002;91:571-577.
  27. Att mäta kvalitet i barnhälsovården. Utveckling och testning av kvalitetsindikatorer för öppna jämförelser. maj 2011 Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
  28. Nationella kvalitetsregister. Beslut 2012-12-14, diariernr 123464.
  29. Regeringens proposition Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet (prop. 2009/10:165).
  30. Tydligare krav på elevhälsa. Juridisk vägledning. Stockholm: Skolverket; 2012.
  31. Uppdrag att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa. Regeringsbeslut I:5 2011-10-27 (U2011/5947/S, U2011/2269/ (delvis), U2010/7669/S (delvis), U2011/263/S (delvis)). Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2011.
  32. Elevhälsa. Sammanställning av rektorernas samtliga svar uppdelade på fristående och kommunala huvudmän. Stockholm: Skolinspektionen; 2011.
  33. Att mäta kvalitet i skolhälsovårdens/elevhälsans arbete med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
  34. Överenskommelse om samverkan mellan Statens skolinspektion och Socialstyrelsen 2012-04-15 (Dnr 2011:4911 Skolinspektionen och 5.2-22408/2012 Socialstyrelsen). Stockholm: Skolinspektionen och Socialstyrelsen; 2011.
  35. Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
  36. Skolverket. Personalstatistik [www.skolverket.se](http://www.skolverket.se) Hämtad 2012-12-15.
  37. Beslut i tillsynsärende, Klagomål angående skolhälsovården vid Sundsgymnasiet i Vellinge kommun 2011-08-19. Dnr 9.2- 38748/2010. Socialstyrelsen.
  38. Undersökning från Psykologförbundet: Det finns för få skolpsykologer. Sveriges Psykologförbund. [www.psykologforbundet.se/forbundettycker/Sidor/elevhalsa.aspx](http://www.psykologforbundet.se/forbundettycker/Sidor/elevhalsa.aspx)
  39. Beslut för gymnasieskola efter tillsyn av Volvogymnasiet Skövde i Skövde kommun. 2012-11-02, Dnr 43-2012:2734. Stockholm: Skolinspektionen.
  40. Kling, Stefan. Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Malmö 2010-12-15.
  41. Skolhälsovårdens metoder för att förebygga psykisk ohälsa. En nationell inventering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
  42. Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård/elevhälsa – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
  43. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
  44. Skolans dokument – insyn och sekretess. Betänkande av Utredningen om sekretess för uppgifter i skolväsendet och vissa andra utbildningsformer och verksamheter (SOU 2011:58).
  45. Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning. Slutbetänkande av Utredningen om utsatta barn i skolan (SOU 2010:95).
  46. Skolhälsovård. En tillsynsrapport inom Stockholms läns och Gotlands kommuns grundskolor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

47. Riksföreningen för skolsköterskor och Svenska skolläkarföreningen. Indikatorer för god och säker skolhälsovård. Stockholm; 2011.
48. Riksföreningen för skolsköterskor och Svenska skolläkarföreningen. Underlag för strukturerat kvalitetsarbete för svensk skolhälsovård. Stockholm; 2011.
49. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. *Lancet* 2011; 378:526–535.
50. Smittskyddsinstitutet. Hur fungerar vacciner? Stockholm; 2012 [citerad 2012-12-13]. Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/vaccinationer/hur-fungerar-vacciner/>
51. Vaccination av barn. Det svenska vaccinationsprogrammet – En kunskapsöversikt för hälsovårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
52. History of vaccines. Vaccine development, testing, and regulation. 2012 [citerad 2012-12-13]. Tillgänglig från: <http://www.history-of-vaccines.org/content/articles/vaccine-development-testing-and-regulation>
53. Vacciner till barn – skyddseffekter och biverkningar. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2009: SBU-rapport nr 191.
54. Smittskyddsinstitutet. (2012). Vaccinationsuppföljning. Seroepidemiologisk tvärsnittsstudie 2007. Artikelnummer: 2012-15-8.
55. Vaccinationsuppföljning – Seroepidemiologisk tvärsnittsstudie 2007. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2012.
56. Vaccinationsstatistik från barnavårdscentralerna 2011, gällande barn födda 2008. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2012 [citerad 2012-12-13]. Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/5216/vacc-rapport-12-bvc-lan-kommun.pdf>
57. Vaccinationsstatistik från skolhälsovården. Elever i årskurs 6, läsåret 2010/11. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2012 [citerad 2012-12-13]. Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/5215/la-10-11-vaccstat-skolh-tabell.pdf>
58. Barnvaccinationsprogrammet når även de utlandsfödda barnen – En jämförelse av det serologiska immunitetsläget hos utlandsfödda barn och barn födda i Sverige i åldersgruppen 14–16 år med fokus på de sjukdomar som ingår i det svenska barnvaccinationsprogrammet. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2012.
59. Fine P, Eames K, Heymann DL. "Herd immunity": a rough guide. *Clinical Infectious Diseases* 2011;52 (7):911–916.
60. Smittskyddsinstitutet. Antalet fall av röda hund i Järnaområdet fortsätter stiga. Stockholm; 2012 [citerad 2013-03-10]. Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/nyhetsarkiv/2012/ytterligare-fall-av-roda-hund-i-jarna-området/>
61. Smittskyddsinstitutet. Utbrott av mässling både i Sverige och övriga Europa. Stockholm; 2012 [citerad 2013-03-10]. Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/nyhetsarkiv/2012/utbrott-av-massling-bade-i-sverige-och-ovriga-europa/>
62. Sammanställning av data från Socialstyrelsens enkät till ungdomsmottagningarna. Socialstyrelsen; 2013.
63. Policyprogram. [www.fsum.org](http://www.fsum.org) Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar; 2004.
64. Att förebygga HIV och STI. Kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna. [www.smi.se](http://www.smi.se) Stockholm: Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen; 2011.
65. Personlig kontakt med Timmy Leijen, Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar

66. [www.umo.se/ungdomsmottagningar](http://www.umo.se/ungdomsmottagningar)
67. RFSU:s Sverigebarometer 2011 [www.rfsu.se](http://www.rfsu.se) Riksförbundet för sexuell upplysning 2011.
68. RFSU:s Sverigebarometer 2012 [www.rfsu.se](http://www.rfsu.se) Riksförbundet för sexuell upplysning 2012.
69. Sammanställning av data från Socialstyrelsens enkät till ungdomsmottagningarna. Stockholm: Socialstyrelsen 2008.
70. [www.smittskyddsinstitutet.se](http://www.smittskyddsinstitutet.se)
71. Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner. 2 uppl. Stockholm: Socialstyrelsen 2008.
72. Halvarsson, V. Sjukvårdens arbete med sexuellt överförda infektioner. En nationell kartläggning över hur vårdinrättningar i Sverige arbetar praktiskt med sexuellt överförda infektioner. Stockholms universitet; 2009.
73. Halvarsson, V; Liljeros; F. Sjukvårdens arbete med sexuellt överförda infektioner har brister. Nationell kartläggning visar stora variationer mellan olika vårdinrättningar. Läkartidningen Nr 21-22 2009.
74. Meddelandeblad 5/2012 april 2012 Socialstyrelsen 2012.
75. Rekommendationer för profylax mot hepatit B – profylax med vaccin och immunoglobulin – före och efter exponering [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
76. Tikkanen, R. MSM-enkäten. Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män MAH Malmö högskola Hälsa och samhälle 2010.
77. Hammarlund, K; Riskfyllda möten – en studie om unga människors upplevelser av sexuellt överförbara infektioner och sexuellt risktagande Avhandling. Växjö universitet; 2009.
78. Christianson, M. What is behind Sexual Risk-Taking? Avhandling. Umeå Universitet; 2006.
79. ”Trygga sammanhang gör mig kåt” – en studie om transpersoners upplevelser och tankar om sex samt behov av kunskap och insatser rörande sexuell hälsa. Stockholm: RFSU & RFSU Ungdom; 2011.
80. Kundenkät 2012. Landstinget i Västernorrland; 2012.
81. Nittonåringarna om tänder och tandvård. Sammanställning av 19-årsenkäten 2008. Sörmlands läns landsting; 2009.
82. Sammanställning 19-årsenkät 2011. Kalmar läns landsting; 2011.
83. Kvalitetsrapport 2011. Centrum för ortodonti/pedodonti. Östergötlands läns landsting; 2011
84. Publika jämförelser – tandregleringsvård 2011. Stockholm: Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2012.
85. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning maj 2011 Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
86. Indikationer för antibiotikaprofylax i tandvården. Ny rekommendation. Uppsala: Läkemedelsverket; 2012.
87. Årsrapport NPS 2012, s 32f. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
88. Mellner C, Biterman D. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga (preliminär titel). Underlagsrapport. Socialstyrelsen; 2013.
89. Verksamhetsberättelse Mun H Center 2011. Göteborg; 2012.
90. Verksamhetsberättelse 2011. Kompetenscenter för sällsynta odontologiska tillstånd. Jönköping; 2012.
91. Årsberättelse 2011. Odontologiskt kunskapscenter Norr. Umeå; 2012.
92. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012, s. 78. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
93. Tandvården och barn som far illa. Stockholm: Barnombudsmannen; 2011.
94. Barn som far illa. Sveriges tandläkarförbund; 2011.

## 7. Hälso- och sjukvård

---

95. Oskyddad. Barn och ungdomar om att leva med skyddade personuppgifter, s. 27. Stockholm: Barnombudsmannen; 2012.
96. Årsrapport 2011, s 14. Karlstad: SKaPa; 2012.



Läkemedel

8.

# Läkemedel

## Slutsatser

- Varje år hämtas det ut läkemedel till ungefär hälften av alla barn under 18 år. Vanligast är läkemedel mot infektionssjukdomar och sjukdomar i andningsorganen.
- Antalet barn och unga som använder läkemedel som tillhör grupperna sömnmedel, lugnande läkemedel och antidepressiva läkemedel ökar, speciellt bland äldre flickor.
- Den generella kunskapen om läkemedelsbehandling av barn är bristfällig. En stor del av de läkemedel som används för behandling av barn har inte genomgått klinisk prövning på barn och unga.
- En rad projekt pågår på europeisk nivå och i Sverige (bland annat inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin) för att hitta vägar till säkrare läkemedelsanvändning av barn.
- Antibiotikaföreskrivningen till barn minskar och läkare blir bättre på att välja rekommenderade typer av antibiotika.
- Användningen av centralstimulerande läkemedel (metylfenidat) har ökat kraftigt bland barn och unga de senaste åren. De som påbörjar behandling med dessa läkemedel fortsätter oftast behandlingen i många år.
- Behandling med läkemedel under graviditet mot olika sjukdomar är ofta nödvändig. Vissa läkemedel kan dock innebära risk för fostret; olika typ av risker föreligger under tidig och sen graviditet. Även receptfria lä-

kemedel kan vara olämpliga att använda under graviditet.

Precis som för vuxna är läkemedel en viktig behandlingsmetod för barn. Att behandla barn med läkemedel skiljer sig dock betydligt från att behandla patienter över 18 år, eftersom det ofta saknas dokumentation om dosering, effekt och säkerhet. En konsekvens av detta är att många läkemedelsordinationer till barn görs utanför de godkända indikationerna (så kallad off-label). I brist på vetenskaplig dokumentation vilar läkemedelsbehandling av barn därför förhållandevis tungt på beprövad erfarenhet och egna rutiner som barnläkarkåren har utvecklat.

En annan skillnad mot att behandla vuxna är att läkemedelsbehandling av barn kräver kunskap om de specifika förutsättningar som gäller för barn i olika åldrar. Barn omsätter till exempel läkemedel olika snabbt beroende på var de befinner sig i tillväxtkurvan. Detta innebär att dosen och doseringsintervallet kan variera trots att forskrivaren har tagit hänsyn till barnets kroppsytta och vikt. Även läkemedelsbiverkningar kan yttra sig på olika sätt beroende på barnets ålder och utveckling.

## Barns läkemedelsanvändning i siffror

### Receptförskrivna läkemedel till vartannat barn

Varje år hämtas det ut receptförskrivna läkemedel till ungefär hälften av alla barn och unga under 18 år [1]. Uppgifter om hur mycket läkemedel som hämtas ut ger en bild av ohälsan hos barn, även om vissa lindriga barnsjukdomar som förkylningar inte syns i statistiken eftersom de ofta kan klaras av utan läkarbesök eller receptbelagda läkemedel.

De åkommor som flest antal barn råkar ut för är infektionssjukdomar, sjukdomar i andningsorganen och hudproblem. Varje år hämtas det till exempel ut läkemedel mot infektionssjukdomar (främst antibiotika) till över 400 000 barn. Till nästan lika många barn hämtas det ut läkemedel mot sjukdomar i andningsorganen. Det rör sig i första hand om hostmediciner och astmaläkemedel.

Det är vanligt att barn med luftvägsinfektioner behandlas både med läkemedel mot infektioner och med läkemedel mot problem med luftvägarna. Den vanligaste kombinationen är penicillin och hostmediciner. Trots att hostmediciner förskrivs i stor utsträckning finns lite evidens för att de ger effekt [2, 3]. I studier beskrivs även ett annat biverkningspanorama hos barn jämfört med vuxna, till exempel psykiatriska biverkningar. Därför rekommenderas återhållsamhet med hostmediciner till barn under sex år [4].

Figur 8:1 visar de vanligaste läkemedelsgrupperna som år 2012 förskrevs på recept till barn under 18 år. För att visa hur receptförskrivningen har ändrats över tid redovisas även motsvarande uppgifter för år 2000. För varje läkemedelsgrupp visar figuren hur många receptförskrivningar

som båda dessa år expedierades på apotek per 1 000 barn. Genom att använda detta mätetal går det att jämföra uppgifterna över tid, oberoende av ändringar i populationsstorlek.

År 2000 var vanlig antibiotika av typen penicillin V den mest utskrivna läkemedelsgruppen till barn. Bilden var densamma år 2012, men förskrivningen av denna typ av antibiotika har minskat kraftigt. Antalet uthämtade recept på läkemedel mot astma och allergi har däremot ökat. Detta gäller i ännu större utsträckning för läkemedel mot adhd och liknande tillstånd. År 2000, när dessa läkemedel knappast fanns på marknaden, hämtades det ut ungefär 2 recept per 1000 barn och år. År 2012 var siffran 105 recept per 1 000 barn. Även förskrivningen av laxerande läkemedel har ökat under denna period.

Receptförskrivna läkemedel till barn under 18 år utgör mindre än 2 procent av den totala mängden receptförskrivna läkemedel i samhället (i definierade dygnsdoser, DDD), men står samtidigt för 6 procent av den totala förmånskostnaden<sup>1</sup> [5]. Att den genomsnittliga kostnaden för barns läkemedelsbehandling är högre än vuxnas beror främst på tre specifika läkemedelsgrupper som innehåller förhållandevis dyra läkemedel:

1. läkemedel som gör att blodet koagulerar (hemostatika)
2. läkemedel mot psykiska obalanser (psykoanaleptika)
3. läkemedel för att främja tillväxten (tillväxthormoner).

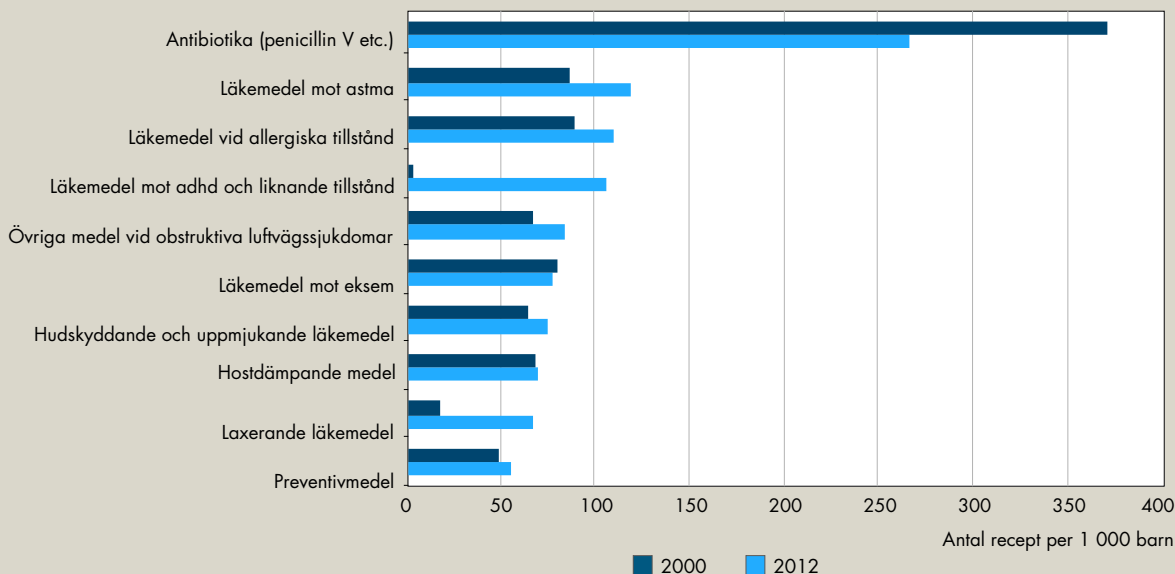
Tabell 8:1 visar 2012 års förmånskostnad för de tre övergripande områden där dessa läkemedel

<sup>1</sup> Läkemedelsförmånen är benämningen på det svenska subventionssystemet för läkemedel och andra produkter som förskrivs inom öppenvården.

## 8. Läkemedel

**Figur 8:1. Läkemedel på recept**

Antal recept\* per 1 000 barn och unga 0<18 år, jämförelse mellan åren 2000 och 2012\*\*.



\*Varurader

\*\*Redovisning på gruppnivå 4 enligt det av WHO rekommenderade klassifikationssystemet ATC (Anatomic Therapeutic Chemical classification system).

Källa: Apotekens Service AB (databasen Concise).

ingår. Även antalet patienter som hämtat ut ett läkemedel som tillhör gruppen finns angivet i tabellen. Det framgår tydligt att hög kostnad inte alltid behöver innebära många patienter. Den genomsnittliga förmånskostnaden per barn och år vid behandling med läkemedel mot sjukdomar i blod eller blodbildande organ var 2012 ungefär 20 000 kr. Motsvarande siffra för ett barn med infektionssjukdom var 128 kr. En anledning till att kostnaderna för läkemedel som används mot sjukdomar i nervsystemet har ökat mycket bland barn är att det har kommit centralstimulerande läkemedel mot adhd under det senaste årtiondet, som metylfenidat (till exem-

pel Concerta och Ritalin) och atomoxetin (Stratera).

Psykofarmaka och sömnmedel är läkemedelsgrupper som är särskilt intressanta att följa upp. Barns och ungas hälsa i Sverige är i huvudsak god, men hälsoproblemen har de senaste årtionden förskjutits från fysisk ohälsa mot psykosocialt betingade besvär och funktionsnedsättningar. Som framgår av andra delar av den här rapporten har det blivit vanligare att unga uppger att de är nedstämda, oroliga och har svårt att sova. Trenden syns i form av att läkare skriver ut allt mer av till exempel lugnande läkemedel, sömnläkemedel och antidepressiva läkemedel, främst till de äldre barnen.

**Tabell 8:1. Läkemedelskostnad**

De tre behandlingsområden (ATC-gruppsnivå 1) för barn under 18 år med högst läkemedelskostnad och antalet barn som hämtat ut dessa läkemedel.

Övergripande terapeutiska områden (ATC-1)	Totalkostnad 2012 (kr)	Antal barn 2012
1. Blod och blodbildande organ (bl.a. hemostatika)	260 971 223	13 114
2. Nervsystemet (bl.a. psykoanaleptika)	239 313 778	85 326
3. Hormoner (bl.a. tillväxthormoner)	187 682 581	49 333

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figurerna 8:2 och 8:3 visar utvecklingen av antalet patienter per 1 000 barn och unga i åldrarna 7–12 år och 13–17 år som dessa typer av läkemedel har hämtats ut till på apotek. Ibland förskrivs läkemedlen också till yngre barn, men antalet är så litet att barn upp till 6 år inte har tagits med i redovisningen. Figurerna visar trender från 2006 till och med 2012.

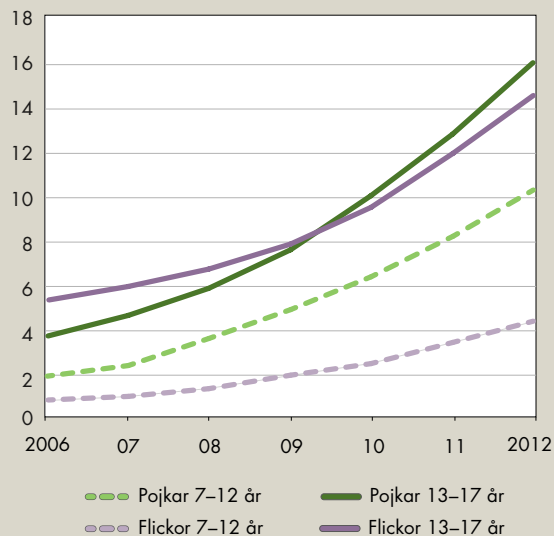
Av figur 8:2 framgår att användningen av sömnläkemedel ökar ungefär lika mycket för pojkar och flickor 13–17 år, medan ökningen är betydligt större bland pojkar 7–12 år än flickor i samma ålder. När det gäller lugnande medel (figur 8:3) och antidepressiva (figur 8:4) är ökningen störst bland de äldre barnen och framför allt flickor 13–17 år, en trend som för övrigt fortsätter bland unga kvinnor över 18 år.

Även om det inte råder någon tvekan om att det finns en uppåtgående trend för användningen av båda dessa läkemedelsgrupper bland barn och unga är det viktigt att tolka den här typen av statistik med viss försiktighet. För sömnläkemedel till barn handlar till exempel den observerade ökningen till stor del om läkemedel som innehåller substansen melatonin, ett kroppseget sömnreglerande hormon. Tyngre sömnläkemedel av typen bensodiazepinderivat ökar däremot inte

**Figur 8:2. Sömnmedel**

Antal patienter per 1 000 barn med sömnmedel\*, flickor och pojkar i åldrarna 7–12 år och 13–17 år, år 2006–2012.

Antal patienter per 1 000 invånare

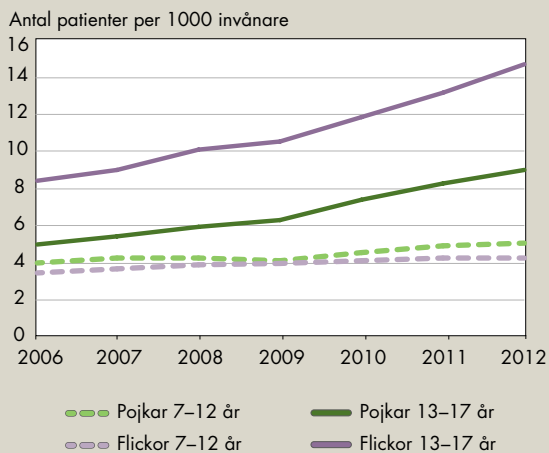


\*Läkemedel med ATC-kod N05C.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Figur 8:3. Lugnande läkemedel

Antal patienter per 1 000 barn med lugnande medel\*, flickor och pojkar i åldrarna 7–12 år och 13–17 år, år 2006–2012.

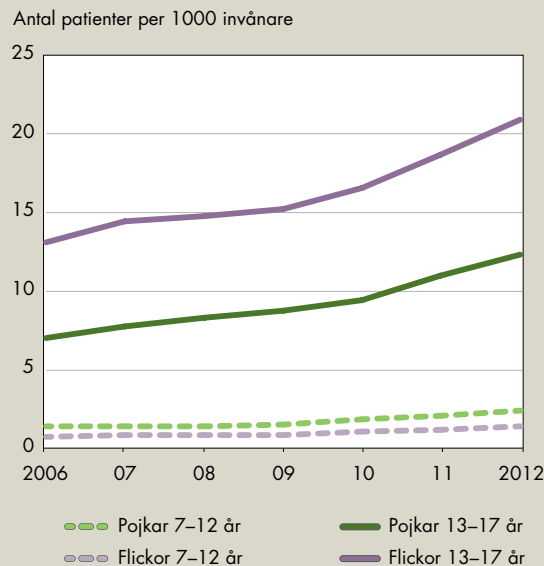


\*Läkemedel med ATC-kod N05B.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Figur 8:4. Antidepressiva läkemedel

Antal patienter per 1000 barn med antidepressiva medel\*, flickor och pojkar i åldrarna 7–12 år och 13–17 år, år 2006–2012.



\*Läkemedel med ATC-kod N06A.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

nämnavrt. Undantaget är substansen midazolam, som visserligen ingår i gruppen sömnmedel, men som endast används för att behandla långvariga, akuta krampanfall hos spädbarn, småbarn, barn och unga.

Liknande exempel går att hitta i gruppen lugnande medel. Även här finns läkemedel som också har andra användningsområden, till exempel muskelavslappande eller för att häva epilepsi- eller feberkramper.

De flesta läkemedel som används för att behandla depression hos vuxna är inte godkända för barn och unga. Läkemedelsverket förespråkar därför stor försiktighet i sina behandlingsrekommendationer. Vid medelsvår depression kan tillägg med läkemedel vara motiverat om inte psykosociala åtgärder har gett någon förbättring efter

6–8 veckor. Endast vid svår depression kan det finnas skäl att direkt börja behandla med läkemedel samtidigt med psykosociala åtgärder [6]<sup>2</sup>.

### Läkemedelsordinationer på sjukhus varierar

Det finns ingen tillförlitlig statistikkälla som på aggregerad nivå visar vilka läkemedel som ordineras till barn inom slutenvården. I en riksomfatt-

2 Mer information om barn och ungas psykiska hälsa, som delvis syns i den ökande användningen av psykofarmaka, finns i kapitel 6.

tande studie från 2008 som gjordes på uppdrag av Läkemedelsverket undersöktes under två tvådagarsperioder alla läkemedelsordinationer till barn som var inlagda på sjukhus i Sverige [7]. Studiens främsta syfte var att ge en bild av läkemedelsanvändningen för barn på sjukhus i Sverige och att undersöka i hur stor utsträckning användningen utgjordes av läkemedel som var ofullständigt dokumenterade för barn.

I studien ingick 200 kliniker på 41 sjukhus, som rapporterade sammanlagt 11 294 läkemedelsordinationer till 2 947 barn. Detta motsvarar omkring 70 procent av alla barn som enligt Socialstyrelsens patientregister var inlagda på svenska sjukhus under de dagar då mätningarna gjordes. Det genomsnittliga antalet ordinationer var ungefär 3,8 per barn. Vanligast var att barnen fick tre olika läkemedel, men antalet ordinationer per barn varierade starkt.

De flesta läkemedel som registrerades i studien gavs intravenöst (43 procent) eller via munnen (41 procent). Den vanligaste behandlingsindikationen var smärta. Enligt studien var paracetamol den mest använda substansen och utgjorde 12 procent av samtliga ordinationer till barn på sjukhus. Även behandling i samband med för tidig födsel och infektion visade sig vara ofta förekommande behandlingsindikationer.

Eftersom behandling på sjukhus ofta beror på en allvarligare sjukdom än vad som är fallet vid behandling i öppenvården är det inte förvånande att användningen av läkemedel i slutenvården avviker markant från den i öppenvården. Förutom läkemedel mot smärta var läkemedel vid blodsjukdomar, läkemedel vid matsmältnings- eller ämnesomsättningsrubbnings- och läkemedel för hjärta och kärl vanligare till barn på sjukhus än i öppenvården. Ordinationer i slutenvård uppdelade på samtliga övergripande läkemedelsgrupper redovisas i figur 8:5.

### Utbredd användning av receptfria läkemedel

Barns användning av receptfria läkemedel, även kallat för egenvårdsläkemedel, är svår att fastställa eftersom det inte finns någon information om åldern på den eller dem som använder det köpta läkemedlet. I många länder är det över huvudtaget svårt att analysera försäljningen av receptfria läkemedel eftersom det ofta inte finns någon central insamling av försäljningsstatistik från de olika apoteksaktörerna. I Sverige är kvaliteten på denna statistik dock förhållandevis god, speciellt fram till år 2009 då apoteksmarknaden omreglerades.

I en svensk studie från 2007–2008 [8], som gjordes på uppdrag av Läkemedelsverket inom ramen för en större utvärdering av barns läkemedelsanvändning, använde forskarna tre olika källor för att kartlägga användningen av receptfria läkemedel till barn i Sverige:

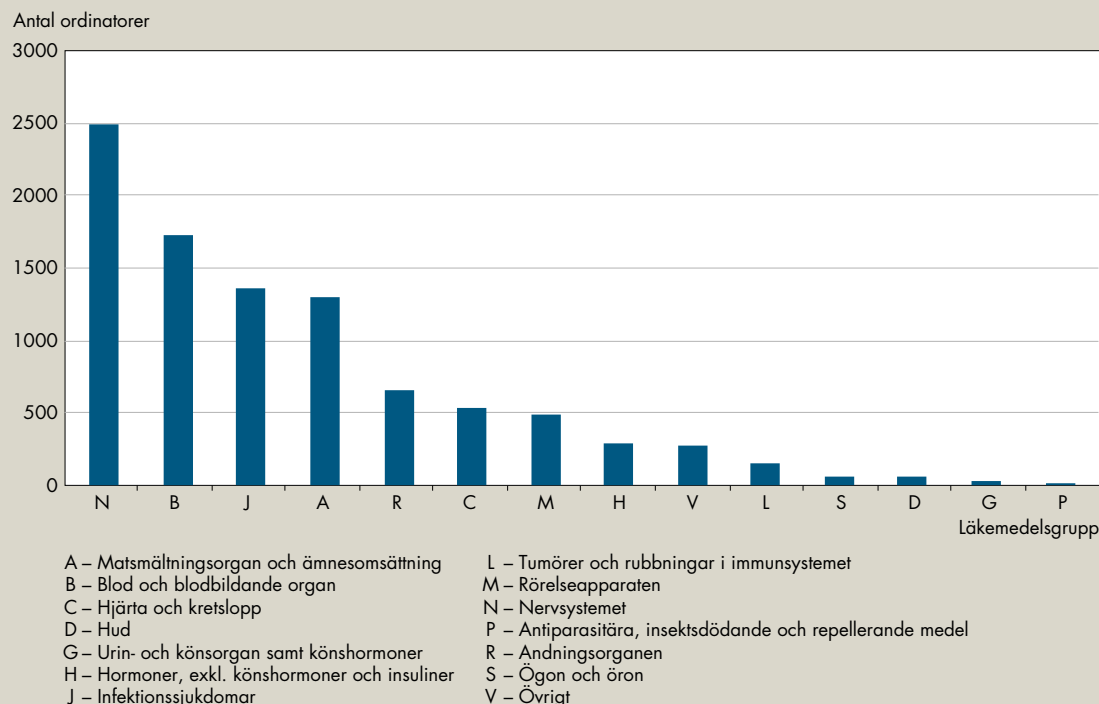
- En uppskattning av barns användning av receptfria läkemedel utifrån det totala antalet förpackningar receptfria läkemedel som hade sålts på svenska apotek 2007. Uppskattningen baserades på godkänd produktinformation om användning av läkemedel i olika åldersgrupper och information om styrka och läkemedelsform.
- Ett frågeformulär till cirka 4 100 barn och deras föräldrar födda mellan 1994 och 1996 i Stockholms län, där det ingick en fråga om användning av receptfria läkemedel de senaste tre månaderna.
- Ett frågeformulär till besökare av en akutmottagning för barn i Stockholms län. Denna undersökning pågick under tre veckor.

Baserat på uppgifter om den totala försäljningen av receptfria läkemedel uppskattade forskarna att

## 8. Läkemedel

**Figur 8:5. Läkemedel i slutenvård**

Antal läkemedelsordinationer till barn (0 < 18 år) inom slutenvården (uppdelade på ATC-gruppsnivå 1) under två tvådagarsperioder år 2008.



Källa: "Paediatric drug use with focus on off-label prescriptions at Swedish hospitals – a nationwide study." Acta Paediatrica, 2012.

antalet förpackningar receptfria läkemedel per barn och kvartal i genomsnitt är 1,25, vilket skulle motsvara 5 receptfria läkemedel per år. Det handlar främst om smärtstillande eller febernedsättande läkemedel. Paracetamol skulle enligt detta underlag utgöra 30 procent av samtliga receptfria läkemedel till barn och ibuprofen 7 procent. Andra receptfria läkemedel som används ofta är olika typer av näsdroppar (sammanlagt cirka 14 procent) och hostmedicin (cirka 6 procent).

Att barn använder många receptfria läkemedel bekräftas i stora drag av de undersökningar där ett frågeformulär användes. Enligt svaren använde två tredjedelar av barnen receptförskrivna läkemedel någon gång under de tre föregående månaderna (den första studien) eller under perioden före akutvårdsbesöket (den andra studien). Det är dock svårt att jämföra resultaten från dessa tre studier på grund av skillnader i metod och det faktum att de genomfördes vid olika tidpunkter.



När det gäller hostmediciner rekommenderar sjukvården att man ska vara återhållsam med användning av receptfria hostläkemedel till barn under 6 år, på samma sätt som försiktighet rekommenderas vid receptförskrivning. Även användning av näsdroppar eller nässprayer till barn är kontroversiell, speciellt när det gäller barn under två år.

Överanvändning av receptfria smärtstillande läkemedel är ett annat problem som har uppmärksamats. Av en kartläggning från 2005 bland 1 000 tonåringar mellan 13 och 17 år som besökte barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm framgick att 25 procent hade höga rester av läkemedelssubstanser i blodet, främst paracetamol och andra receptfria smärtstillande läkemedel [9]. Tillgången till receptfria smärtstillande läkemedel har ökat de senaste åren, även om konsumenten måste ha fyllt 18 år för att få köpa sådana läkemedel i dagligvaruhandeln. I dagens läge finns däremot ingen åldersgräns för att köpa smärtstillande läkemedel på apotek.

### Utmaningar vid läkemedelsbehandling av barn

Det finns en rad specifika svårigheter som barnläkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som behandlar barn måste hantera i klinisk vardag. Ett grundläggande problem är att kunskapen om barns läkemedel utifrån produktresuméer är ofullständig, i och med att en stor andel av de läkemedel som används för denna åldersgrupp inte har genomgått sedvanlig klinisk prövning på barn och unga. Det medför också att det finns brist på specifika barnläkemedel eller läkemedelsformer anpassade för barn.

Andra aspekter som läkare eller andra personal kategorier kan uppleva som problematiska är

ett otillräckligt stöd i ordinationsprocessen, vid iordningsställandet samt vid administrationen av läkemedel. Otillräcklig dokumentation och uppföljning av den valda behandlingen är ytterligare ett problemområde.

Det har länge varit svårt att avgöra i hur stor omfattning ofullständigt dokumenterade läkemedel används av barn, men de senaste åren har ett antal studier skapat en tydligare bild av problemets omfattning. Sverige tillhör de länder i Europa som har varit särskilt aktiva inom området, främst genom initiativ av Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Institutet och Läkemedelsverket. Även andra aktörer inom svensk hälso- och sjukvård och i den svenska akademiska världen har visat engagemang i dessa frågor.

En vanlig anledning till att studier som försöker kartlägga användning av ofullständigt dokumenterade läkemedel visar varierande resultat är att begreppet ”off-label” definieras på olika sätt. Ofta ingår tre huvudkategorier:

1. läkemedelsanvändning som inte sker enligt godkänd produktinformation (off-label)
2. apoteksberedda läkemedel (extemporeläkemedel)
3. läkemedel som inte är godkända eller marknadsförda i Sverige men som ordineras efter speciellt godkännande av Läkemedelsverket (licensläkemedel).

Gruppen off-label-läkemedel kan i sin tur definieras på ett bredare eller snävare sätt [10]. När ett läkemedel inte används enligt produktresumén kan det bland annat bero på faktorerna som visas i tabell 8:2.

I de svenska studier som redovisas i detta kapitel ingår samtliga dessa off-label-kriterier i gruppen ofullständigt dokumenterade läkemedel samt apoteksberedda och licensläkemedel.

**Tabell 8:2. Läkemedelsanvändning "off-label" till barn och ungdomar**

Off-label kategori	Beskrivning
Ålder	Läkemedel ges till ett barn som är yngre än lägsta ålder i produktinformationen.
Vikt	Läkemedel ges till ett barn som är lättare än lägsta vikt i produktinformationen.
Avsaknad av pediatrik information	Barn finns ej omnämnt någonstans i produktinformationen.
Brist på klinisk data	Enligt produktinformationen saknas studier på barn eller studier är otillräckliga för behandling av barn.
Kontraindikation	Läkemedlet är kontraindicerat till barn.
Indikation	Läkemedel ges på en annan indikation än vad som är angivet i produktinformationen.
Administreringsätt	Läkemedel ges via en annan administrationsväg än vad som är angivet i produktinformationen.
Läkemedelsform	Läkemedel ges i en annan läkemedelsform än vad som är angivet i produktinformationen.

Källa: Läkemedelsverket.

En vanlig typ av off-label-användning, främst hos nyfödda och för tidigt födda barn, är att kolhydrat- och elektrolytbaserade läkemedel som endast är godkända för intravenös behandling istället ges oralt.

### Vanligast med ofullständigt dokumenterade ordinationer inom slutenvården

Användning av läkemedel som inte har testats på barn och där kunskap saknas är störst inom slutenvården. Enligt den tidigare nämnda studien utgjordes hälften av alla ordinationer av läkemedel som var ofullständigt dokumenterade, det vill säga läkemedel som användes som off-label, apoteksberedda läkemedel och licensläkemedel [7]. Bland nyfödda barn utgjorde andelen ofullständigt dokumenterade läkemedel nästan 70 procent. Av studien framgick också att andelen off-label varierar mellan olika läkemedelsgrupper.

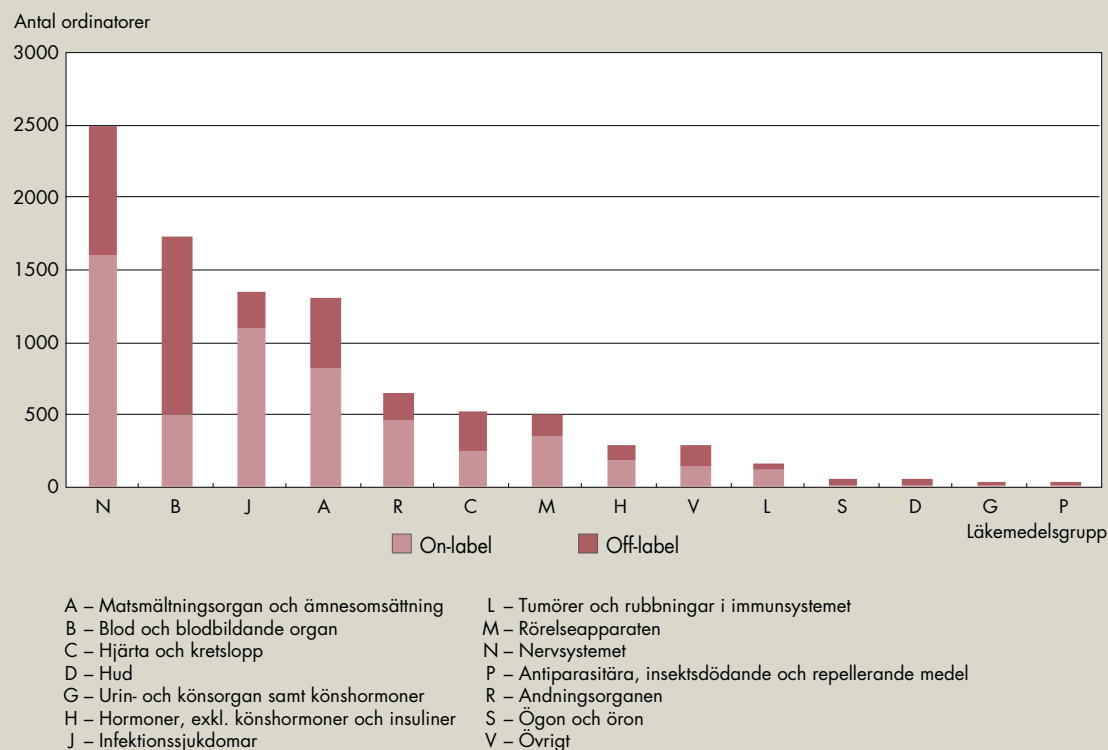
Kategoriserat per behandlingsområde såg fördelningen av ordinationer till de 2 947 barn som ingick i studien (totalt och uppdelat mellan on-label och off-label) ut som i figur 8:6. Ett terapi-behandlingsområde där dokumentationsbristen är särskilt stor är behandling av smärta.

### Ofullständigt dokumenterade läkemedel förekommer även inom öppenvården

Det förekommer också att öppenvården skriver ut ofullständigt dokumenterade läkemedel. År 2007 gjordes en registerstudie av receptförskrivna läkemedel som hade hämtats ut på apotek, främst genom att analysera uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister tillsammans med befolkningsdata från Statistiska centralbyrån [11]. Under en 12-månadersperiod hämtades det ut närmare 2,2 miljoner recept till 968 465 barn under 18 år.

**Figur 8:6. Off-label användning i slutenvård**

Fördelning mellan on-label och off-label användning av läkemedel till barn 0–17 år inom slutenvården under två tvådagarsperioder år 2008.



Källa: "Paediatric drug use with focus on off-label prescriptions at Swedish hospitals – a nationwide study." Acta Paediatrica, 2012.

I studien definierades ett uthämtat läkemedel som off-label om det hade förskrivits utanför de godkända åldersgränserna, om det i produktinformationen helt saknades information om barn eller angavs att inga studier hade gjorts på barn eller om läkemedlet inte var godkänt för behandling till barn (det vill säga kontraindicerat). Sammanlagt 13,5 procent av de uthämtade läkemedlen var enligt denna definition ofull-

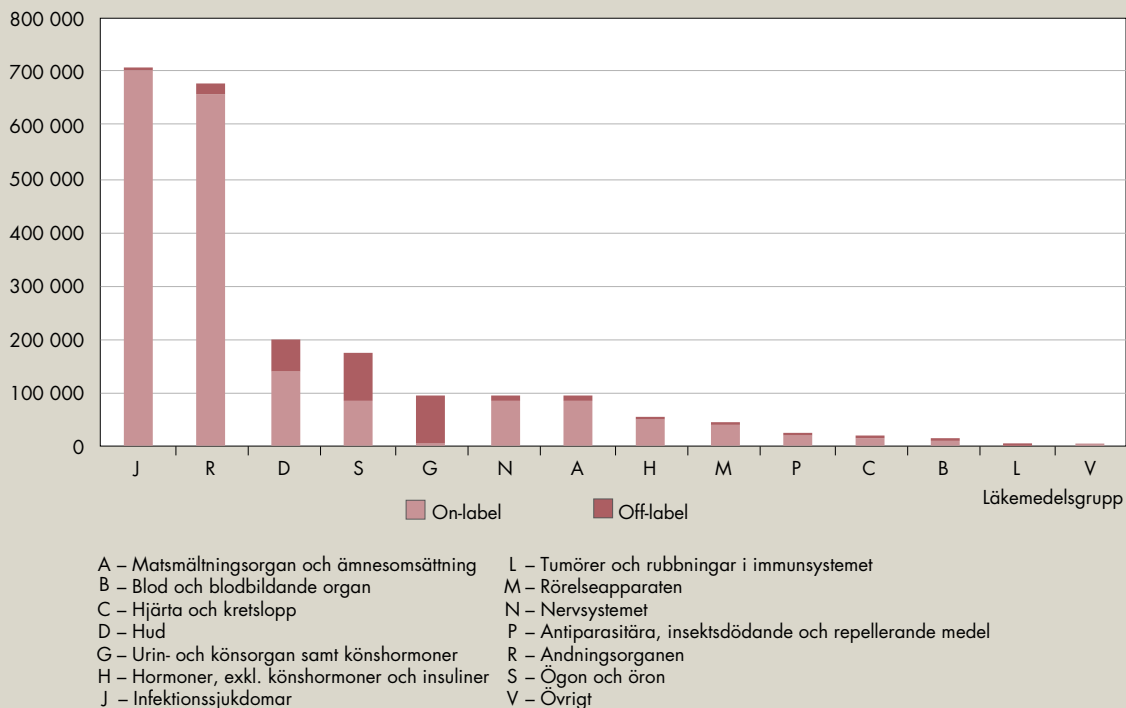
ständig dokumenterade, varav 11,9 procent off-label och 1,6 procent apoteksberedningar eller licensläkemedel. Enligt studien hade nästan två tredjedelar av barnen (64 procent) med öppenvårdsrecept fått minst en läkemedelsbehandling off-label.

Figur 8:7 visar att de ofullständigt dokumenterade läkemedel som öppenvården oftast skriver ut är

**Figur 8:7. Off-label användning i öppen vård**

Fördelning mellan läkemedelsuttag on-label och off-label till barn (0–17 år) inom öppenvården år 2008.

Antal uthämtade läkemedel



Källa: "Paediatric drug use with focus on off-label prescriptions in Swedish outpatient care – a nationwide study." Acta Paediatrica 2011.

- könshormoner (hormonella preventivmedel till unga)
- läkemedel mot öron- och ögonsjukdomar
- läkemedel mot hudproblem.

Även psykofarmaka (till exempel antidepressiva medel och läkemedel mot psykos), antiinflammatoriska läkemedel och vissa kardiovaskulära<sup>3</sup>

läkemedel var vanligt förekommande i kategorin off-label.

### Bristfällig dokumentation medför många konsekvenser

En anledning till att läkemedel till barn ofta är ofullständigt dokumenterade är att det är svårt att kliniskt pröva läkemedel på barn. I många fall är det inte heller lönsamt för läkemedelsföretag att utveckla läkemedel till den förhållandevis lilla

3 Kardiovaskulära läkemedel ordineras mot hjärt- och kärlsjukdomar.

gruppen barn. Förutom att själva studierna tar stora resurser i anspråk är introduktion av läkemedel på nya indikationer också förknippad med andra kostnader, till exempel att ta fram en bipacksedel<sup>4</sup> på rätt språk.

Bristen på information om läkemedel till barn gör det också svårare att känna igen och rapportera barns läkemedelsbiverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem. Det finns indikationer på att barn oftare än vuxna råkar ut för läkemedelsrelaterade problem på sjukhus [12]. Det saknas dock studier på barn som visar om och i vilken utsträckning behandling med just otillräckligt dokumenterade läkemedel är förknippad med en högre risk för biverkningar. Eftersom det finns lång klinisk erfarenhet av behandling med otillräckligt dokumenterade läkemedel i barnläkarkåren kan läkemedelsbehandling till barn i de flesta fall uppfattas som säker. Dock är användningen av otillräckligt dokumenterade läkemedel störst bland de yngsta och allra sjukaste barnen. Därför behövs mer kunskap.

### Vägar till säkrare läkemedelsanvändning till barn

Som en följd av den ökande uppmärksamheten på läkemedelsbehandling av barn, både nationellt och internationellt, pågår ett flertal initiativ för att hantera läkemedel säkrare inom barnsjukvården. Även om läkare gör allt för att samla befintlig kunskap från den vetenskapliga litteraturen och uppdatera sig om de senaste rönen finns det ett stort behov av förbättringar inom fem specifika områden som visas i bilden nedan (bild 8:1).

<sup>4</sup> Bipacksedeln är det informationsblad som följer med läkemedlet.

### Utveckla kunskap om att använda läkemedel på barn

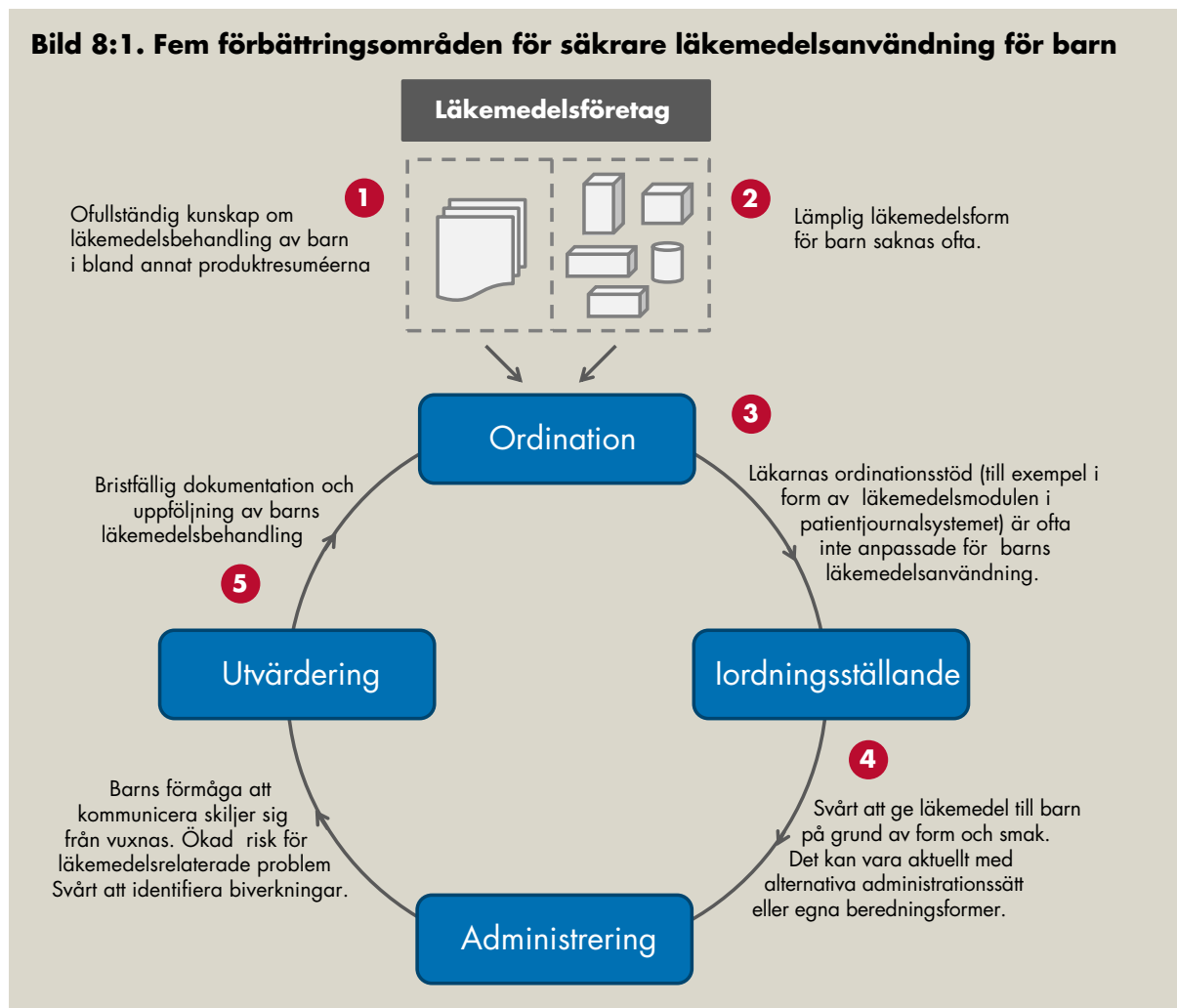
Behovet av fler och bättre läkemedel till barn har under 2000-talet fått ökad uppmärksamhet på europeisk nivå. Det har lett till nya lagar och regler. Sedan 2007 finns en EU-lag som säger att alla företag som utvecklar nya läkemedel ska ha en särskild plan för barnstudier innan ansökan om godkännande får lämnas in [13]. Den enda anledningen till att komma undan kravet att ta fram en sådan ”Paediatric investigation plan” (PIP) är om det är uteslutet att det nya läkemedlet kan vara till nytta för barn. En PIP omfattar, förutom kliniska studier på barn i relevanta åldrar, även krav på nödvändiga barnanpassningar av läkemedlets form och smak. Läkemedelsproducenter som gör dessa barnstudier blir belönade med en patentförlängning (exklusivitet) på 6 månader, förutsatt att samtliga medlemsstater godkänner produkten.

Syftet med ovanstående lag är att minska användningen av otillräckligt dokumenterade läkemedel genom utveckling av nya barnläkemedel, forskning av hög etisk standard och förbättrad information och kunskap om barns läkemedel. I lagen står det samtidigt att barn inte får utsättas för onödiga studier och att godkännande av nya läkemedel till vuxna inte får försenas.

Andra initiativ i den nya lagstiftningen är att granska barnrelaterad vetenskaplig dokumentation om äldre godkända läkemedel (cirka 1 000 substanser). Granskningen görs av europeiska läkemedelsmyndigheter för att se om information om effekt, dosering och säkerhet för barn kan ha tillkommit efter godkännandet. Om granskningen identifierar ny vetenskaplig information om barn kan det leda till ändring i produktinformationen.

I Sverige arbetar Läkemedelsverket sedan 2011 med ett regeringsuppdrag som har delats ut inom ramen för den nationella läkemedelsstra-

**Bild 8:1. Fem förbättringsområden för säkrare läkemedelsanvändning för barn**



tegin, och innebär att öka kunskapen om barns läkemedel och dess användning samt verka för säkrare läkemedelshandling inom barnsjukvården [14]. Uppdraget är i linje med det arbete som pågår inom EU. Läkemedelsverket har nu tagit fram ett långsiktigt program för att bidra till en positiv förändring av förskrivning av läkemedel till barn och hur de används. Programmet byg-

ger på täta kontakter med barnläkare, apotekare, barnsjuksköterskor och andra myndigheter. Läkemedelsverket kommer särskilt att fokusera på de områden som är mest eftersatta eller som är förknippade med patientsäkerhetsproblem, till exempel läkemedelsbehandling av nyfödda barn och smärtbehandling av barn i olika ålderskategorier.

### Förbättra utbudet av beredningsformer till barn

Europeiska läkemedelsmyndigheten har tagit fram dokument som ska ge läkemedelsföretag stöd för att tillverka beredningar till barn (exempelvis orala lösningar och små tabletter). Myndigheten har också tagit fram etiska riktlinjer för till exempel kliniska prövningar [15]. I samma dokumentation uttalas också en ambition att förbättra hälso- och sjukvårdspersonalens tillgång till information om hur vuxendoser kan anpassas till barn om det inte finns någon annan möjlighet.

### Säkrare ordination av läkemedel till barn

Eftersom det finns förhållandevis få barnanpassade läkemedel är det angeläget att den kunskap som trots allt finns är lättillgänglig i ordinationsögonblicket. I brist på vetenskapliga studier vore det därför bra om även hälso- och sjukvårdspersonalens beprövade erfarenhet på ett mer strukturerat sätt kunde ingå som kunskapskälla, förutsatt att det finns rutiner för kvalitetssäkring och uppdatering. Andra skäl för ett bättre och mer ändamålsenligt ordinationsstöd är att det kan minska risken för felaktiga eller otydliga ordinationer. Denna funktion finns inte eller bara i liten utsträckning i befintliga patientjournalssystem och läkemedelsmoduler<sup>5</sup> som används i barnsjukvården.

Ett lokalt initiativ i landet är ett system (ePed) som har tagits fram av barnläkare och apotekare på Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Verktuget ePed är till för hantering av läkemedelsinformation. Det bygger på en informationsstruktur som är oberoende av typ av patientjournalssystem. Systemet

ger bland annat tillgång till information om specifika substanser. Informationen kan kopplas till förifyllda ordinationsmallar, doseringshjälp och rimlighetskontroll som, om det används tillsammans med patientjournalssystemet, varnar för orimliga doser. Samtliga dessa funktioner ökar förutsättningarna för bra ordinationer. Systemet innehåller även kopplingar till mer allmän kunskap, som nationella riktlinjer, nationella och internationella studier, kostnader för rekvirerade (upphandlade) läkemedel och information om avvikelser.

Erfarenheterna från Astrid Lindgrens Barnsjukhus visar att det är särskilt viktigt att systemstödet underlättar för läkarna genom att göra det möjligt att till exempel ordinera i milligram per kilogram vikt och att systemet kan räkna om ordinationen till volym eller antal tabletter som sedan ska ges till patienten. Även en koppling mellan uppdaterade mätvärden för vikt, längd, kreatin<sup>6</sup> med mera anses vara angeläget. Intresset för ePed finns på flera andra barnkliniker, men i dagsläget är det oklart hur lokala initiativ som ePed kan spridas i större skala och vilka aktörer som ska garantera att informationen i databasen är kvalitetssäkrad och uppdaterad.

### Säkrare iordningsställande

Som har framgått tidigare krävs det ofta flera förberedande steg för att läkemedel ska kunna administreras till barn, till exempel att man anpassar doseringen, byter administreringsätt eller beställer en annan beredningsform. System för att hantera läkemedelsinformation kan även vara ett stöd för vissa delar av iordningsställandet. I ePed ingår exempel spädningsinstruktioner. Systemet

<sup>5</sup> En läkemedelsmodul är ett it-baserat stöd för olika delar av läkemedelshanteringen, som är kopplat till patientjournalen.

<sup>6</sup> Kreatinin är ett mått på kroppens förmåga att utsöndra ett visst ämne per tidsenhet, vanligen via njurarna.

är därmed inte bara ett stöd vid ordinationen utan under hela processen.

Säkrare hantering av barnläkemedel är även ett viktigt mål i vissa andra landsting, till exempel Västra Götalandsregionen. Hälso- och sjukvårdsutskottet i denna region har ställt sig bakom en motion om att det behöver bli säkrare att skriva ut och hantera läkemedel till barn inom barnsjukvården och primärvården och vill se en åtgärdsplan för att minska riskerna.

### Bättre dokumentation och uppföljning

Elektroniska patientjournaler förbättrar förutsättningarna för att dokumentera läkemedelsbehandling av barn. Detta gör det också möjligt att förbättra behandlingens resultat, oavsett om det handlar om behandling enligt godkänd produktinformation eller om ofullständigt dokumenterad behandling. Men många patientjournaler eller läkemedelsmoduler är inte utformade för att göra allt detta på ett strukturerat sätt för barn. Det handlar dock inte endast om tekniska begränsningar utan det krävs också ett ändrat beteende bland dem som antecknar i patientjournalen.

Enligt en studie på Karolinska Universitetssjukhusets barnakut fanns rubriken ”läkemedel” med i endast 28 procent av patientjournalerna [16]. En sådan rubrik är en förutsättning för att snabbt kunna hitta den läkemedelsinformation som man behöver i akutsituationer. En annan iakttagelse var att nästan en tredjedel av de läkemedel som barnet hade ordinerats enligt föräldrar eller andra vuxna som följde med barnet inte fanns med i patientjournalen. Andelen receptfria läkemedel och naturläkemedel som fattades var ännu högre, 65 procent respektive 77 procent.

Även den uppföljning som görs på övergripande nivå av till exempel läkemedelsföretag (post-marketing-studier), myndigheter eller forskare

(epidemiologiska studier) behöver förbättras. Det är viktigt att behandlingar med läkemedel som ordinerats off-label, i form av apoteksberedda läkemedel eller som licensläkemedel, dokumenteras lika bra som behandlingar med godkända läkemedel.

Förutsättningarna för att följa upp läkemedelsanvändningen i Sverige förbättras ständigt. Socialstyrelsen har för närvarande ett uppdrag att utveckla en nationell källa för ordinationsorsak, vilket kommer att leda till att information om varför öppenvården har skrivit ut läkemedel – och så småningom också varför de har ordinerats i slutenvården – blir bättre [17]. Det pågår också förberedelser för att på sikt kunna följa upp användningen av rekvisitionsläkemedel<sup>7</sup> på individnivå, något som i dag enbart är möjligt för läkemedel på recept [18]. Ytterligare en viktig del i utvecklingen är att bli bättre på att rapportera biverkningar för barn. Här ingår också en uppföljning av läkemedelsrelaterade avvikelser som rapporteras i lex Maria-anmälningar (SOFS 2005:28) och som kan kopplas till barn.

### Antibiotikaförskrivning till barn

De vanligaste receptförskrivna läkemedlen till barn är läkemedel mot infektioner. Ungefär 500 000 barn får varje år sådana läkemedel, och av dem får många antibiotika. Det är i många fall berättigat att skriva ut antibiotika, men det förekommer också att antibiotika används i onödan, vilket bidrar till att bakterier utvecklar motståndskraft (resistens). Detta avsnitt tar upp problem med antibiotikaresistens och visar hur antibiotikaavändningen hos barn har börjat minska.

---

<sup>7</sup> Det vill säga läkemedel som ordinerats och används på sjukhus.



Det är dock angeläget att följa upp att inte komplikationer uppstår på grund av att man inte skriver ut antibiotika.

### Antibiotikaresistens ett allt större problem

Antibiotikaresistens utgör ett allt större problem i hela världen. Situationen i Sverige är bättre än i de flesta andra länder, men ökad rörlighet av människor, djur, livsmedel och andra varor gör att vi hela tiden får in sådana bakterier och måste kunna förebygga spridning och ökad förekomst i det svenska samhället. Alla former av vård utgör också riskmiljöer för resistenta bakterier och för smittspridning. Patienter som varit i kontakt med sjukvård utanför Sverige har en ökad risk att bära med sig resistenta bakterier hem. Det är inte heller ovanligt att personer efter en turistresa utan vårdkontakt bär resistenta bakterier vid hemkomsten utan att vara sjuk av dem. De kan dock orsaka infektioner vid ett senare tillfälle och då vara svåra att behandla med antibiotika.

För att kunna kontrollera förekomsten av antibiotikaresistens är vissa resistenta bakterier anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen (2004:168). Det gäller meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA), pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (PNSP), vancomycinresistenta enterokocker (VRE) och tarmbakterier som producerar enzymet ESBL, Extended Spectrum Betalactamase. En speciellt fruktad variant av de senare kallas ESBL<sub>CARBA</sub>. Dessa bakterier är resistenta även mot de typer av antibiotika som ofta är enda behandlingsalternativ vid infektioner orsakade av ESBL-bildande bakterier.

Av de anmälningspliktiga bakterierna räknas MRSA och PNSP som allmänfarliga enligt smittskyddslagen. Den som har en allmänfarlig sjukdom ska få förhållningsregler av sin läkare för att

förebygga att smittan sprids. Man måste också identifiera varifrån smittan kommit och vilka andra som kan ha blivit utsatta för den.

### Förskolor och neonatalavdelningar är vanliga riskmiljöer

Pneumokocker är en vanlig orsak till luftvägsinfektioner, inte minst hos barn, där luftvägsinfektioner är den vanligaste orsaken till antibiotikabehandling. Barn är dessutom ofta bärare av pneumokocker i luftvägarna utan att vara sjuka av bakterien.

Förskolan, där barn umgås tätt med varandra och med personalen, är också en riskmiljö för smittspridning. Här har PNSP inte sällan orsakat sjukdomsutbrott. Ett problem har varit att förhållningsreglerna varit mycket olika i olika delar av landet för när barn med PNSP fått vistas i förskolan. För att ge underlag för lokala riktlinjer och beslut publicerade Socialstyrelsen 2012 rekommendationer om hur man ska hantera PNSP i förskolan [19]. Socialstyrelsen har tidigare publicerat ett liknande dokument om MRSA [20].

Eftersom förskolan är en riskmiljö finns även ett dokument med mer allmänna rekommendationer för bland annat hygienrutiner i förskolan [21]. Socialstyrelsen har också tillsammans med landets kommuner genomfört ett nationellt tillsynsprojekt för förbättrad hygien i förskolan [22]. I den svenska barnsjukvården är det framför allt neonatalavdelningar som drabbats av utbrott av resistenta bakterier. Överbeläggningar med åtföljande allvarliga infektioner har blivit allt vanligare, och det har även hänt att barn har dött<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Läs mer om resistenta bakterier i neonatalavsnittet i kapitel 6.

### Det skrivs ut allt mindre antibiotika till barn

Mängden antibiotika som skrivs ut till barn i åldersgruppen 0–6 år minskade mellan 2010 och 2011, men har sedan dess legat på ungefär samma nivå (figur 8:8). År 2011 minskade antalet uthämtade recept per 1 000 invånare från 532 till 468 recept (en minskning med 9 procent). Motsvarande siffra för år 2012 blev 472 recept per 1 000 invånare, det vill säga en ökning med en procent.

I nio fall av tio skrivs antibiotika ut för luftvägsinfektioner. Det är dock stora skillnader geografiskt i hur mycket antibiotika som skrivs ut; i områden med bättre socioekonomisk situation skrivs det ofta ut mer antibiotika [23].

En anledning till att det skrevs ut mindre antibiotika till barn år 2011 kan vara de nya rekommendationerna för att behandla öroninflammation

(akut mediaotit) som Strama och Läkemedelsverket presenterade 2010. Olika typer av penicillin är de vanligaste typerna av antibiotika för barn. Vid luftvägsinfektioner hos barn rekommenderas i första hand smalspektrumpenicillin (PcV). När det gäller förskrivning av antibiotika till barn med luftvägsinfektioner är målsättningen att åtminstone 80 procent av behandlingarna bör utgöras av PcV.

Figuren 8:9 visar hur stor del av den totala uthämtade antibiotikamängden som utgjordes av PcV vid luftvägsinfektioner per landsting under 2010 och 2011 för barn i åldern 0–6 år. Originaldiagrammet finns i den så kallade Swedres-rapporten från Smittskyddsinstitutet, men siffrorna har uppdaterats med uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister [1, 24].

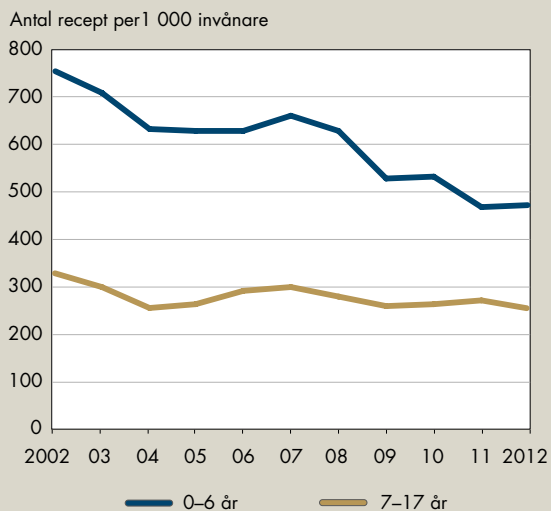
Figur 8:10 visar att användningen av övriga antibiotika minskar relativt mer än PcV, vilket är en önskvärd utveckling.

Förskrivningen av antibiotika till barn och unga minskar i alla grupper, oavsett moderns utbildningsnivå. Andelen barn som får PcV är lägre bland barn och unga som har mödrar med eftergymnasial utbildning och detta gäller framförallt i åldern 15–29 år. Andelen som förskrivs övriga antibiotika skiljer sig däremot inte mellan barn och unga, utifrån mödrars utbildningsnivå.

När rekommendationerna ändras och det skrivs ut mindre antibiotika är det viktigt att följa upp att inte komplikationer uppstår för att patienterna låter bli att ta antibiotika. Sådana studier har genomförts eller påbörjats, bland annat av Strama och Smittskyddsinstitutet, och det är nödvändigt att detta arbete fortsätter och utvecklas. Det är också viktigt att alla småbarnsföräldrar och andra berörda känner till att även om det skrivs ut mindre antibiotika behövs en läkarundersökning för att bedöma behovet av antibiotika i det enskilda fallet.

**Figur 8:8. Antibiotikaförskrivning**

Antal antibiotikarecept\* per 1 000 invånare i åldersgrupperna 0–6 år och 7–17 år, 2002–2012.

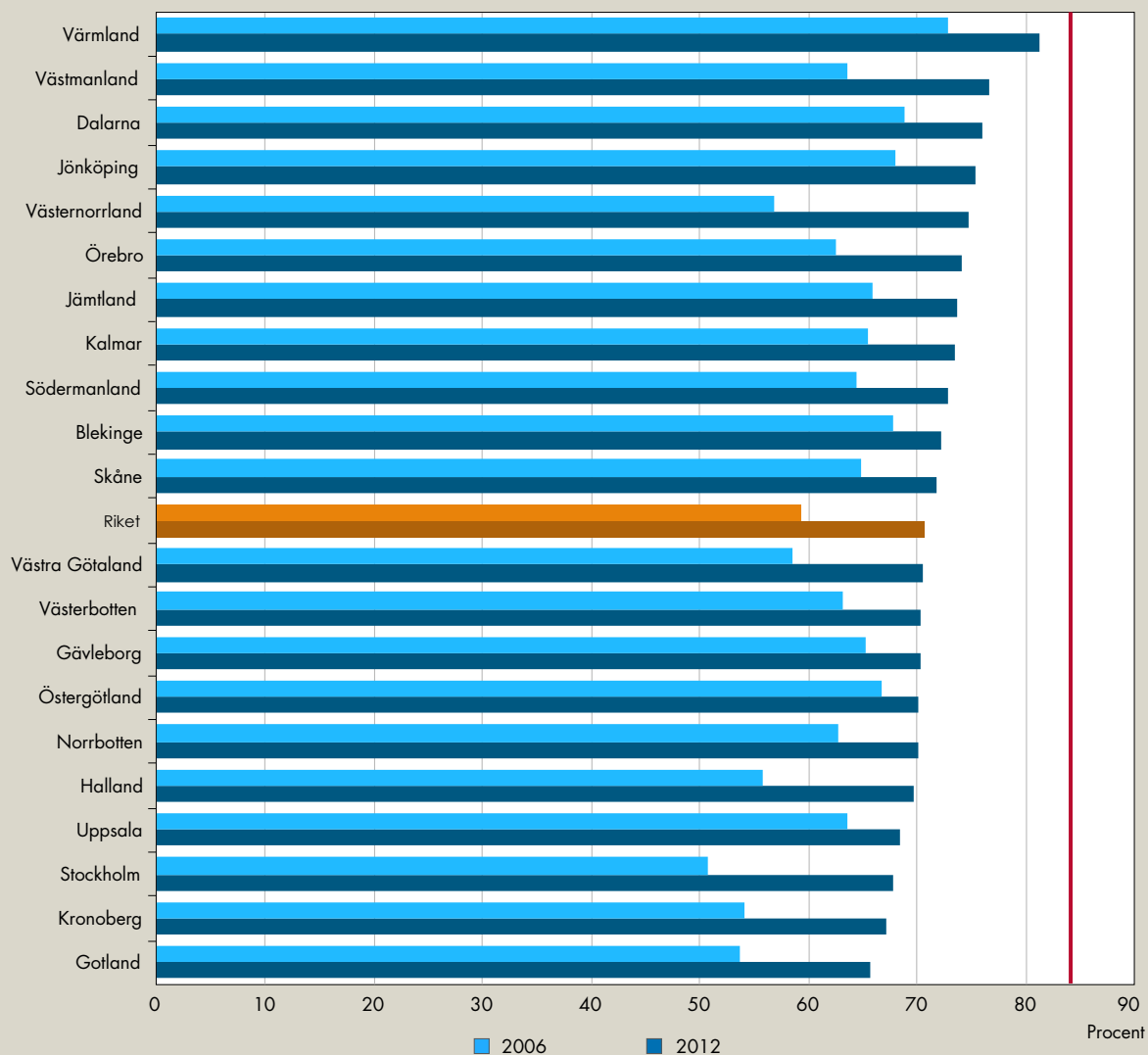


\*Förskrivna och uthämtade recept i läkemedelsgruppen J01 exklusive J01XX05.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 8:9. Andel penicillin-V per landsting**

Uthämtade penicillin-V-recept som andel av den totala antibiotikauthämningen för luftvägsinfektioner bland barn i åldrarna 0-6 år, per landsting.

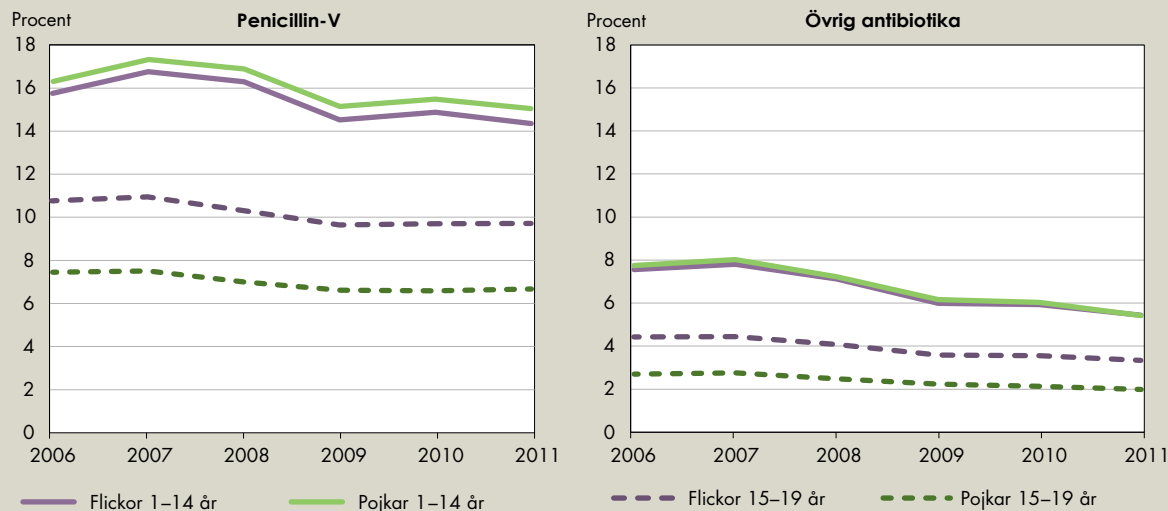


\* Den lodrätta linjen visar Stramas målvärde på minst 80 procent penicillin V- förskrivningar som andel av totalen. De övriga antibiotikatyper som ingår i redovisningen är amoxicillin, amoxicillin-clavulate, makrolider och cefalosporiner.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 8:10. Behandling med penicillin-V respektive andra antibiotika bland barn och unga, 2006–2011**

Andel (procent) barn som får penicillin-V respektive andra antibiotika förskrivet på recept, Flickor/kvinnor och pojkar/män i åldrarna, 1–14 respektive 15–29 år, 2006–2011.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Läkemedelsbehandling för adhd

Läkemedelsbehandling av psykiatriska sjukdomar hos barn och unga kännetecknas ofta av att det finns stora kunskapsluckor. Detta gäller också vid hyperaktivitets- och uppmärksamhetsstörningar (adhd). Osäkerhet om långtidseffekter gör det till exempel svårt att uttala sig om hur många unga som bör behandlas med läkemedel och vad som är en lämplig behandlingstid. Läkemedelsverket rekommenderar i sina riktlinjer till hälso- och sjukvården att läkemedel vid adhd ska ses som en del i ett behandlingsprogram, när stödåtgärder visat sig vara otillräckliga. Läkemedelsbehandlingen ska vara individuellt anpassad och behandlingens effekt

och säkerhet ska utvärderas regelbundet [6]. Här redovisas användningen av centralstimulerande medel hos barn, med särskild fokus på antalet barn som medicineras, genomsnittlig behandlingstid och om barnen samtidigt behandlas med andra läkemedel.

### Kraftig ökning av användningen av centralstimulerande medel

Det är i dag väl känt att centralstimulerande läkemedel som amfetamin kan utgöra effektiv behandling vid hyperaktivitets- och uppmärksamhetsstörningar (adhd) bland barn och unga. Den dominerande läkemedelssubstansen för behandling vid adhd är metylfenidat i form av läkemed-

**Tabell 8:3. Uthämtning av metylfenidat på recept**

Antal barn och ungdomar per 100 000 invånare som någon gång under respektive år hämtat ut metylfenidat på recept (2006-2011).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pojkar							
5–9 år	435	550	668	798	1009	1 158	1 243
10–17 år	1 164	1 442	1 759	2 220	2 744	3 340	3 811
18–24 år	272	399	551	754	993	1 209	1 382
Flickor							
5–9 år	104	128	168	212	273	331	362
10–17 år	316	418	538	744	1 009	1 275	1 485
18–24 år	145	242	365	525	740	963	1 178

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

len Concerta eller Ritalin. Metylfenidat, som är ett amfetaminderivat, är narkotikaklassat och godkänt för förskrivning till barn och unga under 18 år av specialister i psykiatri och i barn- och ungdomsneurologi med habilitering.

Användningen av centralstimulerande läkemedel har ökat kraftigt bland barn och unga under senare hälften av 2000 [25]. Tabell 8:3 redovisar antalet barn och unga per 100 000 invånare av respektive kön som hämtat ut metylfenidat under tidsperioden 2006 till 2012. I åldersgruppen 10 till 17 år finns flest befintliga användare bland båda könen.

### Den genomsnittliga behandlingstiden är lång

Många av dem som påbörjar behandling med metylfenidat fortsätter att ta läkemedlet i många år. Figur 8:11 visar pojkar respektive flickor som hämtade ut metylfenidat minst en gång 2006 och som därefter hämtade ut läkemedlet minst tre

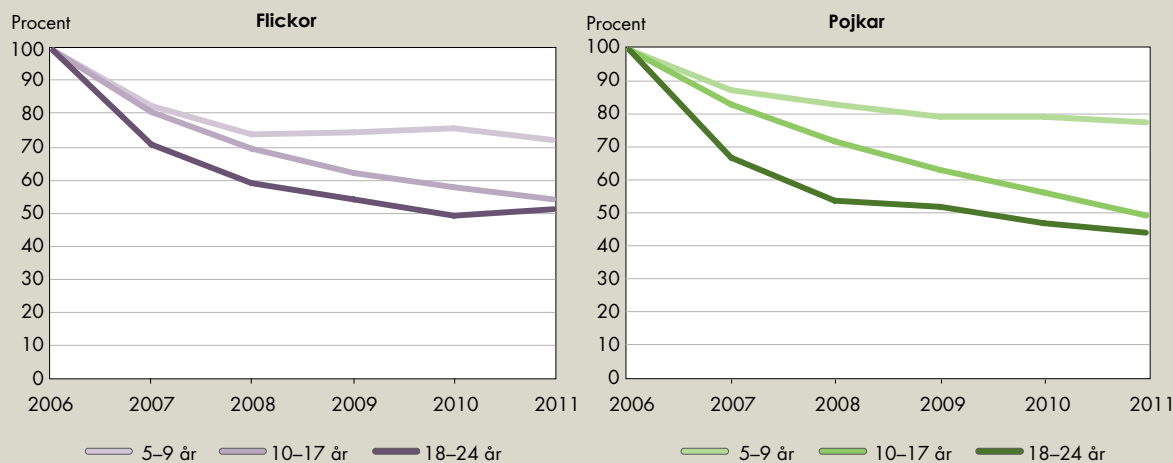
gånger om året till och med 2011. Eftersom de hämtade ut det minst tre gånger varje år är det sannolikt att resultaten beskriver en kontinuerlig användning utan avbrott i behandlingen. I den yngsta åldersgruppen, 5–9 år, som påbörjade läkemedelsbehandling 2006, tog 70 till 80 procent fortfarande läkemedlet 2011.

Rekommendationerna vid läkemedelsbehandling med centralstimulerande läkemedel är i dag att ompröva behandlingen genom att sätta ut<sup>9</sup> läkemedlet årligen. Denna rekommendation har sin grund i att det inte är känt hur läkemedlet verkar på lång sikt och vilka biverkningar det kan ge. Socialstyrelsen kan dock slå fast att det inte är praxis inom vården att man omprövar beslutet att behandla patienten med läkemedel. I stället långtidsbehandlas många.

<sup>9</sup> Vid utsättning av ett läkemedel stoppas behandling, tillfälligt eller permanent.

### Figur 8:11. Kontinuerlig behandling med Metylfenidat

Andelen flickor och pojkar i respektive åldersgrupp\* som står på kontinuerlig behandling med metylfenidat sedan 2006.



\*Ålder vid år 2006.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Samtidig behandling med andra läkemedel är vanlig

Både bland pojkar och bland flickor, i synnerhet i ungdomsgruppen 18 till 24 år, var den samtidiga sjukligheten (så kallad samsjuklighet) i psykiska sjukdomar hög. Särskilt missbruk, depressioner och ångestsjukdomar utmärkte gruppen, men också andra neuropsykiatriska störningar utom adhd, och bland flickor personlighetsstörningar [25].

Den höga samsjukligheten i depressioner och ångestsjukdomar, som utmärkte ungdomsgruppen 18 till 24 år, avspeglas i regelbunden och hög användning av olika psykofarmaka. I tabell 8:4 visas hur många som hämtade ut olika psykofarmaka minst tre gånger under 2011 bland de som samtidigt fick metylfenidat. Bland de yngre bar-

nen var det tämligen vanligt med behandling med melatonin vid sömnstörningar.

Melatonin är ett mindre potent läkemedel än vanliga sömnmedel, och uppfattningen inom vården är att melatonin därför är att föredra till barn framför vanliga sömnmedel. Samtidigt är dock melatonin inte godkänt för behandling hos barn med sömnproblem, utan det melatonin som skrivs ut i dag är off-label eller på licens.

### Hur många barn bör behandlas?

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att vården diagnostiserar och behandlar adhd eftersom störningen utgör en påtaglig risk för försämrad livskvalitet med svårigheter att fungera socialt, i skolan och på arbetet. Som

**Tabell 8:4. Användning av psykofarmaka bland unga med metylfenidat**

Andel pojkar eller flickor (%) i olika åldersgrupper som 2011 förutom metylfenidat samtidigt använde andra psykofarmaka.

	Anti-psykotika	Litium	Anti-depressiva	Ångest-dämpande	Sömnmedel*	Melatonin
Pojkar						
5–9 år	2,7	0,0	1,2	1,3	0,2	14,3
10–17 år	3,4	0,1	4,8	1,1	0,6	10,0
18–24 år	7,0	0,4	15,9	5,0	8,9	3,7
Flickor						
5–9 år	1,8	0,0	1,9	0,8	0,4	15,5
10–17 år	2,9	0,3	10,8	2,4	1,8	10,8
18–24 år	7,8	1,3	27,8	9,7	14,8	4,1

\*Exklusive melatonin.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

en följd av den ökning som skett av diagnostiserade barn och unga med adhd får många av dem i dag en hjälp som de inte fick tidigare. Hur många barn och unga som bör behandlas med centralstimulerande läkemedel vid adhd kan dock Socialstyrelsen för närvarande inte säga något om. Om antagandet stämmer att prevalensen för adhd bland pojkar 10 till 17 år är cirka 5 procent innebär det att cirka 70 procent i dag får läkemedel av vården. I dagsläget är det svårt för Socialstyrelsen att bedöma om det är en rimlig siffra eller inte. Inom myndigheten pågår fortsatt arbete att ta fram en vägledning för behandling av adhd och att utforma nationella medicinska indikationer för insättning av centralstimulerande läkemedel vid adhd. Vägledningen publiceras under 2013.

## Vanligt med läkemedelsanvändning under graviditet och amning

Läkemedelsbehandling under graviditet och vid amning är ofta nödvändig och är därför vanligt förekommande. Behandling under graviditet är komplicerad eftersom fostret också exponeras, och även vid amning kan det finnas risker för barnet. Om fostret eller det nyfödda barnet påverkas kan det i värsta fall få konsekvenser för den framtida hälsan. Socialstyrelsen redogör här för hur läkemedelsanvändningen under graviditet och amning ser ut idag.

I Sverige har det under 2000-talet fötts drygt 100 000 barn årligen; under år 2011 var siffran cirka 112 000. Data från medicinska födelseregistret och läkemedelsregistret visar att 59 procent av de gravida kvinnorna under 2011 hämtade ut minst ett receptförskrivet läkemedel under graviditeten. Fördelat på olika perioder av graviditeten

## 8. Läkemedel

**Tabell 8:5. Gravida kvinnors användning av läkemedel mot sjukdomar som kan kräva behandling under hela graviditeten**

Andel (%) kvinnor som gjort minst ett uttag under graviditeteten år 2007 och 2011. De tio vanligaste läkemedelsgrupperna.

ATC-kod	Läkemedelsgrupp	2007	2011
H03	Medel mot sköldkörtelsjukdomar	2,8	5,6
R03	Medel mot astma	5,1	5,1
N02A	Opioider, mot svår smärta	4,1	4,8
N06A	Antidepressiva	2,5	3,4
C	Medel mot högt blodtryck och hjärtsjukdomar	2,7	3,0
M01	Milda medel mot inflammatoriska sjukdomar (NSAID)	1,7	1,5
A10A	Insulin mot diabetes	1,0	1,0
H02	Kortison mot inflammatoriska sjukdomar	1,0	1,0
N03	Antiepileptika	0,4	0,5
N05A	Antipsykotika	0,7	0,2

Källa: Läkemedelsregistret och Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

så använde 38 procent receptbelagda läkemedel under den första trimestern (de första tre månaderna), 33 procent under den andra och 31 procent under den tredje trimestern. En period på tre månader innan graviditeten använde 37 procent av samma kvinnor receptbelagda läkemedel. Om man räknar bort p-piller, som inte är aktuella att använda när man är gravid, använde 26 procent av kvinnorna receptbelagda läkemedel under de sista tre månaderna före graviditeten. Detta tyder på att behandling med läkemedel är vanligare under alla stadier av graviditeten än före graviditeten. Receptfria läkemedel och naturmedel ingår inte i sammanställningen; siffrorna skulle bli betydligt högre om självmedicinering hade räknats eftersom den är omfattande även bland gravida.

Den höga användningen av läkemedel under graviditet har flera anledningar. Den gravida kvinnan behöver på samma sätt som den icke-gravida, behandling mot kroniska sjukdomar som

astma, störningar i sköldkörtelfunktionen, diabetes, epilepsi, smärta och inflammatoriska sjukdomar (tabell 8:5). Denna behandling pågår oftast under längre perioder av graviditeten.

Den gravida kvinnan kan också behöva behandling under kortare perioder av graviditeten mot till exempel infektioner. Antibakteriella medel är den grupp av läkemedel som används mest (tabell 8:6). Dessutom innebär graviditeten i sig en ökad risk för flera sjukdomstillstånd och symtom, både relativt lindriga som till exempel klåda och slemhinnesvullnad – vilket förklarar den stora användningen av antihistaminer och näsdroppar – och mer allvarliga, som till exempel högt blodtryck, graviditetstoxikos<sup>10</sup> och trombos (blodpropp). Folsyra och järnpreparat på recept är också relativt vanligt förekommande och skulle

<sup>10</sup> Graviditetstoxikos kallas ibland även för havandeskapsförgiftning.



### Tabell 8:6. Gravida kvinnors användning av läkemedel som oftast används under en kortare period av graviditeten

Andel (%) kvinnor som gjort minst ett uttag under graviditeten år 2007 och 2011. De tio vanligaste läkemedelsgrupperna. Utvärtes läkemedel mot hudsjukdomar är inte medräknade.

ATC-kod	Läkemedelsgrupp	2007	2011
J01	Antibakteriella medel	24,7	22,0
R06	Antihistaminer	12,6	15,1
R01	Näsdroppa och andra nasala beredningar	8,6	7,7
R05	Medel mot hosta och förkylning	8,2	7,5
A02B	Medel mot magsår och matstrupskatarr	3,2	3,8
S01	Medel mot ögonbesvär	4,6	3,5
B03	Blodbristläkemedel, inklusive folsyra och järnpreparat	3,0	3,4
N02B	Lätta smärtstillande medel	2,7	3,3
B01	Blodförtunnande läkemedel	1,7	2,4
A03	Tarmstimulerande medel	1,2	1,9

Källa: Läkemedelsregistret och Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

ha nått ännu högre procentsiffror om receptfria preparat med dessa ämnen hade ingått i kartläggningen.

### Varför är behandling komplicerad under graviditet?

Det stora flertalet läkemedel passerar över placantan (moderkakan). Kontinuerlig behandling under hela graviditeten innebär därför att embryot exponeras för läkemedel under perioden när organen bildas (första trimestern) och under fostrets organmognad och tillväxtperioder. Detta gör att behandling under graviditet kräver speciella överväganden eftersom man måste ta hänsyn till möjliga risker för embryot eller fostret förutom att man överväger risken jämfört med nyttan för modern. Vidare saknas tillförlitliga data om riskvärdering under graviditet för många läkemedel. Av etiska och andra skäl kan gravida kvinnor inte

ingå i kliniska studier vid utvecklingen av nya läkemedel, och kvinnor i fruktsam ålder måste stå på betryggande antikonception för att få delta. Detta medför att det inte finns några, eller mycket få, studier på människor om fosterpåverkan för nya läkemedel i flera år efter att de har börjat användas.

En annan svårighet är att läkemedel ofta bara är förenat med risk under en viss period av graviditeten – tidigt eller sent i graviditeten eller i anslutning till förlossningen. Under den tidiga graviditeten kan det finnas risk för missbildningar eftersom det är då organen bildas. Det är väl känt att talidomid (Neurosedyn) endast gav upphov till svåra fosterskador under en begränsad känslig period tidigt i graviditeten. Detsamma gäller andra väl kända fosterskadande ämnen.

Under sen graviditet kan vissa läkemedel ge påverkan hos barnet av farmakologisk natur som ett resultat av placentaöverföring. Ett exempel

är abstinenssymtom hos den nyfödde då modern använt opiater. Ibland är läkemedlet olämpligt att använda både under tidig och sen graviditet. Detta är fallet för det blodförtunnande medlet warfarin (Waran), som tidigt i graviditeten kan ge fosterskador och sent i graviditeten kan ge blödningar hos både moder och foster och kan leda till att fostret dör. Det bör poängteras att även vanliga läkemedel som säljs receptfritt, som till exempel värktabletter och antiinflammatoriska medel som innehåller acetylsalicylsyra eller naproxen, kan vara olämpliga att använda under sen graviditet. Dessa substanser kan göra att fostrets hjärta och lungor inte utvecklas som de ska och kan även ge förlängd blödningstid och påverka värkarbetet hos modern. De ska därför inte användas under tredje trimestern. En allmän regel<sup>11</sup> under graviditet är därför att alltid kontakta läkare eller apotekspersonal innan man tar receptfria läkemedel.

För att ge information och underlätta för att skriva ut läkemedel till fertila och gravida kvinnor innehåller preparattexter i FASS och Patient-FASS speciella avsnitt som behandlar graviditet och amning [26]. En annan informationskälla är Janusinfo från Stockholms läns landsting, där information från medicinska födelseregistret presenteras för olika läkemedel [27]. Båda informationskällorna är sökbara via nätet och presenterar dels information för den som skriver ut läkemedel, dels information som är riktad till patienter och allmänhet.

### Värdering av risk och nytta vid användning under graviditet

För att bättre kunna värdera risken för att fostret ska påverkas registreras sedan 1994 läkemedelskonsumtionen i medicinska födelseregistret hos

Socialstyrelsen. Registret innehåller uppgifter om vilka läkemedel som de gravida vid första besöket på mödrahälsovårdscentralen rapporterar att de tar. Uppgifterna jämförs med barnets hälsotillstånd vid födelsen för att hitta eventuella samband mellan ett läkemedel och risker för fostret. Det svenska registret var ett av de första av sitt slag i världen, och liknande register har nu byggts upp i flera andra länder, bland annat i Finland och Danmark. Medicinska födelseregistret ger inte bara information om risker, utan även om vilka läkemedel som är säkra att använda under en graviditet.

Risken att fostret ska påverkas av ett läkemedel måste alltid vägas mot risken med att inte förebygga eller behandla en sjukdom under graviditeten. Många faktorer ska vägas in i beslutet. Hur behandlingen ska utformas för en individuell patient avgörs av läkaren i samråd med patienten. Även läkemedel som man misstänker eller vet ger ökade risker för fosterskada kan behöva användas under graviditeten om det saknas lämpliga alternativ. Så är fallet vid användning av läkemedel mot epilepsi, vilka har en förhöjd risk för fosterskada. Samtidigt kan obehandlad epilepsi och krampanfall medföra allvarlig risk för både modern och fostrets liv, vilket gör att nytta med behandling överväger risken.

Vid bakteriella infektioner, som är den vanligaste anledningen till att gravida förskrivs läkemedel (tabell 8:6), finns såväl läkemedel med som utan kända risker för fostret. Studier baserade på medicinska födelseregistret och andra register med flera tusen behandlade visar att penicilliner och liknande ämnen (betalaktamer) inte är förenade med risk under graviditet. Då många infektioner kan behandlas med penicilliner går det oftast att undvika behandling med antibakteriella medel som fastslagits (till exempel tetracykliner och sulfapreparat i sen graviditet) eller misstänkts (mak-

<sup>11</sup> Enligt rekommendation i FASS.

rolider och trimetoprim i tidig graviditet) medföra risk för fostret [26–28]. Register-data visar också att andelen kvinnor som behandlas med läkemedel utan kända risker (penicillin och närbesläktade betalaktamer) är hög före graviditeten och ökar under graviditeten. Andelen som använder läkemedel som kan innebära risk minskar under graviditeten.

Det är viktigt att återkommande värdera risken och nyttan med läkemedel allt eftersom erfarenheterna växer. Behandling av depression med läkemedel under graviditet ökade med mer än 25 procent i Sverige mellan 2007 och 2011, från cirka 2 600 gravida kvinnor år 2007 till cirka 3 600 per år under åren 2010 och 2011. Antidepressiv medicinering är därför en av de vanligaste orsakerna till läkemedelsbehandling under en längre tid av graviditeten (tabell 8:5); totalt har mer än 15 000 gravida behandlats från 2007 till och med 2011. Ökningen hänger främst ihop med att relativt nya antidepressiva mediciner, så kallade selektiva serotonin-återupptagshämmare (SSRI-preparat), har fått en ökad användning bland kvinnor i fruktsam ålder. En obehandlad depression under graviditet innebär en ökad psykisk och fysisk påfrestning för kvinnan och i värsta fall självskadebeteende. Depressionen kan indirekt också leda till att fostret påverkas.

Fram till för cirka 5–6 år sedan fanns inga allvarliga risker rapporterade vid användning av SSRI-preparat under graviditet. Nyare studier publicerade 2009–2012, varav flera nordiska [29–31], har dock visat en förhöjd risk för hjärtmissbildning vid behandling med vissa av SSRI-preparaten under tidig graviditet. Det är fortfarande oklart om detta är en klasseffekt eller endast berör vissa preparat. Risken bedöms vara omkring 1 på 50 födda barn, vilket kan jämföras med en förväntad risk på 1 av 100 nyfödda barn, vars mammor inte behandlats. Användning av SSRI under

senare delen av graviditeten har också associerats med för tidig födsel, låg födelsevikt, kvarstående förhöjt tryck i lungartären (ett allvarligt men ovanligt tillstånd) och risk för kvardröjande farmakologiska effekter och utsättningssymtom av lindrigare natur hos den nyfödde.

Mot bakgrund av de nya studierna gav Läke-medelsverket 2012 ut riktlinjer för behandling under graviditet med antidepressiva. Vid lindriga tillstånd rekommenderas i första inte läkemedel utan psykoterapi under graviditet. Vid svåra depressiva tillstånd bedöms riskerna med att inte behandla kvinnan väsentligt överväga riskerna med att använda antidepressiv medicinering, såväl för kvinnan som för barnet. Vid medelsvår depression rekommenderas en utförlig värdering av risk-nytta i det individuella fallet innan beslut tas om att behandla eller avstå från behandling [32].

### Läkemedel och amning

Under amningsperioden finns också ett stort behov av läkemedelsbehandling. Andelen kvinnor som hämtade ut läkemedel minst en gång under de tre första månaderna efter förlossningen år 2011 var 50 procent. Att börja ta p-piller igen var den i särklass vanligaste orsaken (20,7 procent) följt av behandling med antibakteriella läkemedel (13,4 procent). Användningen av läkemedel mot flera kroniska sjukdomar som kräver kontinuerlig behandling, till exempel diabetes, astma, epilepsi, psykos, astma, och hjärt- och kärlsjukdom, var ungefär lika stor som före och under graviditeten. Däremot skilde sig användningen av vissa andra läkemedelsgrupper. Till exempel användes lätta smärtstillande och milda medel mot inflammatoriska sjukdomar (NSAID) i högre utsträckning än både före och under graviditet. Detsamma gällde även läkemedel för gynekologiskt bruk.

Även vid amning kan det finnas risker för barnet. För all behandling behöver moderns behov och amningens fördelar vägas samman mot eventuella risker för barnet. Amning har av flera skäl ett egenvärde och bröstmjolk är den bästa födan under de första levnadsmånaderna, och amningen bör inte avbrytas i onödan. Olika läkemedel kan i varierande grad passera över till bröstmjolk. Nästan alla läkemedel passerar över i bröstmjolk i någon grad. För de flesta läkemedel är halterna i bröstmjolk så låga att risken för påverkan på barnet är osannolik. I de fallen kan modern använda läkemedlen utan risk för barnet.

Nyfödda skiljer sig dock i många avseenden från vuxna. Till exempel har de sämre förmåga att bryta ner läkemedel i levern och utsöndra substanser med njurarna. Nervsystemet befinner sig också under utveckling samtidigt som blod-hjärnbarriären inte är utvecklad. Det gör att barnet under amningsperioden kan vara extra känsligt för vissa substanser. Vissa cancermedel och läkemedel som verkar på immunsystemet ska därför helt undvikas under amning. Ett mindre antal läkemedel samlas också i bröstmjolk så att det finns risk för att de påverkar barnet. Det gäller till exempel migränmedel som innehåller ergotamin, som ska undvikas under amning.

På samma sätt som för graviditet ges information om läkemedel och amning till dem som skriver ut läkemedel och till allmänheten i FASS, Patient-FASS och Janusinfo från Stockholms läns landsting [26, 27].

## Referenser

1. Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; 2012.
2. Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004(4):CD001831.
3. Schroeder K, Fahey T. Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute cough in adults. *BMJ.* 2002; 324(7333):329–31.
4. Läkemedelsboken 2011–2012, Läkemedelsverket; 2011.
5. Statistikdatabasen Concise, Apotekens Service AB; 2012.
6. Läkemedelsverket – rekommenderade läkemedelsbehandlingar <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings-rekommendationer/>
7. Kimland E, Nydert P, Odland V, Böttiger Y, Lindemalm S. Paediatric drug use with focus on off-label prescriptions at Swedish hospitals – a nationwide study. *Acta Paediatr.* 2012; 101(7):772–8.
8. Nydert P, Kimland E, Kull I, Lindemalm S. Over-the-counter drug use-estimations within the Swedish paediatric population. *Eur J Pediatr.* 2011; 170(5):583–8.
9. Läkare vill ha åldersgräns för köp av receptfria analgetika, Läkemedelsvärlden, 2005-04-18 <http://www.lakemedelsvarlden.se/nyheter/>
10. Kimland, E, Odland, V. Off-label Drug Use in the Pediatric Patients, review, *Clin Pharmacol & Ther.* 2012; 91(5):796–801.
11. Olsson J, Kimland E, Pettersson S, Odland V. Paediatric drug use with focus on off-label prescriptions in Swedish outpatient care – a nationwide study. *Acta Paediatr.* 2011; 100(9):1272–5.

12. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med.* 1995; 10(4):199–205.
13. Paediatric medicine development, Regulation (EC) No 1901/2006, [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/document\\_listing/document\\_listing\\_000068.jsp&mid=WC0b01ac0580025b8b](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/document_listing/document_listing_000068.jsp&mid=WC0b01ac0580025b8b)
14. Utvidga kunskapen om barns läkemedel och dess användning. 2012; Läkemedelsverket.
15. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), EMA, Reflection Paper: formulations of choice for the paediatric population [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2009/09/WC500003782.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003782.pdf)
16. Kimland E, Bottiger Y, Lindemalm S. Recent drug history in children visiting a paediatric emergency room and documentation in medical records. *Eur J Clin Pharmacol.* 2011;67(10):1085–9.
17. Uppdrag att utveckla en nationell källa för ordinationsorsak – lägesrapport, december 2012. Socialstyrelsen; 2012.
18. Förstudie kring individdata för rekvisitionsläkemedel. Socialstyrelsen; 2012.
19. Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (PNSP). Socialstyrelsen; 2012.
20. MRSA i förskolan – Underlag och rekommendationer för handläggning. Socialstyrelsen; 2010. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-20>
21. Smitta i förskolan – En kunskapsöversikt. Socialstyrelsen; 2008.
22. Hygien i förskolan – resultat från ett nationellt tillsynsprojekt 2009. Socialstyrelsen; 2010.
23. Inventering av antibiotikaanvändningen inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2008.
24. Swedres 2011 – A Report on Swedish Antibiotic Utilisation and Resistance in Human Medicine. Smittskyddsinstitutet; 2012.
25. Förskrivning av centralstimulerande läkemedel vid adhd. Socialstyrelsen; 2012.
26. Danielsson BR, Dencker L. Läkemedel i samband med graviditet och amning. FASS 2012. 8-10 Tillgänglig från [www.fass.se](http://www.fass.se)
27. Källen K, Winbladh B. Läkemedel och fosterpåverkan. Läkemedel och amning; 2012. Tillgänglig från [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)
28. Källen B, Otterblad-Olausson P, Danielsson B. Is erythromycin therapy teratogenic in humans? *Reprod Toxicol.* 2005; 20(2):209–14.
29. Malm H, Artama M, Gissler M, Ritvanen A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk for major congenital anomalies. *Obstet Gynecol.* 2011; 118(1):111–20.
30. Reis M, Källen B. Delivery outcome after maternal use of antidepressant drugs in pregnancy: an update using Swedish data. *Psychol Med.* 2010; 40(10):1723–33.
31. Pedersen LH, Henriksen TB, Vestergaard M, Olsen J, Bech BH. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: population based cohort study. *BMJ* 2009;339: b3569 doi:10.1136/bmj.b3569.
32. Läkemedelsbehandling av depression i samband med graviditet – behandlingsalternativ och risker. Läkemedelsverket; 2012. Tillgänglig från [www.lakemedelsverket.se /Graviditet och amning](http://www.lakemedelsverket.se/Graviditet_och_amning)
33. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2010.



Barns fysiska miljö

9.

# Barns fysiska miljö

## Slutsatser

- Luftkvaliteten i Sverige är god, men i vissa stadsmiljöer förekommer det fortfarande halter av luftföroreningar som kan skada barns hälsa och utveckling. Flera storstadskommuner klarar inte de lagstiftade miljökvalitetsnormer som finns för att skydda barns hälsa och hundratals barn per årskull får sänkt lungfunktion till följd av dålig utomhusluft.
- I inomhusmiljön kan fukt och låg luftomsättning ge hälsoproblem, främst i luftvägarna. Mer än hälften av alla bostäder uppfyller inte det gällande riktvärdet för luftomsättning och fuktproblem i bostaden har beräknats kunna knytas till 100-tals fall av astma årligen bland 4-åringar. Flera undersökningar har också påvisat stora brister när det gäller ventilation, fuktproblem och damm i skolor och förskolor.
- Andelen mammor som använder tobak under graviditeten har minskat kraftigt sedan 2003 och även barnens exponering för tobaksrök efter födseln har minskat. Den minskade exponeringen leder till att färre barn riskerar att drabbas av bland annat luftvägsinfektioner och astma till följd av miljötobaksrök. Barn till föräldrar med högst grundskoleutbildning exponeras dock fortfarande under och efter graviditeten i samma utsträckning som tidigare.
- Foster och barn är speciellt känsliga för olika kemiska ämnen och dessutom är deras exponering per kilo kroppsvikt ofta hög. För flera metaller och grupper av svårnedbrytbara organiska ämnen ligger nuvarande exponeringsnivåer mycket nära eller över riktvärden för hälsopåverkan hos barn. Även ämnen som bryts ner och utsöndras relativt snabbt kan utgöra hälsorisker om exponeringen sker kontinuerligt, det gäller till exempel vissa plastkemikalier. För många ämnen saknas också fortfarande tillfredställande hälsoriskbedömningsunderlag och det finns anledning att tro att vi generellt har en ofullständig kunskap om den faktiska exponeringen för många av de kemikalier som används i samhället.
- Besvären från buller, främst i skolmiljön, har ökat kraftigt. Andelen barn som besväras av ljud från andra barn i skolmiljön har ökat från 18 procent 2003 till 31 procent 2011. Buller under lektionerna kan ha effekter på inlärningen genom att försvåra talförståelse och minnesprocessande. Även omgivningsbuller från till exempel trafik ökar i barns omgivningar och nya lägenheter i stadsmiljö byggs allt oftare i bullerutsatta lägen. I dag bor cirka 11 procent av barnen i bostäder som har något fönster mot en större gata och drygt 4 procent har sitt eget sovrumsfönster vänt mot en sådan gata.
- En betydligt större andel barn skyddas mot solen år 2011 jämfört med 2003. På sommaren, i



Sverige eller i andra länder med liknande solstyrka, skyddas numera 93 procent av 4-åringarna och 77 procent av 12-åringarna, att jämföra med 84 respektive 57 procent tidigare. Även föräldrar som reser med sina barn till länder med starkare sol skyddar barnen mot solen i högre grad än tidigare.

- Exponeringen för radiofrekventa fält ökar bland barn. Av 12-åringarna är det 93 procent som använder mobiltelefon regelbundet, 75 procent av dessa pratar mindre än 30 minuter per vecka medan 11 procent pratar i mobil mer än en timme per vecka. Forskningen ger inte stöd för att radiofrekventa fält under de riktvärden som finns medför några hälso-risker. När det gäller fält kring kraftledning- ar finns det uppgifter som antyder en ökad risk för barnleukemi. Cirka ett fall vartannat år skulle kunna förklaras av dagens exponering.

### Barn är en känslig grupp

Barn är särskilt känsliga för miljöpåverkan. Detta beror både på att kroppen är extra känslig för skador medan den utvecklas, men även på att barn ofta har en hög exponering för ämnen jämfört med sin kroppsvikt samt att de kan ha beteenden som innebär en speciell risk för en hög exponering.

### Kroppens system utvecklas snabbare

Barns kroppsliga system utvecklas snabbt och de är därför känsliga för skador som kan uppstå under kritiska perioder av utvecklingen. Fortplantningssystemet, immunsystemet och nervsystemet är speciellt sårbara hos foster och barn. Mycket av utvecklingen styrs via hormonsystem,

och miljöfaktorer som stör hormonerna utgör därför en särskild risk för barns hälsa och utveckling.

### Hög exponering för miljöföroreningar

Barn exponeras för miljöföroreningar under hela sin utveckling. En del miljörelaterade hälsoeffekter kan uppträda redan under fosterstadiet eller barnaåren, medan andra effekter grundläggs tidigt men inte uppträder förrän senare i livet.

Under fosterlivet kan fostret påverkas av ämnen från den gravida kvinnans blod. När moderkakan utvecklats fungerar den som en barriär för vissa ämnen, medan andra ämnen transporteras över till fostret. Barn som ammas kan få i sig kemikalier som utsöndras i bröstmjölken medan barn som i stället får mjölkersättning kan utsättas för metaller i vattnet eller i ersättningen. Under uppväxten är sedan barns exponering för olika miljöföroreningar relativt hög. Flera faktorer bidrar till detta. Barn har en hög ämnesomsättning, vilket ger ett högt energibehov som gör att de äter och dricker mycket per kilo kroppsvikt. Dessutom har barn hög andningsfrekvens och hög genomsläpplighet genom huden. Detta gör att de har ett relativt högt intag av de olika miljöföroreningar som finns i mat, luft, damm och vatten. Samtidigt är systemen för att bryta ned och utsöndra olika ämnen i mage, lever och njurar fortfarande inte helt utvecklade, vilket gör att miljöföroreningar stannar kvar längre tid i kroppen.

Exponeringen och förmågan att bryta ner och utsöndra främmande ämnen varierar med barnets ålder och anatomiska/fysiologiska utveckling (tabell 9:1).

### Barns beteende bidrar till exponeringen

Barns beteende kan bidra till hur de exponeras för kemikalier och ämnen. Spädbarn och små barn

## 9. Barns fysiska miljö

**Tabell 9:1. Exponering utifrån ålder**

Exponering och förmåga att bryta ner och utsöndra främmande ämnen, utifrån ålder och anatomisk/fysiologisk utveckling.

Ålder	Anatomi/fysiologisk utveckling	Påverkan på exponering
<b>0 till 6 mån</b>	Snabb tillväxt och viktökning kopplad till ett högt intag av föda	Påverkan från de föroreningar som kan finnas i födan
	Hög andel kroppsfett	Påverkar hur ämnen fördelas i kroppen. Hög upplagring av fettlösliga ämnen.
	Hög genomsläpplighet över huden	Tar lätt upp olika ämnen genom huden
	Högt syrebehov och hög andningsfrekvens	Får i sig relativt mycket luftburna ämnen
	Magsaften mindre sur	Nedsatt förmåga att bryta ned vissa ämnen
	Låg njurkapacitet	Tar lång tid att utsöndra vissa ämnen
	Omogna enzymssystem i levern	Tar lång tid att bryta ner vissa ämnen
<b>6 mån till 1 år</b>	Snabb tillväxt och viktökning kopplad till ett högt intag av föda	Påverkan från de föroreningar som kan finnas i födan
	Andelen kroppsfett börjar minska	Upplagring av ämnen i kroppen blir mer lik den hos vuxna
	Fortfarande omogna enzymssystem	Tar lång tid att bryta ner vissa ämnen
	Njurarnas kapacitet ökar	Snabbare utsöndring av vissa ämnen
<b>1 år till 8/9 år</b>	Enzymssystem är nu mogna	Förmågan att bryta ner kemikalier liknar den hos vuxna
	Stabil tillväxt och viktökning kopplad till ett högt intag av föda	Påverkan från de föroreningar som kan finnas i födan
<b>8/9 år till 18 år</b>	Snabb tillväxt av skelettet kopplad till ett högt intag av föda	Påverkan från de föroreningar som kan finnas i födan
	Pubertet: Snabb utveckling av reproduktions-system och hormonella förändringar. Beteendeförändringar: börjar prova alkohol, tobak m.m. vistas i andra miljöer än tidigare.	Exponering för alkohol, tobak m.m. och på eventuellt riskfyllda miljöer

befinner sig ofta nära marken där det kan finnas skadliga ämnen i damm, jord och vatten. Det är även vanligt att så små barn äter jord. Inomhus vistas barn, även de som är äldre, ofta nära golvet och de andas därför lätt in damm som virvlar upp. Ett naturligt beteende från spädbarnsåldern

till 3 eller 4 års ålder är att stoppa fingrar och föremål i munnen, vilket kan medföra att de exponeras för ämnen och partiklar som fastnat på eller finns i materialet. Under tonåren kommer barnet i kontakt med allt fler miljöer och får också mer kontakt med till exempel tobak och alkohol. Barn

och ungdomar är dessutom ofta omedvetna om faror i sin omgivning och tar därför omedvetna risker.

### Barn väljer inte sin miljö

Barn har inte alltid möjlighet att välja eller påverka sin miljö. Barn tillbringar mycket tid i förskolan och skolan, och flera undersökningar har visat att många av dessa miljöer har problem med dålig ventilation, mögel, damm, allergiframkallande ämnen och andra ämnen som avges från byggmaterial, samt höga ljudnivåer. Även i miljöer för fritidsverksamhet och sport kan en rad ohälsosamma miljöfaktorer förekomma, till exempel avgaser i ishallar eller höga ljudnivåer på gym och diskotek. Socioekonomiska faktorer påverkar också vilken miljö barnen vistas i och hur deras miljörelaterade ohälsa ser ut.

### Miljörelaterad sjuklighet hos barn

Barns hälsa kan påverkas av olika miljöfaktorer på flera sätt. Dels kan miljöfaktorer bidra till att risken för att drabbas av sjukdom ökar, dels kan besvär av redan etablerade sjukdomar förvärras av en ohälsosam miljö. Ett exempel på detta är den vanliga förekomsten av astma och andra allergirelaterade sjukdomar hos barn. Luftföroreningar och tobaksrök ökar risken för att utveckla astma och försvårar även symtomen hos den som redan har astma. Vidare kan vissa miljöfaktorer störa barns utveckling, till exempel den beteendemässiga utvecklingen, och därmed minska deras möjlighet att nå sin fulla potential.

### Barnens miljöhälsoenkät 2011, BMHE 11

Socialstyrelsen har, i samarbete med Institutet för Miljömedicin vid Karolinska Institutet, Statistiska centralbyrån och med stöd från flera av Sveriges landsting och länsstyrelser, genomfört två nationella enkätundersökningar om barns miljö och hälsa, år 2003 och 2011. Enkäterna riktades till föräldrar med barn i åldrarna 8 månader, 4 år och 12 år och innefattade frågor om miljöfaktorer, besvärsupplevelser och hälsotillstånd. Flera av frågorna finns med i båda enkäterna, vilket gör det möjligt att jämföra resultaten och redovisa hur barns miljö och hälsa har förändrats under de åtta år som gått mellan undersökningarna. Barnens miljöhälsoenkät 2003 (BMHE 03) och dess resultat är tidigare presenterade i Miljöhälso-rapport 2005.

Barnens miljöhälsoenkät 2011 (BMHE 11) bestod av tre olika enkäter, avsedda för de olika åldersgrupperna, och kunde besvaras både på papper och via webben. Frågorna i enkäterna var i huvudsak ställda till barnens vårdnadshavare. Några av frågorna i 12-årsenkäten ställdes dock direkt till barnen.

De nästan 71 400 barnen valdes genom ett slumpmässigt urval inom varje län i respektive åldersgrupp bland de barn som har varit folkbokförda i Sverige, och där minst en av vårdnadshavarna varit folkbokförd i Sverige under fem år eller längre. Enkäterna skickades till de adresser där barnen var folkbokförda.

Svarsfrekvensen var 50,6 procent, vilket innebär en avsevärd minskning jämfört med BMHE 03 vars svarsfrekvens var 71 procent.

Statistiska centralbyrån har sedan kompletterat data från enkäten med uppgifter från olika register om barnets kön, ålder, län, kommun, församling, olika geografiska variabler, födelseland och medborgarskapsland med mera. Statistiska centralbyrån har också beräknat en viktning av svaren från olika personer för att resultaten ska kunna vara representativa för hela målbe-folkningen [1].

Många sjukdomar och tillstånd kan ha flera olika orsaker, och det gäller inte minst de som kan påverkas av miljön. Det är dock ofta svårt att klargöra exakt vilken roll olika orsaker har. För sjuklighet som har samband med relativt vanliga exponeringar, eller där det går lång tid mellan ex-

ponering och debut av sjukdomen, kan det vara särskilt svårt att förstå mönstren.

### Miljöfaktorer som kan påverka barns hälsa

Barn kommer i kontakt med kemiska, fysikaliska och biologiska miljöfaktorer varje dag. Det kan vara genom till exempel livsmedel, luft, material och produkter och sker både hemma, i skolan/förskolan, på fritiden, inne och ute. I detta avsnitt tas några av de viktigaste miljöfaktorerna som förekommer i barns miljöer och som kan påverka barns hälsa upp. En mer utförlig beskrivning kommer att finnas i Miljöhälso rapport 2013, publicerad av Institutet för Miljömedicin vid Karolinska Institutet.

### Luftföroreningar i utomhusmiljön

#### Luftföroreningar i utomhusmiljön: viktiga aspekter

Exponeringskällor	Trafikavgaser, rök från uppvärmning av byggnader och utsläpp från industrier. Exponeringskällor kan även finnas i andra länder när luftföroreningar förs vidare med vinden.
Känsliga grupper	Barn, särskilt yngre, samt barn med astma eller andra luftvägsproblem.
Hälsoeffekter	Astma och andra luftvägssjukdomar. Minskad lungkapacitet.

Luftföroreningar utomhus utgörs som regel av mycket komplexa blandningar av partiklar, vätskedroppar och gaser. Många av dessa luftföroreningar förekommer naturligt i luften, men halterna är ofta kraftigt förhöjda i tätbebyggd miljö på grund av utsläpp från trafik, uppvärmning av

byggnader, energiproduktion och industriell verksamhet. Luftföroreningar kan också transporteras med vindar från andra länder. Vägtrafiken utgör den största lokala källan till luftföroreningar i tätbebyggda områden [2].

Vid internationella jämförelser är luftkvaliteten i Sverige mycket god och den har succesivt förbättrats under lång tid. En viktig orsak till detta är att fossila bränslen och vedeldning för uppvärmning av byggnader i stor utsträckning har ersatts med fjärrvärme och andra värmeslag som ger mindre utsläpp av luftföroreningar. Trots den i huvudsak positiva utvecklingen förekommer det dock fortfarande luftföroreningar i halter som kan vara skadliga för barns hälsa. I svenska tätorter har till exempel luftkvaliteten inte förbättrats i någon större utsträckning under senare år. En förklaring till detta är den ökande trafikmängden. De svenska miljökvalitetsnormerna för partiklar överskrids ofta i storstadsregionerna, men positiva effekter har setts av till exempel restriktioner mot användningen av dubbdäck [2].

Luftföroreningar utomhus kan orsaka, bidra till eller förvärra sjukdomar i luftvägarna hos barn. Det är framförallt inandningsbara partiklar, kväveoxider, ozon samt vissa organiska kolväten som antas bidra till uppkomsten av olika luftrelaterade hälsoproblem i Sverige [3, 4].

Långtidsexponering för luftföroreningar (både kväveoxider och partiklar) ökar risken för att utveckla astma och andra luftvägsproblem [5]. Inte minst är det exponering för trafikrelaterade luftföroreningar tidigt i livet som bidrar [3]. Allt tyder på att barn som bor nära starkt trafikerade vägar löper en ökad risk att utveckla astma samt att få förvärrade symptom relaterade till astma [3, 6, 7]. Man har inte kunnat fastslå någon generell koppling mellan exponering för luftföroreningar utomhus och utveckling av allergi [6], men det verkar som att luftföroreningar i kombination

med exponering för allergener (till exempel pollen) ökar känsligheten för det specifika allergenet. Detta leder till en ökad produktion av antikroppar, vilka kan framkalla kraftiga allergiska reaktioner jämfört med allergenexponering ensamt [3, 6-8]. Vissa studier antyder att utveckling av känslighet för pollen är relaterat till exponering av luftföroreningar tidigt i livet [7]. Senare exponering verkar inte öka risken för överkänslighet på motsvarande sätt [9].

Det finns också starka bevis för att långtids-exponering för luftföroreningar påverkar barns lungfunktion och lungtillväxt negativt, åtminstone fram till 18-årsåldern [10]. Beräkningar visar att exponering för utomhusluftsföroreningar medför att hundratals ungdomar från varje årskull växer upp med sänkt lungfunktion [3, 10-14]. Vilken ålder som är mest känslig för luftföroreningar är dåligt utredd, men barn under ett år verkar vara särskilt känsliga [13]. Barns lungfunktion påverkas direkt av de senaste dygnens exponering för luftföroreningar, men dessa hälsoeffekter försvinner efter några dagar om exponeringen upphör. Antalet akutbesök och sjukhusinläggningar som har att göra med astma eller luftvägssymptom hos barn som redan har astma eller svåra astmasymtom ökar också de dagar då det finns ökade halter av trafikrelaterade luftföroreningar och ozon i luften [3, 7].

Barn exponeras för luftföroreningar utomhus främst när de förflyttar sig i olika trafikmiljöer, men även inomhusmiljön påverkas genom att föroreningarna tränger in i bostäder och skolor. Barn rör sig ofta mellan olika fritidsaktiviteter och vistas ute i relativt hög utsträckning. Den tid som barn vistas i trafikmiljöer är oavsett färdstätt viktig för hur stor mängd luftföroreningar de exponeras för. BMHE 11 visar att nästan 60 procent av 12-åringarna och 27 procent av 4-åringarna tillbringar mer än en halvtimme varje dag

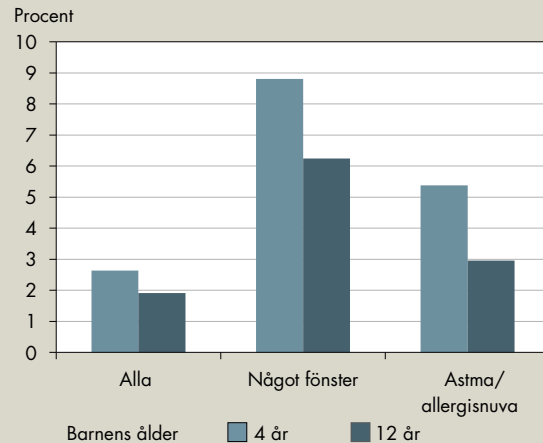
på resor till och från skolan, förskolan eller andra aktiviteter.

I bostäder nära gator med mycket trafik blir halten av luftföroreningar hög även inomhus. Elva procent av barnen bor i en bostad som har något fönster som vetter mot en större gata eller trafikled, och 4,7 procent av barnen har ett sovrumsfönster som vetter mot en högtrafikerad gata. Andelen bostäder med fönster mot en större gata eller trafikled är högre i storstadsmiljön (Stockholm, Malmö och Göteborg) än i övriga landet.

I enkäten uppger nästan 90 procent av föräldrarna att luftkvaliteten i eller i närheten av bostaden är bra eller mycket bra, medan cirka 3 procent rapporterar att luftkvaliteten är ganska dålig eller mycket dålig. Andelen 4-åringar och 12-åringar

**Figur 9:1. Barn som rapporterar dåligt luftkvalitet i bostaden**

Andel barn som rapporterar dålig luftkvalitet av alla, av de som har något fönster mot en starkt trafikerad gata eller trafikled, alternativt av de som har astma/allergisnuva. Barn i åldrarna 4 och 12 år, 2011.



Källa: BMHE 2011, Socialstyrelsen.

för vilka föräldrarna rapporterar ganska dålig eller mycket dålig luftkvalitet inomhus är drygt 3 gånger högre bland de som bor i en bostad med fönster mot en större gata eller trafikled. Bland barn med astma eller allergisnuva är andelen som rapporterar dålig eller mycket dålig luftkvalitet också högre än för övriga barn (figur 9:1).

Även lukten från luftföroreningar kan upplevas som obehaglig och BMHE 11 visar att 15 procent av 12-åringarna upplever lukten från bilavgaser som obehaglig, medan 8,5 procent besväras av lukten från vedeldning och 4,3 procent besväras av lukten från löveldning. Också här var besvär vanligare bland barn med astma.

### Inomhusmiljö

#### Föroreningar i inomhusmiljön: viktiga aspekter

Exponeringskällor	Fukt- och mögelskador i byggnader. Bristfällig ventilation. Kemiska ämnen som avges från bygg- eller inredningsmaterial (emissioner).
Känsliga grupper	Spädbarn samt barn med känsliga luftvägar eller astma.
Hälsoeffekter	Luftvägssymtom och astma, ökad infektionskänslighet.

Barn tillbringar större delen av dygnet i olika inomhusmiljöer såsom bostad, förskola, skola, fritids- och träningslokaler. Det innebär att inomhusmiljön har stor betydelse för barnens exponering för miljöhälsosfaktorer. BMHE 11 visar att 8,8 procent av 12-åringarna har besvär av inomhusmiljön i bostaden eller i skolan. Med besvär menas att man minst en gång per vecka är trött, har huvudvärk eller har ögon-, näs- eller luftvägsbesvär, samt att man kopplar dessa besvär till inomhusmiljön.

Bra grundventilation är en viktig faktor för en god inomhusmiljö. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd om ventilation bör luftomsättning i bostäder vara minst 0,5 omsättningar per timme. Enligt Boverkets undersökning av byggnaders energianvändning, tekniska status och inomhusmiljö 2009 (BETSI) [15], uppfyller inte ens hälften av svenska bostäder detta riktvärde. I byggnader med låg luftomsättning blir de föroreningar som alstras genom att material avger ämnen och genom mänskliga aktiviteter kvar i inomhusluften. Dessutom kan luftfuktigheten bli hög och fukt är en viktig orsak till att vissa byggnader blir ohälsosamma att vistas i. I en fuktig byggnadsdel kan mikroorganismer som mögel och bakterier växa mer än normalt. Mikroorganismerna avger olika ämnen som kan verka irriterande eller påverka hälsan på mer diffusa sätt. Det finns vetenskapligt stöd för ett samband mellan fuktskador inomhus och förvärrade luftvägssymtom. Barn som exponeras för förhöjd förekomst av mögel eller fukt under de två första levnadsåren löper större risk att utveckla astma och allergisnuva [16, 17]. I en svensk studie har man observerat en cirka 50-procentig ökning av risken för upprepade nedre luftvägssymtom hos barn som bor i hem med fuktskador [17-19]. Med en förekomst av astma på 13 procent hos 4-åringar, betyder det att drygt 700 fall årligen kan knytas till fuktproblem i bostaden inom denna åldersgrupp.

Knappt 11 procent av barnens föräldrar uppger att de har något tecken på fuktskada (synlig fuktskada, synligt mögel eller mögellukt) i hemmet, vilket är en minskning sedan 2003 då 19 procent rapporterade tecken på fuktskada. Skillnaden beror framför allt på att man rapporterar färre synliga fuktskador. Ytterligare en möjlig förklaring till minskningen av rapporterade fuktskador skulle kunna vara att allt fler äger sin bostad.

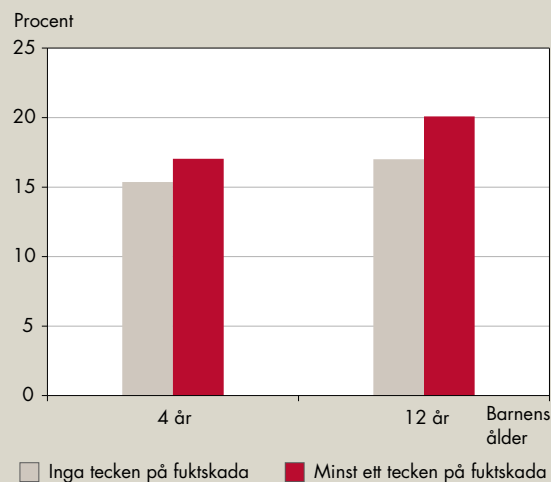
Studier visar att den som äger sin bostad mer sällan rapporterar ohälsa relaterad till sin bostad än den som hyr sin bostad. Minskningen av antalet fuktskador bekräftas också av tidigare miljöhälsoenkäter för vuxna där andelen med rapporterade tecken på fuktskada minskade från 25 procent 1999 till 18 procent 2007 [4]. Uppgifter från besiktningsmäns bedömningar talar dock för att de boendes rapportering kan vara en underskattning [15]. Besiktningsdata visar att 30 procent av småhusen och 10 procent av flerbostadshusen har mögelpåväxt eller mögellukt i minst en byggnadsdel. Resultaten från BMHE 11 visar också att det i hem med synliga fuktskador, mögelpåväxt eller mögellukt är något vanligare att barnet har astma eller allergisnuva, jämfört med hem utan sådana tecken på fuktskador (figur 9:2).

Även andra ämnen och lukter i inomhusmiljön kan ge upphov till luftvägsbesvär eller obehag, till exempel parfymade produkter, starkt doftande blommor, lösningsmedel, målarfärg, tobaksrök och avgaser. Barns upplevelse av lukt är ofullständigt undersökt, men många barn uppger att de känner obehag av starka lukter. 6,9 procent av 12-åringarna uppger att de känt obehag av olika lukter i inomhusmiljön flera gånger i veckan under de senaste 3 månaderna. Sedan 2003 har andelen barn som rapporterar besvär av lukter minskat från 11 procent, vilket kan förklaras av att betydligt färre barn i dag besväras av tobaksrök i hemmet.

Utöver bostaden utgör skola och förskola viktiga inomhusmiljöer för barn. Dessa miljöer kan ha likartade problem som bostaden, med bristfällig ventilation och förekomst av fukt och mögel. I Statens energimyndighets undersökning om energianvändning & inomhusmiljö i skolor och förskolor (STIL) [20], konstaterades att endast cirka 40 procent av skolor och förskolor hade en godkänd så kallad obligatorisk ventilationskontroll. Lika stor

### Figur 9:2. Astma eller allergisnuva hos barn och fuktskador i bostaden

Andel barn som har astma eller allergisnuva bland de som bor i bostäder utan fuktskada respektive med minst ett tecken på fuktskada. Barn i åldrarna 4 och 12 år, 2011.



Källa: BMHE 2011, Socialstyrelsen.

andel hade någon form av fuktskada. Förskole- och skolmiljön har också ofta högre dammhalter jämfört med andra arbetsmiljöer [21]. Dammet innehåller en rad olika partiklar, däribland pälsdjursallergener som kan förvärra besvären hos allergiska barn, i synnerhet hos barn med astma [22]. Studier utförda i skolmiljö tyder på att dålig ventilation, förhöjda halter av damm och allergener samt fukt- och mögelskador i byggnaden ökar förekomsten av luftvägsbesvär hos eleverna [22–24]. Det har också visats att det finns ett samband mellan otillräcklig ventilation och ökad sjukfrånvaro [25] och försämrade skolprestationer [26].

Arbetsmiljöverket gjorde 2006 en enkätundersökning som besvarades av drygt 1 300 elever i



11-årsåldern, med frågor om hur eleverna upplevde inomhusluften. Nästan var tredje elev svarade att de någon gång mått dåligt av luften i klassrummet. Bland de elever som angav att de hade allergiska besvär rapporterade nästan hälften att besvären förvärrades i skolan. Många angav att ostädade lokaler och damm var orsak till de ökade besvären [27]. En enkätstudie från Uppsala universitet 2003 visade att 7 av 10 av landets kommuner rapporterat förekomst av besvär relaterade till inomhusluften i grundskolebyggnader [28]. Brister i skolmiljön har bidragit till att vissa skolor försökt allergianpassa verksamhet för att underlätta skolgången för svårt allergiska barn med astma [29, 30].

Radon utgör en särskild hälsorisk i inomhusmiljön och kan ge lungcancer. Radon är en radioaktiv gas som vanligen kommer in i byggnaden från marken, via otätheter i huskonstruktionen, eller avges till luften från radonhaltigt dricksvatten. Uranhaltiga byggnadsmaterial kan också avge radon. I vilken utsträckning radonexponering i barndomen påverkar risken att insjukna i lungcancer i vuxen ålder är okänt. Tiden mellan exponering och sjukdom kan vara lång, upp till flera decennier, vilket gör att det är svårt att klargöra orsakssambanden. Bland vuxna beräknas cirka 500 lungcancerfall per år vara orsakade av radon i bostäder.

Att minska andelen bostadshus och skolor med radon över det svenska riktvärdet ( $200 \text{ Bq/m}^3$ ) är en viktig del av de hälsorelaterade miljökvalitetsmålen God bebyggd miljö och Säker strålmiljö. Cirka 10 procent av befolkningen beräknas bo i bostäder eller vistas i lokaler med för höga radonhalter [31, 32]. I BMHE 11 uppgav 25 procent av föräldrarna att radonhalten någon gång mätts i deras bostad. Detta är en ökning jämfört med 2003, då 14 procent uppgav att mätningar hade gjorts. Samtidigt visar BETSI-undersökningen att

takten när det gäller att sanera bostäder med för höga radonhalter fortfarande är låg, speciellt när det gäller småhus.

### Miljötabaksrök

#### Miljötabaksrök: viktiga aspekter

Exponeringskälla	Rökande föräldrar och andra personer som röker i barnets närhet.
Känsliga grupper	Foster, spädbarn och barn med känsliga luftvägar.
Hälsoeffekter	Luftvägsinfektioner inklusive öroninflammationer. Astma. Minskad lungkapacitet. Plötslig spädbarnsdöd.

Tobaksrök består av tusentals ämnen som frisätts vid förbränning i form av gaser eller partiklar. Barn som vistas i miljöer med tobaksrök är särskilt utsatta. Framförallt är tobaksrök ett problem i inomhusmiljön, men tobaksrök i utomhusmiljöer kan också orsaka besvär för barn.

Studier visar att tobaksrökning hos föräldrarna kan ge upphov till ett betydande upptag av nikotin hos spädbarn via inandning av miljötabaksrök och via bröstmjölken [33]. Nikotinet i tobaken kan även överföras till fostret via moderkakan hos gravida kvinnor som röker eller snusar, eller som själva utsätts för miljötabaksrök [34]. Rökning under graviditeten ökar risken för hämmad fostertillväxt, låg födelsevikt och för tidig födsel hos barnet. Risken för låg födelsevikt (under 2 500 gram) ökar med 80 procent om mamman röker under graviditeten [35]. Ett flertal studier har även visat att risken för plötslig spädbarnsdöd ökar om mamman röker under graviditeten [34, 36], eller om minst en av föräldrarna röker efter det att barnet fötts [36].

En rad studier har visat att det finns ett samband mellan tobaksrök i miljön och utvecklandet



av luftvägssjukdomar hos barn. Småbarnsastma och andra akuta nedre luftvägssjukdomar ökar med 30 procent om någon av föräldrarna röker [34]. Även risken för luftvägsinfektioner ökar, till exempel risken för akuta och kroniska öroninflammationer hos små barn. Utifrån ett flertal studier har man beräknat att det finns en sammanvägd ökad risk på cirka 40 procent för upprepade öroninflammationer om någon av föräldrarna röker [34].

Sedan 2003 har rökningen minskat, både totalt bland föräldrar och i bostäder. I BMHE 11 uppger 5,0 procent av kvinnorna att de rökt någon gång under graviditeten, vilket är en halvering sedan 2003 då 9,5 procent angav att de rökt under graviditeten. Dessa resultat är i linje med uppgifter från mödrahälsovården, där 7 procent av de gravida kvinnorna uppger att de rökte vid inskrivning år 2010. Minskningen är markant bland kvinnor med gymnasie- eller universitetsutbildning. Däremot syns ingen minskning bland gravida kvinnor med lägre utbildning.

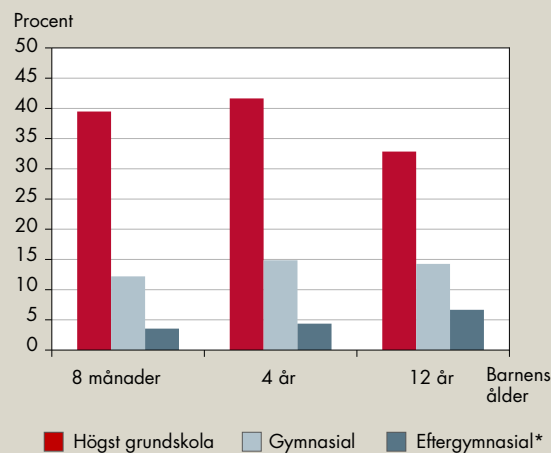
Bland föräldrar till barn mellan 8 månader och 12 år är det cirka 6 procent av mammorna respektive papporna som röker dagligen, och cirka 1 procent av barnen exponeras enligt föräldrarna dagligen för tobaksrök i bostaden. Andelen barn som har minst en förälder som röker dagligen har minskat mellan 2003 och 2011 från 21 procent till 11 procent bland 12-åringarna, från 18 procent till 9,6 procent bland 4-åringarna och från 12 procent till 7,5 procent bland 8 månader gamla barn. Det syns dock en tydlig skillnad i daglig rökning bland föräldrarna om man ser till deras utbildningsnivå (figur 9:3). Sedan 2003 har andelen barn till universitetsutbildade föräldrar som exponeras för tobaksrök halverats. Även för barn till föräldrar som har en gymnasieutbildning har exponeringen minskat kraftigt. Exponeringen bland barn med föräldrar vars högsta utbildning

är grundskola eller kortare ligger dock på samma nivå som i 2003.

Utifrån dessa uppgifter kan hälsorisker beräknas. Om 5 procent av barnen exponeras för rökning under graviditeten innebär det att ungefär 3 procent av fallen av låg födelsevikt, det vill säga drygt 100 fall per år, beror på att mamman rökt under graviditeten. Dessutom kan årligen något enstaka fall av plötslig spädbarnsdöd tillskrivas exponering för rökning under graviditeten eller efter födseln. Om 1 procent av barnen i åldern 0–4 år exponeras för rökning dagligen innebär det att ungefär 0,5 procent av astma eller annan akut nedre luftvägssjukdom, cirka 300 fall per år, orsakas av rökning i hemmen.

### Figur 9:3. Barn vars föräldrar röker dagligen

Andel barn inom respektive föräldrautbildningsgrupp, vars föräldrar uppger att de dagligen röker. Barn i åldrarna 8 månader, 4 och 12 år, 2011.



\*minst 2 år högskoleutbildning.

Källa: BMHE 2011, Socialstyrelsen.

### Kemikalier

Kemikalier finns praktiskt taget i allting som omger oss i vardagen, leksaker, möbler, kläder, livsmedel, smycken, kosmetika, hygienprodukter, elektronik och mycket annat. Alla människor exponeras därigenom kontinuerligt för låga halter av många olika kemikalier. Vissa kemikalier förekommer naturligt i miljön, eller som föroreningar till följd av människors aktiviteter och industriutsläpp. Andra kemikalier finns som tillsatser i olika varor. En stor del av exponeringen sker via livsmedel och dricksvatten. För barn är exponering via damm och direkt kontakt med olika varor, till exempel leksaker, också viktiga exponeringsvägar. Olika typer av förbud och frivilliga begränsningar har medfört att halterna av vissa ämnen i miljö inledningsvis sjunkit kraftigt. För en del av dessa ämnen sjunker halterna numera mycket långsamt eller inte alls.

Kemikalier kan ge en rad olika hälsoeffekter. De kan bland annat påverka utvecklingen och funktionen hos hjärnan, reproduktionsorganen, immunsystemet och de hormonella systemen. Effekterna kan visa sig snart efter exponeringen eller många år efteråt. Hälsoeffekten är vanligen beroende av storleken på exponeringen, men forskningen visar att många ämnen kan ge effekter även vid lägre halter än vad man tidigare känt till. Många ämnen har också liknande egenskaper och kan samverka. Detta gäller inte minst för ämnen som påverkar samma organsystem. Ofta saknas det testmetoder och vetenskapliga underlag för att bedöma risker för samtidig exponering av olika ämnen och möjliga samverkans effekter.

I detta avsnitt diskuteras några av de kemikalier som anses vara mest bekymmersamma ur hälsosynpunkt eller där diskussionen om möjliga hälsoeffekter är som mest intensiv. Ämnen som

kan orsaka allergi och eksem vid hudkontakt avhandlas i tidigare avsnitt om allergirelaterade sjukdomar i kapitel 6.

### Metaller

Metaller och andra grundämnen finns naturligt i berggrund, mark, sjöar och grundvatten. Utsläpp till miljön sker framför allt från industrier och energiproduktion, sopförbränning och vägtrafik. Indirekt sprids de även via innehållet i varor och produkter. Varor och produkter kan även orsaka lokal exponering, till exempel bly i vattenkranar, rörkopplingar och dryckesautomater.

Vissa livsmedel, till exempel fisk, skaldjur och olika grödor, kan innehålla förhöjda halter av giftiga metaller som kadmium, kvicksilver och bly. Ämnen som arsenik, mangan och fluorid, som finns naturligt i mark och berggrund, kan lösas ut till dricksvatten. Halterna är oftast låga i kommunala vattenanläggningar, men kan vara högre i enskilda bergborrade eller grävda brunnar. Under senare år har flera brunnsvattenundersökningar utförts, vilket har gett en bredare kunskap om exponeringen för skadliga metaller och andra spårämnen.

Exponeringen för metaller startar redan i fosterlivet eftersom flera ämnen, såsom arsenik, bly och kvicksilver, passerar moderkakan och når fostret. Metallhalter i bröstmjolk är generellt sett låga eftersom utsöndringen i bröstmjolk är begränsad [37]. Barn som inte ammas utan får bröstmjölksersättning exponeras för metaller som finns i vattnet som ersättningen blandas ut med, samtidigt som mjölkersättningen i sig kan innehålla förhöjda halter av till exempel mangan och kadmium [38].

## Metaller och andra grundämnen som kan förekomma i livsmedel och dricksvatten: viktiga aspekter

### Arsenik

Exponeringskällor	Brunnsvatten, spannmålsprodukter (framför allt ris).
Känsliga grupper	Foster och barn.
Hälsoeffekter	Minskad tillväxt, nedsatt immunförsvar och nedsatt kognitiv förmåga hos foster och barn. Efter lång tids exponering ökar risken för cancer (i hud, urinblåsa och lunga), men även för hjärt-kärlsjukdomar, kronisk hosta och hudförändringar (keratos, pigmentering). Det tycks medföra högre risk vid exponeringsstart tidigt i livet.

### Bly

Exponeringskällor	Livsmedel (bland annat viltkött och inälvsmat), produkter (bland annat vattenkranar), damm och jord i förorenade områden.
Känsliga grupper	Foster och små barn.
Hälsoeffekter	Skador på centrala nervsystemet, framför allt under hjärnans utveckling. Även om exponeringen sjunkit finns det studier som tyder på att dagens exponering kan påverka barns hälsa.

### Fluorid

Exponeringskällor	Brunnsvatten, livsmedel och tandvårdsprodukter.
Känsliga grupper	Barn.
Hälsoeffekter	Skydd mot karies vid dricksvattenhalter mellan 0,8-4,0 mg/l. Fläckar på tandemaljen (dental fluoros) kan uppstå vid dricksvattenhalter över 1,3 mg/l. Risk för inlagring av fluorid i benvävnad (osteofluoros) vid långvarig exponering för dricksvattenhalter över 6,0 mg/l. Ny forskning tyder på möjlig påverkan på kognitiv utveckling hos barn.

### Kadmium

Exponeringskällor	Spannmålsprodukter, ris, potatis, grönsaker och tobak.
Känsliga grupper	Foster och barn.
Högexponerade grupper	Barn, vegetarianer, rökare.
Hälsoeffekter	Njurpåverkan, benskörhet och frakturer hos vuxna. Ny forskning tyder på påverkan på fostertillväxt och tillväxt under småbarnsåren samt effekter på nervsystemets utveckling.

### Mangan

Exponeringskällor	Brunnsvatten, spannmålsprodukter, ris och soja.
Känsliga grupper	Spädbarn.
Hälsoeffekter	Effekter på nervsystemet.

### Metylkviksilver

Exponeringskällor	Rovfisk som abborre, gädda, gös och stora havsfiskar, som till exempel svärdfisk.
Känsliga grupper	Foster och små barn.
Högexponerade grupper	Storkonsumenter av fisk med förhöjda halter.
Hälsoeffekter	Skador på centrala nervsystemet, framför allt under hjärnans utveckling. Även om exponeringen sjunkit finns studier som tyder på att dagens exponering kan påverka barns hälsa.

## Organiska ämnen

Dioxinlika ämnen, bromerade flamskyddsmedel och perfluorerade ämnen är ofta mycket svårnedbrytbara organiska ämnen som ansamlas i miljön och i levande organismer. Andra organiska ämnen som plastkemikalierna ftalater och bisfenol A är mer lättnedbrytbara.

Dioxinlika ämnen, som omfattar både de oavsiktligt bildade dioxinerna och PCB, är sedan

länge förbjudna genom internationella överenskommelser. Bromerade flamskyddsmedel, perfluorerade ämnen, ftalater och bisfenol A, är volymmässigt stora industrikemikalier med breda användningsområden i samhället. Sedan början av 2000-talet har dock EU förbjudit användningen av flera bromerade flamskyddsmedel av typen polybromerade difenyletrar (PBDE). Halterna av PBDE i bröstmjolk och miljö ökar därmed inte längre. Å andra sidan ökar användningen av ersättningsprodukter såsom hexabromocyclododekan (HBCDD) vilket lett till att halterna av denna kemikalie ökar i bröstmjolk. Användningen av perfluorerade ämnen som perfluoroktansulfonat (PFOS), som har förbjudits inom EU, och perfluoroktansyra (PFOA) minskar, och parallellt med detta ses minskande halter av PFOS och PFOA i bröstmjolk. Även för användningen av ftalater och bisfenol finns nu vissa restriktioner, sedan 2011 är till exempel nappflaskor med bisfenol A förbjudna inom EU, och vissa ftalater är förbjudna i leksaker och barnartiklar.

Svårnedbrytbara organiska ämnen når fostret via moderkakan, medan spädbarn exponeras via bröstmjolk och större barn huvudsakligen via livsmedel. Medan livsmedel av animaliskt ursprung (mejeriprodukter, fet fisk, kött) och bröstmjolk utgör de helt dominerande exponeringskällorna för dioxinlika ämnen, så bidrar även andra livsmedel, damm samt produkter och varor till exponeringen för bromerade flamskyddsmedel och perfluorerade kemikalier. Bidraget via damm är särskilt stort hos små barn i åldrarna 1–3 år.

Liksom de svårnedbrytbara organiska ämnena så kan även platskemikalier som ftalater och bisfenol A nå fostret via moderkakan och det ammande spädbarnet via bröstmjölken. Livsmedel och bröstmjolk, samt damm och produkter, bidrar till den totala exponeringen för ftalater och bisfenol A hos barn och vuxna.

### Svårnedbrytbara organiska ämnen: viktiga aspekter

#### Dioxinlika ämnen

Exponeringskällor	Bröstmjolk, fet fisk, kött och mejeriprodukter.
Känsliga grupper	Foster och små barn.
Högexponerade grupper	Ammande spädbarn och barn. Av kvinnor i barnafödande ålder har 5-10 procent en exponering som överstiger de nivåer som anses vara säkra.
Hälsoeffekter	Exponering för dioxinlika ämnen under fosterstadiet har satts i samband med ökad risk för låg födelsevikt, minskad tillväxt, effekter på nervsystemets utveckling, ökad infektionskänslighet, negativa effekter på tandutveckling och minskad spermie kvaliteten.
Trender	Halterna i modersmjolk och livsmedel sjunker, men långsamt.

#### Polybromerade difenyletrar (PBDE)

Exponeringskällor	Bröstmjolk, livsmedel, damm, flamskyddade produkter (till exempel stoppade möbler och elektronik).
Känsliga grupper	Foster och barn.
Högexponerade grupper	Små barn.
Hälsoeffekter	Baserat på djurstudier anses effekter på nervsystemets utveckling vara en hälsorisk för människor.
Trender	Halterna av PBDE i bröstmjolk ökade fram till 2001. Därefter har halterna av flera varianter av PBDE minskat, men långsamt.

#### Hexabromocyclododekan (HBCDD)

Exponeringskällor	Bröstmjolk, livsmedel, damm, flamskyddade produkter (till exempel frigolit).
Känsliga grupper	Foster och barn.
Hälsoeffekter	Baserat på djurstudier anses effekter på nervsystemets utveckling vara en hälsorisk för människor.

**Trender** Ökande användning av HBCDD inom EU. Halterna av HBCDD i bröstmjolk har ökat nära 10 gånger från 1980 till 2010. Ingen tendens till minskning syns. Dagens exponering är lägre än de nivåer där effekter antas kunna uppkomma.

### Perfluorerade och polyfluorerade ämnen

**Exponeringskällor** Bröstmjolk, livsmedel, dricksvatten, damm, produkter behandlade med perfluorerade ämnen (till exempel vatten- och smutstätliga textilier).

**Känsliga grupper** Foster och små barn.

**Hälsoeffekter** I djurstudier har lägre födelsevikt, försämrad tillväxt, försenad skelettbildning och könsognad, beteendeförändringar, samt minskad överlevnad hos nyfödda djur observerats efter exponering under fostertiden.

**Trender** PFOS-halten i bröstmjolk minskar. Halterna av vissa perfluorerade ämnen i blod från svenska kvinnor ökade under perioden 1996–2010, medan andra uppvisade minskande eller oförändrade halter. Dagens exponering är lägre än de nivåer där effekter antas kunna uppkomma.

### Plastkemikalier: viktiga aspekter

#### Ftalater

**Exponeringskällor** Damm och plastprodukter (till exempel PVC-golv).

**Känsliga grupper** Foster och barn.

**Högexponerade grupper** Vissa sjukhuspatienter som exponeras via slangar och annat sjukvårdsmaterial.

**Hälsoeffekter** I djurstudier ses testikelskador och fortplantningsstörningar. Vissa studier har också observerat ett samband mellan ftalater och astma hos barn.

**Trender** Trendstudier saknas.

### Bisfenol A

**Exponeringskällor** Livsmedelsförpackningar och produkter tillverkade av polykarbonatplast, eller som är behandlade med epoxilack (till exempel konservburkar).

**Känsliga grupper** Foster och små barn.

**Högexponerade grupper** Små barn.

**Hälsoeffekter** Hälsoeffekterna av bisfenol A är mycket omdebatterade. I djurförsök ses bland annat effekter på reproduktionsorganen, reproduktionsförmågan, hjärnans utveckling och beteendet.

**Trender** Trendstudier saknas.

## Buller

### Buller: viktiga aspekter

**Exponeringskällor** Trafik, ljud från grannar och ventilationssystem. Ljud från andra barn i förskola och skola. Konserter och andra lokaler med höga ljudnivåer. Musikspelare med hörlurar.

**Känsliga grupper** Barn med hörselnedsättning. Språklärande barn. För tidigt födda barn.

**Hälsoeffekter** Försämrad hörsel och öronsusningar (tinnitus). Sömnstörningar. Försämrad inlärning. Fysiologiska stressreaktioner.

Barn omges ofta av buller och höga ljudnivåer i hemmet såväl som i skolan eller förskolan. Barn har dessutom små möjligheter att påverka ljudet i sin omgivning och kan ha låg medvetenhet om riskerna med höga ljudnivåer. Mycket starka ljud kan orsaka hörselnedsättning och öronsusningar (tinnitus). Omgivningsbuller från trafik, grannar, industrier och fläktsystem är sällan hörselskadande, men kan orsaka en rad andra problem som för-

sämrad koncentration, inlärning och sömn, samt fysiologiska stressreaktioner. Buller kan också göra det svårare att förstå tal, och barn är i detta fall en känslig grupp eftersom deras språkförståelse ännu inte är fullt utvecklad. Det kan finnas effekter på inlärning även när talförståelsen inte är försämrad.

Andelen barn som föds med en konstaterad hörselnedsättning är 0,1 procent [39] och andelen barn med hörselnedsättning ökar sedan successivt med stigande ålder. Enligt BMHE 11 har 1–2 procent av 4-åringarna och cirka 2 procent av 12-åringarna nedsatt hörsel och det syns ingen ökning av självrapporterad hörselnedsättning sedan 2003.

Personer med tinnitus upplever ljud i örat eller i huvudet som inte orsakas av någon extern ljudkälla. Övergående tinnitus har de flesta upplevt, men om tinnitus förekommer permanent kan det upplevas som ett allvarligt problem. I enkäten var det 0,1 procent av 4-åringarna och 3,7 procent av 12-åringarna som rapporterade öronsusningar eller tinnitus minst två gången de senaste tre månaderna. En orsak till tinnitus kan vara musik på hög volym. Andelen 12-åringar som lyssnar på musik på hög volym i hörlurar så gott som dagligen har ökat, från 2,2 till 5,6 procent mellan år 2003 och 2011. Andelen som aldrig lyssnar på hög musik har under samma tidsperiod minskat från 60 procent år 2003 till 42 procent år 2011.

Trafikbuller är en miljöstörning som berör många. Omkring 2 miljoner svenskar beräknas vara utsatta för trafikbuller över riktvärdet 55 dB utomhus vid husfasaden [40]. Antalet människor som utsätts för trafikbuller ökar eftersom huvuddelen av transportbullret finns i och omkring större städer, och den ökande urbaniseringen innebär att fler flyttar närmare bullret, samtidigt som trafikmängden ökar. Många nya bostäder byggs även i bullerutsatta lägen nära stora trans-

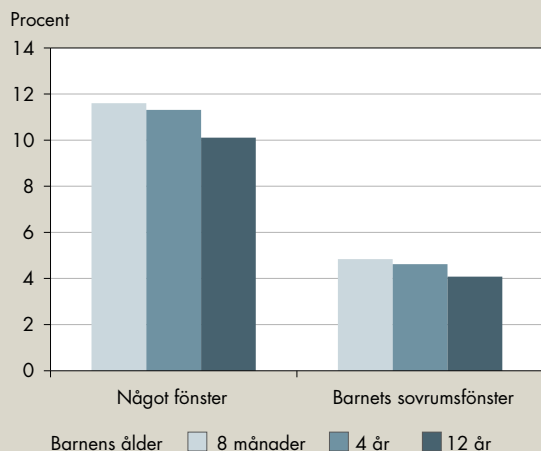
portleder. Enligt BMHE 11 bor en större andel av de barn som bor i nybyggda lägenheter (byggda 2004 eller senare) i bullerutsatta lägen (det vill säga bostaden har fönster mot en starkt trafikerad gata, järnväg eller industri) jämfört med barn som bor i äldre lägenheter. Trenden är dock inte alls lika tydlig när det gäller i vilken utsträckning barns sovrumsfönster vetter mot bullerutsatt omgivning. Detta kan bero på att nya hus i utsatta lägen alltmer planeras med hänsyn till bullret, bland annat genom att säkerställa att det finns bostadsrum med fönster åt en tystare sida. Cirka 11 procent av barnen bor i bostäder som har något fönster mot en större gata och drygt 4 procent har sitt eget sovrumsfönster vänt mot en sådan gata (figur 9:4). Andelen som har fönster mot bullrande verksamhet är högre bland de som bor i flerbostadshus än bland de som bor i småhus.

I hemmiljö ses en statistiskt säkerställd ökning av besvär av vägbuller från 2,8 till 3,8 procent, flygbuller från 0,6 till 1,1 procent samt av buller från grannar från 2,4 till 3,5 procent. Av 12-åringarna uppgav 1–2 procent även att de flera gånger per vecka har svårt att förstå samtal, prata i telefon eller lyssna på radio eller tv på grund av störande ljud i hemmiljön. Sömnstörning är en allvarlig hälsopåverkan av buller eftersom ostörd sömn är en förutsättning för god mental och fysisk hälsa. Av 12-åriga barn i flerbostadshus uppgav 4,0 procent att de har svårt att somna och 3,0 procent att de blir väckta för tidigt grund av trafikbuller varje vecka. Motsvarande andel bland barn i småhus är 1,0 procent.

Mätningar i skolmiljö har visat på höga ljudnivåer i klassrum och skolmatsalar, och dessa ljudnivåer påverkas i första hand av barnens egna aktiviteter. Ljudnivån påverkas även av bakgrundsljud, från till exempel fläktar och av hur mycket ljud som reflekteras av väggar och tak, både genom att direkt öka ljudnivån och indirekt

**Figur 9:4. Barn som bor i en bostad med fönster mot en trafikerad gata**

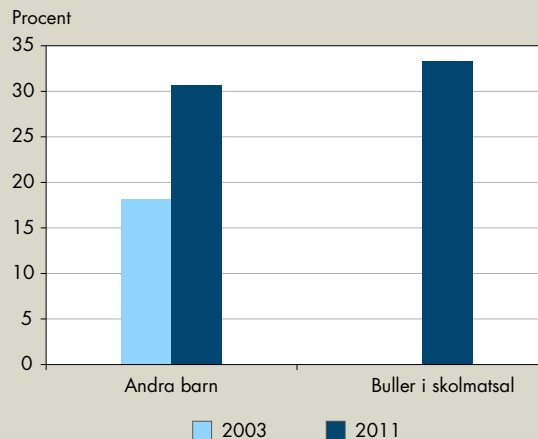
Andel barn som bor i bostäder där deras sovrumsfönster alternativt något fönster i bostaden vetter mot en större gata eller trafikled. Barn i åldrarna 8 månader, 4 år och 12 år, 2011.



Källa: BMHE 11, Socialstyrelsen.

**Figur 9:5. Buller i skolan 2003 och 2011**

Andel barn i 12 års ålder som störs av andra barn i skolan respektive av buller i skolmatsal.



Källa: BMHE 03 och BMHE 11, Socialstyrelsen.

bidra till ökad ljudnivå genom att dåliga akustiska förhållanden får barn och vuxna att tala starkare [41, 42]. Buller i skolan leder främst till försämrade förmåga att uppfatta tal, läsförståelse och inlärning, samt ansträngning av rösten och störningsupplevelser. Det finns också undersökningar som visat att det finns ett samband mellan buller i skolan och trötthet, huvudvärk och stressreaktioner hos eleverna [43].

För buller i eller nära skolan visar enkäten en ökning av besvär av ljud från andra barn samt ventilationsbuller. Särskilt anmärkningsvärd är ökningen av besvär av ljud från andra barn, från 18 procent till 31 procent mellan år 2003 och 2011. Även ljudmiljön i skolmatsalen upplevs av många som störande och en tredjedel av

12-åringarna uppgav att de någon gång i veckan känt sig bullerstörda av ljud i matsalen (figur 9:5). Resultat från tidigare svenska undersökningar har också visat på dålig ljudmiljö i skolmatsalar [42, 44].

## UV-strålning

### UV-strålning: viktiga aspekter

Exponeringskällor	Solljus och solarium.
Känsliga grupper	Barn, särskilt barn med lite pigment (ljus hy och ljust hår).
Hälsoeffekter	Solbrännskador. Hudcancer i vuxen ålder.

## 9. Barns fysiska miljö

Solbestrålning av huden är den viktigaste källan till vitamin D i kroppen, men solstrålning kan också ha negativa hälsoeffekter. Solljus innehåller ultraviolett strålning, så kallad UV-strålning, som kan skada DNA. Både solljus och solarier som avger UV-strålning klassas av IARC (International Agency for Research on Cancer) som cancerframkallande [45, 46]. Även om nästan

alla fall av hudcancer uppträder hos vuxna så har exponeringen för solljus i barndomen stor betydelse. Ungefär en tredjedel av den sammanlagda exponeringen för solljus under en livstid sker före 18 års ålder [47]. Mycket talar också för att barns hud är speciellt känslig för solens skadliga strålar, och att solexponering i barndomen har större betydelse än solexponering senare i livet för upp-

**Tabell 9:2. Skydd mot solen för barn i Sverige år 2003 och 2011**

Andel barn i respektive åldersgrupp som på sommaren i Sverige, i övriga norra Europa eller i andra länder med liknande solstyrka skyddas på olika sätt mot solen flera gånger i veckan, mer sällan eller aldrig. Barn 4 och 12 år.

Skyddsätt	Skyddas barnet mot solen?					
	Ja, flera gånger i veckan		Ja, men mer sällan		Nej, aldrig	
	2003 %	2011 %	2003 %	2011 %	2003 %	2011 %
Badutflykter och dylikt undviks mitt på dagen						
4 år	23,2	33,7	32,1	30,5	44,7	35,7
12 år	9,9	19,1	22,9	27,6	67,3	53,2
Kläder, t.ex. T-shirt och keps						
4 år	71,5	87,8	23,7	9,6	4,8	2,6
12 år	35,7	51,9	41,4	34,3	23,0	13,7
Vistas i skugga						
4 år	32,8	55,3	49,6	34,3	17,5	10,5
12 år	16,1	32,2	45,3	44,3	38,6	23,5
Solskyddskräm						
4 år	69,4	82,5	22,8	14,0	7,8	3,5
12 år	44,7	64,6	39,7	28,9	15,6	6,6
<b>Något av ovanstående alternativ</b>						
<b>4 år</b>	<b>84,0</b>	<b>92,9</b>	<b>13,4</b>	<b>5,6</b>	<b>2,6</b>	<b>1,5</b>
<b>12 år</b>	<b>56,8</b>	<b>76,8</b>	<b>35,1</b>	<b>20,3</b>	<b>8,1</b>	<b>2,9</b>

Källa: BMHE 03 och BMHE 11, Socialstyrelsen.



komsten av malignt melanom [48], den farligaste typen av hudtumör. Eftersom det vanligen krävs lång tid mellan exponeringen och att sjukdomen visar sig är malignt melanom mycket sällsynt hos barn, men har ökat kraftigt bland vuxna under de senaste årtiondena [49] vilket bedöms vara en följd av ändrade solvanor i befolkningen. En faktor som verkar påverka risken att få malignt melanom är hur många gånger man bränner sig, snarare än den sammanlagda mängden solljus som man utsätts för [50].

BMHE 11 visar att en betydligt större andel barn nu skyddas mot solen jämfört med 2003 (tabell 9:2). Även om det är möjligt att olikheter i svarsalternativen i enkäterna till viss del kan ha påverkat resultaten, så är skillnaderna så stora att de bedöms avspegla en utveckling mot ändrade vanor i befolkningen. Sammantaget skyddas 93 procent av 4-åringarna och 77 procent av 12-åringarna på något sätt (vistas skuggan, bär skyddande kläder, undviker solen mitt på dagen, använder solskyddskräm) flera gånger i veckan under sommaren när de vistas i svenskt klimat. Föräldrar som reser med sina barn till länder med starkare sol skyddar barnen mot solen på alla ovanstående sätt i högre grad jämfört med 2003.

I enkäten efterfrågades också om barnet bränt sig i solen så att huden blev röd och sved, åtminstone en gång under de senaste 12 månaderna. Bland 12-åringarna var det knappt hälften som gjort det, medan motsvarande andel bland 4-åringarna var 22 procent. Andelen barn som bränt sig fler än 2 gånger var 5,8 procent av 12-åringarna och 1,7 procent av 4-åringarna.

## Elektromagnetiska fält

Studier har med relativt stor samstämmighet funnit en ökad risk för leukemi bland barn som är bosatta i bostäder med förhöjda nivåer av kraft-

### Elektromagnetiska fält: viktiga aspekter

För att mäta det magnetiska fältets flödestäthet används enheten Tesla (T). Elektromagnetiska fält kan också beskrivas i termer av vågor, där frekvensen mäts i Hertz (Hz). 1 Hz = 1 svängning per sekund. Till exempel är frekvensen i det svenska elnätet 50 Hz.

### Kraftfrekventa elektromagnetiska fält (50 Hz)

Kraftfrekventa fält genereras när elektricitet produceras, distribueras och används.

Exponeringskällor Kraftledning, transformatorstationer, elektriska motorer etc.

Känsliga grupper Möjligen barn.

Hälsoeffekter Möjligen leukemi bland barn.

### Radiofrekventa elektromagnetiska fält (100 kHz–300 GHz)

Radiofrekventa fält används för överföring av information, till exempel i samband med radio, TV, mobiltelefoni och trådlösa nätverk.

Exponeringskällor Radio, TV, mobiltelefoni, trådlösa nätverk.

Hälsoeffekter Inga hälsoeffekter har bekräftats för exponering i den allmänna miljön eller i samband med användning av mobiltelefoner eller trådlösa telefoner.

frekventa magnetiska fält [53]. Barn hade en fördubblad risk för leukemi vid nivåer som överstiger 0,3-0,4  $\mu\text{T}$  [52, 53]. Andelen bostäder med nivåer som överstiger 0,4  $\mu\text{T}$  är mindre än 1 procent. Utifrån detta kan beräknas att under 0,5 procent av barnleukemifallen i Sverige skulle kunna förklaras av denna exponering, det vill säga knappt 1 fall av barnleukemi vartannat år.

Svenska myndigheter formulerade tidigt en så kallad försiktighetsprincip för kraftfrekventa magnetfält, som innebär att förhöjd exponering ska undvikas så länge det går att göra utan orimliga kostnader eller alltför omfattande praktiska

konsekvenser. Det påverkar i praktiken framför allt ny- och ombyggnad av kraftledningar eller byggnader som bostäder, skolor och daghem.

När det gäller radiofrekventa fält får befolkningen den huvudsakliga exponeringen vid samtal i den egna mobiltelefonen. Exponering för radiofrekventa fält leder till att en del av radiovågornas energi tas upp av kroppen och omvandlas till värme. Vid de frekvenser som används för mobiltelefoni absorberas dock den mesta energin av huden och andra ytliga vävnader, vilket kan ge en försumbar uppvärmning av hjärnan och andra delar av kroppen.

Under de senaste årtiondena har omfattande forskning om långtidseffekter, framför allt cancer, av radiofrekventa fält genomförts, men ännu finns endast ett fåtal studier som gäller barn. Sammantaget ger forskningen inte stöd för att låga nivåer radiofrekventa fält skulle öka risken för cancer. Förekomsten av hjärntumörer har inte ökat sedan mobiltelefoner introducerades i Sverige 1987, vilket även gäller bland barn och ungdomar. I den enda epidemiologiska studien som finns som gäller radiofrekventa fält och hjärntumörer bland barn, fann man inte någon ökad risk för hjärntumörer bland de som använde mobiltelefon [54]. Studien hade dock ett litet statistiskt underlag, och den skulle därför inte ha kunnat upptäcka eventuella små riskökningar. Inga samband mellan barncancer och exponering för radiofrekventa fält från radio- och TV-sändare och basstationer för mobiltelefoni har heller kunnat påvisas i nya epidemiologiska studier [55, 56].

För att skydda mot skadliga effekter av radiofrekventa fält följer Sverige rekommendationerna från International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection (ICNIRP). Även resten av EU följer med få undantag dessa rekommendationer, liksom stora delar av övriga världen. Refe-

rensvärdena för radiofrekventa fält syftar till att förhindra uppvärmning av vävnaderna. Mobiltelefonen reglerar automatiskt signalstyrkan efter vad som behövs för att kunna kommunicera med basstationen. När mobiltelefonen sänder på maximal styrka ligger exponeringsnivån ganska nära referensvärdena, medan fälten från basstationerna ligger minst 1 000 gånger lägre. Exponeringen vid örat minskar dessutom om handsfreeutrustning används.

Användningen av mobiltelefoner har ökat kraftigt i befolkningen under de senaste årtiondena och många hushåll väljer i dag att avstå från en fast telefon för att endast ha mobiltelefon. I BMHE 11 svarade 16 procent av föräldrarna till 4-åringarna och 93 procent av föräldrarna till 12-åringarna att deras barn pratar i mobiltelefon minst en gång per vecka. Knappt 4,5 procent av dagens 12-åringar började använda mobiltelefon före 7 års ålder medan ungefär hälften av 12-åringarna hade börjat använda mobiltelefon innan de fyllde 10 år. Bland de mobilanvändande 4-åringarna hade 70 procent kortare sammanlagd samtalstid än 5 minuter per vecka och 97 procent använde mobiltelefon mindre än 30 minuter per vecka. Bland 12-åriga mobilanvändare använde 75 procent telefonen mindre än 30 minuter per vecka, medan 11 procent pratade i mobil mer än en timme per vecka. Användningen av handsfreeutrustning är vanligare bland 4-åringarna än bland 12-åringarna. Tolv procent av 4-åringarna men endast 1,6 procent av 12-åringarna rapporterade att de alltid eller nästan alltid använder handsfreeutrustning, men i båda åldersgrupperna var det vanligaste att man aldrig eller nästan aldrig använder handsfree när man pratar i mobiltelefon.

## Referenser

1. Miljöhälsoenkät 2011 – åldrarna 6–10 mån, 4 och 12 år. Enkätundersökning 2011. Uppdragsgivare: Socialstyrelsen. Teknisk rapport. Statistiska centralbyrån, enkätenheten; 2011.
2. Luften i Sverige 2009. Naturvårdsverket; 2011.
3. Air pollution and children's respiratory health. Report No. 6353. Naturvårdsverket; 2010.
4. Miljöhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
5. Anderson HR, Favarato G, Atkinson RW. Long-term exposure to air pollution and the incidence of asthma: meta-analysis of cohort studies. *Air Quality, Atmosphere and Health*. 2011.
6. Health Effects Institute. Traffic-Related Air Pollution: A Critical Review of the Literature on Emissions, Exposure, and Health Effects The Health Effects Institute, 2010. HEI Panel on the Health Effects of Traffic-Related Air Pollution. Special report 17.
7. Searing DA, Rabinovitch N. Environmental pollution and lung effects in children. *Current Opinion in Pediatrics*. 2011;23(3):314–8.
8. Patel MM, Miller RL. Air pollution and childhood asthma: recent advances and future directions. *Current Opinion in Pediatrics*. 2009;21(2):235–42.
9. Gruziova O, Bellander T, Eneroth K, Kull I, Melen E, Nordling E, et al. Traffic-related air pollution and development of allergic sensitization in children during the first 8 years of life. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2012;129(1):240–6.
10. Gotschi T, Heinrich J, Sunyer J, Kunzli N. Long-term effects of ambient air pollution on lung function: a review. *Epidemiology*. 2008;19(5):690–701.
11. Gauderman WJ, Gilliland GF, Vora H, Avol E, Stram D, McConnell R, et al. Association between Air Pollution and Lung Function Growth in Southern California Children: Results from a Second Cohort. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002 July 1, 2002;166(1):76–84.
12. Gauderman WJ, McConnell R, Gilliland F, London S, Thomas D, Avol E, et al. Association between Air Pollution and Lung Function Growth in Southern California Children. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2000 October 1, 2000;162(4):1383–90.
13. Oftedal B, Brunekreef B, Nystad W, Madsen C, Walker SE, Nafstad P. Residential outdoor air pollution and lung function in schoolchildren. *Epidemiology*. 2008;19(1):129–37.
14. Rosenlund M, Forastiere F, Porta D, De Sario M, Badaloni C, Perucci CA. Traffic-related air pollution in relation to respiratory symptoms, allergic sensitisation and lung function in schoolchildren. *Thorax*. 2009 July 1, 2009;64(7):573–80.
15. Så mår våra hus. Redovisning av regeringsuppdrag beträffande byggnaders tekniska utformning m.m. Boverket; 2009.
16. Fisk WJ, Eliseeva EA, Mendell MJ. Association of residential dampness and mold with respiratory tract infections and bronchitis: a meta-analysis. *Environmental Health*. 2010;9:72.
17. Tischer CG, Hohmann C, Thiering E, Herbarth O, Muller A, Henderson J, et al. Meta-analysis of mould and dampness exposure on asthma and allergy in eight European birth cohorts: an ENRIECO initiative. *Allergy*. 2011 Dec;66(12):1570–9.
18. Emenius G, Svartengren M, Korsgaard J, Nordvall L, Pershagen G, Wickman M. Indoor

- exposures and recurrent wheezing in infants: a study in the BAMSE cohort. *Acta Paediatr.* 2004 Jul;93(7):899–905.
19. Quansah R, Jaakkola MS, Hugg TT, Heikkinen SAM, Jaakkola JJK. Residential Dampness and Molds and the Risk of Developing Asthma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2012. 7(11):e47526 Publicerat 2012 Nov 7. Tillgänglig från: <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0047526>.
  20. Energianvändning & inomhusmiljö i skolor och förskolor – förbättrad statistik i lokaler, STIL2. Ett samarbete mellan Boverket och Energimyndigheten. ER 2007:11. Statens energimyndighet; 2007.
  21. Gravesen S, Larsen L, Gyntelberg F, Skov P. Demonstration of Microorganisms and Dust in Schools and Offices. *Allergy.* 1986;41(7):520–5.
  22. Almqvist C, Wickman M, Perfetti L, Berglind N, Renstrom A, Hedren M, et al. Worsening of asthma in children allergic to cats, after indirect exposure to cat at school. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 2001 Mar;163(3 Pt 1):694–8.
  23. Jaakkola JJK, Parise H, Kislitsin V, Lebedeva NI, Spengler JD. Asthma, wheezing and allergies in Russian schoolchildren in relation to new surface materials in the home. *American Journal of Public Health.* 2004;94:560–2.
  24. Smedje G, Norbäck D. Incidence of asthma diagnosis and self-reported allergy in relation to the school environment – a four-year follow-up study in schoolchildren. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases.* 2011;11:1059–66.
  25. Shendell DG, Prill R, Fisk WJ, Apte MG, Blake D, Faulkner D. Associations between classroom CO<sub>2</sub> concentrations and student attendance in Washington and Idaho. *Indoor Air.* 2004 Oct;14(5):333–41.
  26. Shaughnessy RJ, Haverinen-Shaughnessy U, Nevalainen A, Moschandreas D. A preliminary study on the association between ventilation rates in classrooms and student performance. *Indoor Air.* 2006 Dec;16(6):465–8.
  27. Elevers skolmiljö – en undersökning hösten 2005 av barn födda 1994. Arbetsmiljöstatistik. Rapport 2006:3. Arbetsmiljöverket; 2006.
  28. Sandstedt E, Hallberg M. Sjuka-hus-problem i svenska grundskolor: En kommunstudie. Uppsala: Uppsala Universitet, Institutet för urbanforskning, 2003. Forskningsrapport 2003:2.
  29. Karlsson AS, Andersson B, Renstrom A, Svedmyr J, Larsson K, Borres MP. Airborne cat allergen reduction in classrooms that use special school clothing or ban pet ownership. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2004 Jun;113(6):1172–7.
  30. Bröms K, Svärdsudd K, Sundelin C, Norbäck D. A nationwide study of indoor and outdoor environments in allergen avoidance and conventional daycare centers in Sweden. *Indoor Air.* 2006 Jun;16(3):227–35.
  31. Boverkets föreskrifter om ändring i verkets byggregler (1993:57) – föreskrifter och allmänna råd. Boverkets författningssamling BFS 2006:12, BBR12. Boverket; 2002.
  32. Ändring i allmänna råden (SOSFS 1999:22) om tillsyn enligt miljöbalken – radon i inomhusluft. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2004:6 (M). Allmänna råd. Socialstyrelsen; 2004.
  33. Dahlström A, Ebersjö C, Lundell B. Nicotine exposure in breastfed infants. *Acta Paediatrica.* 2004;93(6):810–6.
  34. Öberg M, Jaakkola MS, Prüss-Üstün A, Schweizer C, Woodward A. Second hand

- smoke: Assessing the burden of disease at national and local levels. Geneva: WHO; World Health Organization, 2010. WHO Environmental Burden of Disease Series, No. 18.
35. DiFranza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *Journal of Family Practice*. 1995 Apr;40(4):385–94.
  36. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*. 1997;52(11):1003–9.
  37. Ljung Björklund K, Vahter M, Palm B, Grandér M, Lignell S, Berglund M. Metals and trace element concentrations in breast milk of first time healthy mothers: a biological monitoring study. *Environmental Health*. 2012;11(1):92.
  38. Ljung K, Palm B, Grandér M, Vahter M. High concentrations of essential and toxic elements in infant formula and infant foods – A matter of concern. *Food chemistry*. 2011;127(3):943–51.
  39. Bistrup ML, Babisch W, Stansfeld S, Sulkowski W. PINCHE's policy recommendations on noise: How to prevent noise from adversely affecting children. *Acta Paediatr*. 2006 Oct;95:31–5.
  40. Buller i planeringen – Planera för bostäder i områden utsatta för buller från väg- och spårtrafik. *Allmänna råd 2008:1*. Boverket; 2008.
  41. Persson Wayne K, Agge A, Lindström F, Hult M. God ljudmiljö – samband mellan ljudmiljö, hälsa och välbefinnande före och efter åtgärdsprogram. Göteborg: Enheten för arbets- och miljömedicin, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, 2001. Rapport nr 3:2011.
  42. Buller i skolmatsalar. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Arbets- och miljömedicin; 2007.
  43. Wålinder R, Gunnarsson K, Runeson R, Smedje G. Physiological and psychological stress reactions in relation to classroom noise. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2007;33(4):260–6.
  44. Statistiska centralbyrån. Barns levnadsförhållanden. Stockholm; 2012 [2012-10-06]; Hitta statistik>Statistik efter ämne>Levnadsförhållanden: (Tillgänglig från: [http://www.scb.se/Pages/Product\\_\\_\\_261119.aspx](http://www.scb.se/Pages/Product___261119.aspx))
  45. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Solar and ultraviolet radiation. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Solar and ultraviolet radiation. 1992;55:1–316.
  46. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Radiation. Lyon: IARC, 2012. A review of human carcinogens. Volume 100 D.
  47. Green AC, Wallingford SC, McBride P. Childhood exposure to ultraviolet radiation and harmful skin effects: epidemiological evidence. *Progress in Biophysics and Molecular Biology*. 2011 Dec;107(3):349–55.
  48. Balk SJ. Ultraviolet radiation: a hazard to children and adolescents. *Pediatrics*. 2011 Mar;127(3):e791–817.
  49. Claesson M, Andersson E, Wallin M, Wastesson G, Wennberg A, Paoli J, et al. Incidence of cutaneous melanoma in Western Sweden, 1970–2007. *Melanoma Reserach*. 2012;22(5):392–8.
  50. Pfahlberg A, Kolmel KF, Gefeller O. Timing of excessive ultraviolet radiation and melanoma: epidemiology does not support the exist-

- tence of a critical period of high susceptibility to solar ultraviolet radiation- induced melanoma. *British Journal of Dermatology*. 2001 Mar;144(3):471–5.
51. World Health Organization. Extremely Low Frequency Fields. Geneva: 2007. Environmental Health Criteria Document No. 238.
  52. Ahlbom A, Day N, Feychting M, Roman E, Skinner J, Dockerty J. A pooled analysis of magnetic fields and childhood leukaemia. *British Journal of Cancer*. 2000;83(5):692–8.
  53. Greenland S, Sheppard AR, Kaune WT, Poole C, Kelsh MA. A pooled analysis of magnetic fields, wire codes, and childhood leukemia. Childhood Leukemia-EMF Study Group. *Epidemiology*. 2000;11(6):624–34.
  54. Aydin D, Feychting M, Schüz J, Tynes T, Andersen TV, Schmidt LS, et al. Mobile phone use and brain tumors in children and adolescents: a multicenter case-control study. *Journal of the National Cancer Institute*. 2011;103(16):1264–76.
  55. Elliott P, Toledano M, Bennett J, Beale L, de Hoogh K, Best N. Mobile phone base stations and early childhood cancers: case-control study. *British Medical Journal*. 2010;340:c3077.
  56. Schuz J, Ahlbom A. Exposure to electromagnetic fields and the risk of childhood leukaemia: a review. *Radiation Protection Dosimetry*. 2008;132(2):202–11.

# Slutsatser och bedömningar 10.

# Slutsatser och bedömningar

Barns och ungas hälsa och sociala förhållanden i Sverige är goda, även jämfört med andra välfärdsländer. Detta gäller i synnerhet spädbarn och skolbarn. Även barns och ungas fysiska miljö är god ur ett internationellt perspektiv, med låg förekomst av miljörelaterad sjuklighet, till exempel orsakad av luftföroreningar. Sverige tycks dock inte ligga lika mycket i framkant när det gäller lite äldre barn. Olika symtom på ett nedsatt psykiskt välbefinnande (ledsenhet, sömnsvårigheter, huvudvärk med mera) är vanligare bland svenska 15-åringar, än bland 15-åringar i andra länder. I vårt land har hälsoutvecklingen bland unga emellertid inte varit lika bra som för andra åldersgrupper. Exempelvis har risken att avlida i åldersspannet 15–29 varit oförändrad de sista 15 åren, samtidigt som dödligheten har minskat i alla andra åldrar. Självorden minskar inte bland ungdomar, vilket de gör för andra åldersgrupper. Olycksfallsdödligheten har också varit oförändrad, men minskat de allra senaste åren. Trots det är dödligheten bland unga bland de lägsta i Europa, men för ungdomsgruppen ligger flera länder ändå bättre till.

Sverige tillhör de länder där den ekonomiska utsattheten bland barnfamiljer är minst omfattande. Det är också mycket ovanligt att barn i Sverige saknar grundläggande nödvändigheter som nya kläder, passande skor, tre mål mat om dagen, böcker eller leksaker med mera. Några förklaringar är att svenska barnfamiljer ofta har

två familjeförsörjare, att ensamstående föräldrar arbetar i högre grad och på transfereringar till stöd för barnfamiljer. Av betydelse är också att många välfärdstjänster är avgiftsfria för barn, som exempelvis sjukvård, tandvård, skola och skollunch.

Det finns emellertid vissa skillnader i hälsa och sociala förhållanden mellan olika grupper. Barn till mödrar med kort utbildning uppvisar många gånger en sämre hälsa än andra barn. Det är också vanligt att barn till ensamstående mödrar har sämre sociala förhållanden.

Socialstyrelsen bedömer att första linjens hälso- och sjukvård och psykosocialt stöd når de flesta barn och unga, och att verksamheternas förebyggande arbete till viss del utjämnar ojämlikheter i hälsa. Det finns dock förbättringspotential, bland annat när det gäller vård och stöd vid psykisk ohälsa. Barnperspektivet får ett allt tydligare genomslag, både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vidare bedömer myndigheten att den specialiserade barnsjukvården håller hög kvalitet, men att det finns vissa brister som är angelägna att åtgärda. Den sociala barn- och ungdomsvården har fortfarande brister och det pågår ett förbättringsarbete. Det har emellertid ännu inte gjorts någon samlad utvärdering av vilka effekter detta förbättringsarbete har haft.

Socialstyrelsen vill särskilt belysa vissa relevanta förbättringsområden:



- Ansvarsfördelningen mellan olika aktörer för första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga vid psykisk ohälsa behöver bli tydligare. Det gäller framför allt gränsdragningar mellan primärvård, elevhälsa och ungdomsmottagningar.
- Förbättringsarbetet kring stödet till placerade barn och unga måste fortsätta.
- Informationen till föräldrar och barn behöver bli bättre. Det saknas många gånger information om bland annat vårdens innehåll. Exempelvis är informationen om vart barn och unga kan vända sig vid psykisk ohälsa ofta bristfällig.
- De sociala skillnaderna i hälsa och vårdkonsumtion är omfattande. Det är därför angeläget att verksamheter satsar ännu mer på tidiga och förebyggande åtgärder för att åtgärda dessa skillnader. Det gäller till exempel barnhälsovården.
- För att kunna följa upp utvecklingen behöver statistiken utvidgas bland annat med uppgifter om vårdtillfällen i primärvård samt biståndsbeslutade öppenvårdsinsatser inom socialtjänsten,
- Behovet av att förstärka samverkan mellan olika aktörer är fortsatt högt. Det gäller i synnerhet hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men även andra aktörer som exempelvis skolan och polisen.
- Det finns flera utmaningar vad gäller kompetens. Personalomsättningen bland socialsekreterare som arbetar med barn och unga är hög och det finns svårigheter att rekrytera barnpsykiatriker, psykologer och specialistsjuksköterskor till barn- och ungdomspsykiatri. Även kompetensen inom elevhälsan behöver förstärkas.

### Psykisk ohälsa

Det är oklart vad som står bakom den ökade psykiska ohälsan bland unga. Eftersom hela ungdomsgruppen verkar drabbas måste det rimligen ha skett olika förändringar i miljöer där de flesta inom gruppen vistas. Några förklaringar som lyfts är ökade utbildningskrav och en ökad individualisering av samhället. Det är dock oklart om sådana samhällsförändringar ensamma kan förklara en ökad psykisk ohälsa bland unga. En bidragande faktor är sannolikt att fler ungdomar än i början på 1990-talet varken arbetar eller studerar. Det verkar finnas ett samband mellan att ha ett arbete eller utbildning och god psykisk hälsa. Följden av ökad psykisk ohälsa inom gruppen kan vara att dagens höga arbetslöshet bland ungdomar förmodligen blir till och med högre i framtiden, eftersom psykisk sjukdom gör det än svårare att ta sig in på arbetsmarknaden.

Samtidigt kan det finnas andra förklaringar till en ökad psykisk ohälsa bland ungdomar. Det kan röra sig om individuella faktorer som är relaterade till uppväxtåren och den psykiska utvecklingen. De kan ligga till grund för vilken motståndskraft individen får mot att drabbas av psykisk ohälsa vid olika påfrestningar, som till exempel arbetslöshet. Det är ännu oklart vilka dessa individuella faktorer kan vara.

Det finns emellertid flera undersökningar som visar att självrapporterade psykiska besvär inte längre ökar bland unga. Andelen som uppger psykiska besvär är dock fortfarande betydligt högre idag, än vad den var för tjugo år sedan. Självskadebeteende/självordsförsök visar samma mönster det vill säga andelen som skadar sig har minskat under de allra senaste åren, men nivån är fortfarande högre än i början av 1990-talet. Ungdomars försämrade psykiska hälsa har uppmärksamats i förhållandevis hög grad det senaste de-

cenniet och satsningar på att förbättra hälsan för ungdomar pågår. Vilka förändringar som kan ha lett till att trenden brutits beträffande själupplevd psykisk ohälsa och självskadebeteende är ännu oklart. Det återstår att se om även självmorden kommer att minska bland framtidens unga, liksom andelen som vårdas för psykiatriska diagnoser.

### **Första linjens vård vid psykisk ohälsa måste bli bättre**

Ökningen av psykisk ohälsa bland unga visar förvisso tecken på avmattning men andelen som mår dåligt är fortfarande väsentlig. Samtidigt vårdas alltför många unga för ångest, depressioner, bipolär sjukdom, autism och adhd. Ökningen kan bland annat förklaras av förbättrad tillgänglighet, att fler unga med psykisk ohälsa identifieras och får hjälp, och behöver alltså inte stå i motsatsförhållande till att ökningen av psykisk ohälsa har mattats av.

Det finns all anledning att ta känslor av oro, ångslan och ångest bland ungdomar på största allvar. Det är en angelägenhet för såväl föräldrar och anhöriga som skolpersonal, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessa symtom kan också vara tidiga varningstecken på svårare psykisk sjukdom med allvarliga konsekvenser för hälsan och för förmågan att etablera sig i vuxen världen.

Samtidigt kan Socialstyrelsen konstatera att tillgången till första linjens vård vid psykisk ohälsa har brister. Det är förvisso positivt att flera landsting rapporterar att pågående insatser inom detta område, men Socialstyrelsen bedömer att arbetet måste intensifieras ytterligare. Primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, elevhälsa, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna utgör samtliga en ingång för barn och unga som upplever psykisk ohälsa. Oavsett organisatorisk tillhörighet behöver de berörda verksamheterna

tydliga uppdrag i sitt arbete med barns och ungas psykiska hälsa. För rätt stöd behövs också ett systematiskt arbete, som bygger på bästa tillgängliga kunskap om metoder och arbetssätt, barns och ungas egna beskrivningar av behov och erfarenheter samt på uppföljning av vad arbetet får för effekter på barnens och de ungas psykiska hälsa. Inte heller samverkan mellan de olika aktörerna fungerar optimalt, vilket ytterligare försvårar att rätt insats ges i tid. Det finns även brister i informationen om vart de unga ska vända sig, vilket innebär ytterligare en svårighet. Socialstyrelsen bedömer att dessa brister måste åtgärdas, för att minimera risken att tidiga tecken på psykisk ohälsa hos unga utvecklas till psykisk sjukdom.

### **Förbättringsarbetet kring placerade barn måste fortsätta**

Socialstyrelsen bedömer att samhällsvården i allt större utsträckning utgår från ett barnperspektiv, och att de placerade barnens rättigheter har stärkts sett över en längre tid. Brister kvarstår, bland annat används fortfarande begränsningsåtgärder av ett mindre antal verksamheter.

Placeringstiderna inom såväl hem för vård eller boende (HVB) som familjehem minskar. I nuläget kan Socialstyrelsen inte bedöma i vilken utsträckning placeringstiderna påverkas av generellt ökande kostnader för socialtjänsten eller om kortare placeringsstider medför att återinskrivningarna ökar.

Kunskapen ökar även om gruppens livsvillkor samt tillgång till annat stöd. Inom område för område uppvisar denna grupp sämre förutsättningar än andra barn och unga. Det finns till exempel stora brister i de placerade barnens och ungas tillgång till hälso- och sjukvård. Även skillnader i

förskrivning av psykofarmaka utan psykiatrisk diagnos är påtaglig när det gäller barn och unga i HVB. Utbildningsnivån är lägre för placerade barn och unga än för andra, men samtidigt pekar den nationella tillsynen på att många i gruppen får stöd i skolarbetet från personal på HVB. Detta indikerar att det många gånger snarare handlar om brister i samverkan mellan aktörer. Alla placerade barn och unga går dessvärre inte i skolan, något som är särskilt vanligt för ensamkommande barn och unga. Detta kan till viss del förklaras av att placeringar sker under så pass kort tid att skolgången inte hinner ordnas. Socialstyrelsen bedömer likväl att den bristande skolgången är bekymmersam.

Socialstyrelsens satsning på trygg och säker vård är en strategi för att komma till rätta med problemen. Men det är samtidigt viktigt att forskare och berörda aktörer fortsätter att analysera stödet och levnadsvillkoren för denna grupp, för att på så sätt följa utvecklingen, analysera effekterna av pågående utvecklingsarbete och för att upptäcka eventuella andra brister i tillgången till vård och stöd. Det är också angeläget att verksamheter som riktar sig till samtliga barn och unga även uppmärksammar denna grupp.

### Tydlighet, öppenhet och fakta om vaccination

Anslutningen till barnvaccinationsprogrammet är i nuläget fortsatt hög, trots ökad oro för biverkningar och att osakliga budskap idag sprids snabbt över internet. Det är dock ingen självklarhet att anslutningen till barnvaccinationsprogrammet kommer att förbli fortsatt hög. När ett förebyggande arbete mot en sjukdom är framgångsrikt kan upplevelsen av risken med sjukdomen blekna.

Den senaste tidens utveckling med bland annat de biverkningar som uppstod efter vaccinationerna under pandemin 2009 bygger dessutom ytterligare på bilden av vaccination som mer riskfyllt än själva sjukdomen. Detta är naturligtvis inte fallet för de vaccin som ingår i de nationella vaccinationsprogrammen, men eftersom varje persons värdering av risk är en komplex process, är förtroendet för vaccinationer en skör fråga. För närvarande pågår ett stort arbete inom ramen för den nya ordning för nationella vaccinationsprogram som gäller från och med den 1 januari 2013, som syftar till en större öppenhet och tydlighet i alla delar av arbetet med vaccinationer. Alla berörda målgrupper, såväl vårdpersonal som småbarnsföräldrar och andra, ska kunna agera och fatta egna beslut om vaccinationer utifrån kunskap och fakta om fördelar och nackdelar, snarare än utifrån oro och osäkerhet. Arbetet bygger bland annat på en stärkt samverkan mellan de aktörer som ansvarar för vaccinsäkerhet, behovsanalys, genomförande och kommunikation runt vaccinationer och har som yttersta mål att förtroendet för de nationella vaccinationsprogrammen ska förbli högt.

### Patientfokuserad vård och självbestämmande i socialtjänsten

Patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och att dessa vägs in i de kliniska besluten. Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande. Det förutsätter att den enskilde är delaktig i planeringen av stödet och har ett reellt inflytande.

Barnets bästa är också viktigt i detta sammanhang, liksom barnets rätt att komma till tals. Sam-

tidigt behöver familjesituationen beaktas vid stöd och vård för barnets bästa.

### **Förutsättningar för barn och unga att uttrycka egna åsikter blir allt bättre**

Barns och ungas förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem har stärkts. Den 1 januari 2013 infördes en ny formulering i socialtjänstlagen ”När en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information. Ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Om barnet inte framför sina åsikter, ska hans eller hennes inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad”.

I början av 2013 presenterade patientmaksutredningen ett förslag om en ny patientlag (SOU 2013:2). Utredningen föreslår att principen om barnets bästa förs in i patientlagen, liksom att barnets inställning till den aktuella åtgärden så långt som möjligt ska kartläggas och att barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

### **Vården får bra betyg men informationen kan bli bättre**

Det finns få nationella studier som undersökt föräldrars och barns uppfattning om sjukvården, och de som görs har tyvärr ett stort bortfall. Det är därför angeläget att utveckla detta område. De studier som gjorts pekar på att en stor del av föräldrarna tycker att barnen blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt i vården [1]. Detta gäller framför allt för öppenvården. Några brister som lyfts fram är emellertid att föräldrar upplever att de har små möjligheter att påverka tidpunkten för besök och att informa-

tionen kan vara bristfällig. Exempel på det senare är information om eventuella biverkningar av läkemedel till barn, i vilken ordning patienter prioriteras (inom akutsjukvården) samt information om när barn kan återgå till skolan och fritidsaktiviteter.

Samma mönster återfinns inom barn- och ungdomspsykiatri, där många föräldrar och barn menar att de blir bemötta med hänsyn och respekt. De upplever också att de har möjlighet att tala med behandlaren om oro eller ängslan inför problem eller behandling. Majoriteten av både barn och föräldrar anser också att de fått information om varför de föreskrivna läkemedlen ska tas.

Förbättringsområden lyftes dock fram, bland annat när det gäller samarbetet mellan mottagningen och kommunala verksamheter som skola, barnomsorg och socialtjänst.

### **Delaktigheten vid uppföljningar är otillräcklig**

Barn och unga är för det mesta delaktiga vid socialtjänstens planering av insatser, och när genomförandeplaner upprättas. Delaktigheten är emellertid sämre när erfarenheter från genomförandet följs upp. Det gäller särskilt barn och unga med funktionsnedsättning.

Barns och ungas åsikter kommer emellertid fram på andra sätt. Socialstyrelsen har till exempel infört en rutin om att alltid prata med barn vid tillsynsinspektioner, vilket innebär ett systematiskt inhämtande av barns och ungas åsikter.

Socialstyrelsen har även förbättrat informationen till barn och unga, dels genom informationsmaterial till placerade barn, dels genom en telefonlinje dit placerade barn kan ringa. Åtgärderna syftar till öka barnens och de ungas kunskap om sina rättigheter.

Kunskapen är dock begränsad när det gäller barns och ungas inflytande och självbestämmande inom hälso- och sjukvården. I arbetet för att göra sjukvården mer patientfokuserad har myndigheten inkluderat barnperspektivet. Perspektivet finns med i handboken ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal”. Där ingår frågor som rör barns och ungas självbestämmande.

### Tillgänglig vård

Vården ska vara tillgänglig och ges efter behov. Den ska också ges i rimlig tid. Socialstyrelsen anser att det är svårt att fullt ut bedöma barns och ungas tillgänglighet till sjukvården. Den främsta anledningen är att få mätningar av väntetider i vården specifikt rör barn. Väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri följs emellertid upp regelbundet, och mätningar pekar på att tillgängligheten till denna verksamhet varierar i landet. År 2011 skedde över 90 procent av första besöken inom 30 dagar, i samtliga landsting. Andelen barn och unga som erbjöds utredning eller behandling inom ytterligare 30 dagar var lägre, och variationerna mellan landstingen var stora.

Ytterligare uppgifter om tillgänglighet för barn och unga redovisas i Sveriges Kommuner och Landstings patientundersökning från 2011 [2]. I undersökningen uppgav 90 procent av föräldrarna att deras barn fick komma till barnsjukvården inom tre månader efter beslut om undersökning eller behandling. De flesta barn som kommer till akutsjukvården blir undersökta av en läkare inom en timme. Ungefär 45 procent fick vänta två timmar eller mer på en läkarundersökning.

### Säker vård, trygg och säker socialtjänst

Säker vård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Ett av målen för svensk barnpolitik är att barnets fysiska och psykiska integritet ska respekteras i alla sammanhang. Det är därför angeläget att kommunernas myndighetsutövning är sådan att missförhållanden undviks, upptäcks och åtgärdas så fort som möjligt. Vården i familjehem eller HVB ska vara trygg och säker och tillgodose barnets eller den unges specifika behov av stöd och hjälp. I detta sammanhang är det särskilt viktigt att beakta den beroendeställning som många av barnen och de unga befinner sig i.

### Satsningar på att göra vården i HVB och familjehem säkrare

Vården och omsorgen för barn och unga som placeras i HVB eller familjehem blir säkrare och tryggare, det visar uppgifter från såväl den nationella tillsynen, som uppgifter från Socialstyrelsens öppna jämförelser. Det handlar framför allt om att otillåtna begränsningsåtgärder används i allt mindre utsträckning. Under 2012 har Socialstyrelsen även publicerat kunskapsstöd för att ytterligare förbättra vården och omsorgen för dessa barn och unga. Utöver det sociala stödet täcker kunskapsstödet in fler områden [3]:

- **Vägledning för socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård.** Vägledningen riktar sig till socialtjänsten, skolan och hälso- och sjukvården. Målet är att förbättra situationen för de placerade barnen. Tanken är att vägledningen ska vara en praktisk hjälp i arbetet med placerade barn. Den tar upp vad som är särskilt viktigt

för att stötta de placerade barnen, och för att ge dem en god hälso-, sjuk- och tandvård.

- **En handbok för socialsekreterare.** Handboken riktar sig framför allt till socialsekreterare som arbetar med placeringar av barn och unga i familjehem och HVB. Den beskriver också socialnämndens övergripande ansvar och ledningens uppgifter. Handboken ska underlätta tillämpningen av det regelverk som gäller på området.
- Under våren 2013 publicerar myndigheten ett **utbildningsmaterial för jourhem och familjehem.**

### Arbetet för säkrare läkemedelshantering pågår

Hanteringen av läkemedelsförskrivning till barn och unga är ett annat exempel på satsningar för en säkrare vård. Identifierade brister handlar bland annat om ofullständig kunskap om läkemedel till barn. Det pågår ett kontinuerligt arbete för att komma till rätta med dessa brister och målet med arbetet är:

- säkrare ordinationer av läkemedel till barn
- säkrare iordningsställande
- bättre dokumentation och uppföljning.

### Vårdrelaterade infektioner är ett problem inom neonatalvården

De vårdrelaterade infektionerna drabbar vanligen neonatalavdelningarna och skillnaderna är dessutom stora mellan landstingen, från 2 till nästan 12 procent. De stora skillnaderna indikerar att det finns förbättringspotential. Skillnaderna kan bero på flera olika faktorer, till exempel hygienrutiner. Hög beläggningsgrad och trånga lokaler ökar infektionsrisken, och enheter som tar emot

patienter med särskilt komplicerade tillstånd har en högre infektionsfrekvens.

### Kunskapsbaserad vård och socialtjänst

Vården och det sociala stödet ska så långt som möjligt utformas för att möta den enskildes behov. Kunskapsbaserad vård och omsorg förutsätter kompetent personal med relevant utbildning. Till detta område räknas bland annat evidensbaserad praktik.

### Nationell styrning påskyndar den evidensbaserade praktiken

Intresset för en evidensbaserad praktik har ökat betydligt under senare år, inte minst inom socialtjänsten och i verksamheter som möter barn och unga som har eller riskerar psykisk ohälsa.

Sedan 2010 har området barn och unga ingått i den statliga satsningen på evidensbaserad praktik för en god kvalitet inom socialtjänstens område, där regeringen årligen ingår en överenskommelse med SKL. Satsningen utvärderas årligen av Statskontoret, men än så länge har dessa utvärderingar endast handlat om själva genomförandet. Socialstyrelsens bedömning är emellertid att satsningen har påskyndat utvecklingen mot en mer evidensbaserad praktik.

Ett annat område som driver på utvecklingen mot en mer evidensbaserad socialtjänst är Socialstyrelsens årliga publiceringar av öppna jämförelser för den sociala barnvården. De öppna jämförelserna visar också på behov av förbättringar. Relativt få kommuner använder evidensbaserade öppenvårdsprogram, exempelvis använder 42 procent av kommunerna

manualbaserad stödgruppsverksamhet för barn och unga i familjer med psykosocial problematik. Kommunernas egna uppföljningar av insatsernas resultat kan också bli bättre. År 2012 uppgav 39 procent av kommunerna att de hade följt upp resultaten av öppenvårdens insatser på gruppnivå. Motsvarande andel för dygnsvården var 23 procent.

### **Större genomslag för mål inom hälso- och sjukvården**

Inom hälso- och sjukvården finns flera tecken på att behandlingsmål uppnås i allt större utsträckning. Ett exempel är att medelblodsockervärdet för barn och unga med diabetes minskar, vilket är positivt eftersom ett lågt värde minskar risken för komplikationer. Det genomsnittliga blodsockervärdet är lägst i den yngsta åldersgruppen, 0–6 år.

Ett annat exempel är att förskrivningen av antibiotika till barn och unga minskar, vilket kan vara en följd av nya behandlingsrekommendationer. Dessutom ökar användningen av penicillin V bland de barn som behöver behandlas med antibiotika för luftvägsinfektion. Penicillin V är ett så kallat smalspektrumantibiotika, som är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektioner hos barn är målsättningen att 80 procent av behandlingarna bör utgöras av så kallat smalspektrumpenicillin. År 2011 utgjorde penicillin V 70 procent av antibiotikabehandlingarna av luftvägsinfektioner hos barn. Samtidigt saknas nationella riktlinjer med mera inom de flesta områden och många verksamheter har inte några, exempel BVC och ungdomsmottagningarna. Mål och riktlinjer för verksamheter kan minska regionala skillnader i praxis.

### **Barn som överlever svåra sjukdomar behöver ett långsiktigt stöd**

Sjukvårdens behandlingsresultat blir bättre och som konsekvens överlever allt fler barn och unga med svåra sjukdomar. Ett exempel är att många barn med medfödda hjärtfel numera uppnår vuxen ålder. Ett annat är att fler för tidigt födda barn överlever. Socialstyrelsen bedömer att kunskapen om sena effekter bör öka.

Det faktum att barn med komplicerade hjärtfel numera når vuxen ålder har emellertid inneburit nya utmaningar för vuxenkardiologin, eftersom erfarenheterna av hur många av de medfödda hjärtfelen ter sig i vuxen ålder är begränsade.

Att antalet barn som överlever sin cancersjukdom ökar innebär ökade krav på vuxenvården. Barn och unga som behandlats för cancer kan senare i livet drabbas av sena effekter. Det kan till exempel handla om tillväxtproblem, hjärtpåverkan eller infertilitet. I takt med att allt fler barn med cancer uppnår vuxen ålder, så ökar antalet patienter som i vuxen ålder behöver behandling för sena komplikationer som har uppkommit till följd av cancer eller av den behandling barnen har gått igenom.

### **Bättre statistik ger bättre kunskap om levnadsvillkor**

Ett sätt att öka kunskapen om barns och ungas levnadsvillkor är att studera deras tillgång till stöd, och i vilken utsträckning ett stöd ersätts av ett annat. Inom hälso- och sjukvården ökar förutsättningarna för sådana analyser, i och med att den specialiserade öppenvårdens inrapportering till patientregistret blir allt bättre. Socialstyrelsen har tidigare lämnat förslag om hur patientregistret kan utvecklas så att även uppföljningar av primärvården blir möjliga, både vad gäller vårdtillfällen och orsaker till besök.

Socialtjänstens stöd till barn och unga genomgår en förändring. Det handlar framför allt om att kommunerna prioriterar öppenvårdsinsatser i allt större utsträckning, men det handlar också om att placeringstiderna inom HVB och familjehem blir kortare. Uppgifter på individnivå finns i dag endast för heldygnsvården. För socialtjänstens öppenvård finns endast aggregerade uppgifter. Möjligheterna att analysera eventuella samband mellan utvecklingen inom heldygnsvården respektive öppenvården är därför begränsade. Socialstyrelsen har tidigare föreslagit att statistiken för barn och unga bör utvidgas med personnummerbaserade uppgifter beträffande en ny variabel benämnd skäl till insats samt för insatser inom öppenvården [4, 5]. Myndigheten bedömer att behovet av denna utvidgning av statistiken kvarstår.

### Jämlik vård

En jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. För barn kan jämlik vård även påverkas av föräldrarnas socioekonomiska ställning. Även andra faktorer hos föräldrarna kan påverka, till exempel deras kognitiva förmåga.

### Tidiga och samordnade insatser kan utjämna skillnader i hälsa och sociala förhållanden

Redan under barndomen finns betydande sociala skillnader beträffande risken att drabbas av sjukdomar och död. Resultaten i denna rapport visar att barn till mödrar som endast uppnått grundskoleutbildning löper exempelvis högre risk, än barn till mer välutbildade mödrar, att

avlida redan vid förlossningen, drabbas av luftvägsbesvär och astma, råka ut för dödsolyckor i ungdomen, vårdas i psykiatrisk slutenvård för missbruk, depressioner, ångest, adhd och psykos. Sociala skillnader i psykiatrisk vård bland ungdomar har dessutom ökat de senaste tjugo åren.

Den första linjens hälso- och sjukvård och psykosociala stöd vänder sig till alla barn och unga och har på så sätt en utjämnande effekt för eventuella ojämlikheter. Det gäller i synnerhet för barnhälsovården och elevhälsan som når i stort sett alla barn och unga. Verksamheterna arbetar dessutom både förebyggande och med tidiga insatser. Tandvården är kostnadsfri för barn och unga upp till 19 år, övrig hälso- och sjukvård är kostnadsfri upp till 18 år. Detta bidrar ytterligare till att utjämna eventuella ojämlikheter.

Samtidigt tar inte alla grupper del av hälso- och sjukvård och psykosocialt stöd i lika hög utsträckning. Det kan därför behövas särskilda satsningar i form av uppsökande verksamhet. Ett sådant exempel är tandvården som satsar på uppsökande verksamhet i områden där tandhälsan är sämre än genomsnittet. Ungdomsmottagningarna utgör ett annat exempel på verksamheter som arbetar aktivt för att öka besöksfrekvensen för vissa grupper, till exempel unga män. Många ungdomsmottagningar har gjort särskilda anpassningar för unga med funktionsnedsättning, utlandsfödda unga, nationella minoriteter med flera. Parallellt med besök i skolor besöker många mottagningar även HVB liksom institutioner som drivs av Statens Institutionsstyrelse.



### Helhetssyn, samordning och kontinuitet

Stöd som präglas av en helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. När den enskilde behöver insatser som genomförs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner ska tjänsterna samordnas med utgångspunkt i den enskildes livssituation.

Under de senaste åren har flera satsningar på förbättrad samverkan gjorts. Kunskapen är emellertid begränsad om vilken effekt dessa satsningar har haft och om samverkan kring barn och unga verkligen har blivit bättre. Det som däremot går att säga är att samverkan inom många områden fortfarande är otillräcklig men att förutsättningarna har blivit bättre. Allt fler kommuner använder till exempel handläggnings- och dokumentationsverktyget BBIC (Barns Behov i Centrum), som underlättar helhetssyn och bedömning av barnets sammansatta behov. Numera är socialtjänsten skyldig att erbjuda den enskilde en individuell plan enligt lagen (1993:387) om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade. En sådan plan identifierar de inblandade aktörerna och definierar deras roller. Tidigare har enskilda varit tvungna att själva be om att en sådan plan ska upprättas och andelen upprättade planer har varit relativt låg.

Ett annat exempel på förbättrade förutsättningar är att avtalen som rör samverkan mellan olika verksamheter kring barn och unga med psykisk ohälsa, har blivit fler, både på regional och på lokal nivå. Även samverkansavtalen mellan socialtjänsten och barnhälsovården har ökat sedan 2011.

### Referenser

1. Lägesrapport 2011 – tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2011.
2. Sveriges kommuner och landsting. <http://npe.skl.se/> Hämtad 2013-03-01
3. Program för trygg och säker vård i familjehem och hemför vård eller boende. Socialstyrelsen; 2012.
4. Utveckling av statistik för barn och unga inom socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2009.
5. Promemoria om utvidgad statistik för barn och unga inom socialtjänsten, uppdrag och motiv, Dnr 71-345-2008.





## Bilaga 1. Författare

### Kapitel

### Författare

#### **Kapitel 1. Inledning**

Författare

Karin Flyckt

#### **Kapitel 2. Barn och ungas folkhälsa**

Författare

Maria Danielsson

#### **Kapitel 3. Vård och stöd till vissa utsatta grupper**

Psykisk ohälsa

Pär Alexandersson  
Peter Salmi

Placerade barn och unga

Ann Johansson  
Susanna Kanmert  
Göran Pettersson

Barn och unga med funktionsnedsättning

Karin Flyckt

Ekonomisk utsatthet

Danuta Biterman  
Anette Agenmark  
Karin Flyckt

Hemlöshet och utestängning från  
bostadsmarknaden

Danuta Biterman  
Annika Remaeus

Våldsutsatthet

Danuta Biterman  
Pär Alexandersson

Migrerande barn och unga

Elis Envall  
Katarina Munier

**Kapitel 4. Social barn- och ungdomsvård**

Myndighetsutövning	Ann Johansson Daniel Svensson
Heldygnsplaceringar	Berith Josefsson
Öppenvård	Håkan Aronsson Ann Johansson Susanna Kanmert

**Kapitel 5. Barnfamiljer som riskerar utsatthet**

Ekonomiskt utsatta barnfamiljer	Danuta Biterman Anette Agenmark Karin Flyckt
Familjerätt	Gunilla Cederström
Familjerådgivning	Gunilla Cederström
Barn som anhöriga	Merike Hansson

**Kapitel 6. Vård vid vissa sjukdomar och tillstånd**

Neonatalvård	Inger Heimerson
Barnkardiologi	Inger Heimerson
Barncancer	Åsa Klint
Diabetesvård	Emma Bergmark
Astma och allergi	Carola Lidén Magnus Wickman Greta Smedje Elin Westin Karin Flyckt Stefan Berg
Behandling av barnfetma	Emma Bergmark

### Kapitel 7. Hälso- och sjukvård

Primärvård och specialiserad vård

Karin Flyckt  
Inger Lundkvist  
Emma Bergmark  
Emma Bergmark  
Pär Alexandersson  
Hanna Lobosco  
Susanna Kanmert,  
Karin Flyckt  
Thomas Malm  
Christin Mellner

Barnhälsovård

Elevhälsa

Vaccinationer

Ungdomsmottagningar

Tandvård

### Kapitel 8. Läkemedel

Huvudförfattare

Antibiotikaföreskrivning

Adhd-läkemedel

Läkemedel under graviditet och amning

Maarten Sengers  
Inger Riesenfeld-Örn  
Peter Salmi  
Bengt Danielsson

### Kapitel 9. Barns fysiska miljö

Författare

Niklas Andersson  
Tom Bellander  
Marika Berglund  
Anna Bergström  
Gunnel Emenius  
Charlotta Eriksson  
Maria Feychting  
Antonios Georgelis  
Annika Hanberg  
Helen Håkansson  
Kristin Larsson  
Ann-Sophie Merritt  
Mats Nilsson  
Göran Pershagen  
Marie Vahter  
Mattias Öberg  
Greta Smedje  
Elin Westin

**Kapitel 10. Slutsatser och bedömningar**

Författare

Karin Flyckt

# Bilaga 2. Underlag och datakällor

## Underlag och metoder

Underlagen och analyserna i denna rapport bygger på flera källor:

- Socialstyrelsens aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen i hälso- och sjukvård och socialtjänst för barn och unga. Flera av rapporterna bygger på Socialstyrelsens datainsamlingar via enkäter till landsting och kommuner.
- Publicerade rapporter från andra myndigheter och nationella aktörer samt vetenskapliga studier inom de aktuella områdena.
- Specialbearbetningar och analyser av nationella register såsom kvalitetsregister, Socialstyrelsens hälsodataregister och socialtjänstregister.

## Datakällor

### Socialstyrelsens register

De datakällor som Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar är de nationella hälsodataregistren, socialtjänstregistren och ytterligare några register. De flesta av dessa register är individbaserade, vilket innebär att de innehåller data om unika individer, vårdhändelser eller insatser. Några av registren innehåller dock uppgifter på mängdnivå. Rapporteringen till dessa register är obligatorisk.

Hälsodataregistren som använts i denna rapport är:

- **Cancerregistret.** Innehåller individrelaterade uppgifter om alla elakartade och vissa godartade tumörer sedan 1958.
- **Läkemedelsregistret.** Registret innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som hämtats ut mot recept eller motsvarande på apotek från 1999 och framåt.
- **Medicinska födelseregistret.** I registret finns samtliga graviditeter som lett till förlossning i Sverige sedan 1973, uppgifter om förlossningarna och om de nyfödda barnen.
- **Patientregistret.** Från 1987 finns information om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård vid offentligt drivna sjukhus. Läkarbesök med kirurgisk åtgärd började rapporteras år 1997 och övriga läkarbesök i specialiserad öppenvård rapporteras sedan år 2001. Patientregistret innehåller inte uppgifter om besök till andra yrkesgrupper än läkare och inga uppgifter om primärvård.

Socialtjänstregistren som använts i denna rapport är:

- **Ekonomiskt bistånd.** Registret över ekonomiskt bistånd (socialbidrag) innehåller uppgifter om personer och hushåll som får bistånd, samt utbetalda belopp. Registret omfattar ekonomiskt bistånd i form av försörj-



ningsstöd och bistånd för livsföringen i övrigt enligt 4 kap. 1 § samt i förekommande fall 4 kap. 2 § i socialtjänstlagen (2001:453).

- **Insatser enligt LSS.** Uppgifterna till registret samlas in på individnivå en gång om året från landets samtliga kommuner. Uppgifterna i registret gäller verkställda beslut den 1 oktober. Registret omfattar bland annat följande: personlig assistans, ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice, korttidsvistelse, korttidsstillsyn, familjehem samt bostad med särskild service för barn. Registret över insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, har funnits sedan år 2004, då statistik över insatser enligt LSS blev en del av Sveriges officiella statistik.
- **Insatser för barn och unga.** Registret omfattar de insatser för barn och unga som innebär placering för vård utanför det egna hemmet enligt SoL eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Det omfattar också omedelbara omhändertaganden enligt LVU. Uppgiftslämnare till registret är socialnämnderna i samtliga kommuner. Registret har funnits sedan 1968.

Övriga register på Socialstyrelsen som använts är:

- **Dödsorsaksregistret.** Omfattar samtliga i Sverige folkbokförda avlidna sedan 1961, oavsett om dödsfallet inträffade inom eller utanför landet. Innehåller individrelaterade uppgifter om bland annat underliggande och bidragande dödsorsaker.
- **Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP).** Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) omfattar personer som sökt och erhållit legitimation för yrken

på hälso- och sjukvårdens område. För närvarande finns följande 21 legitimationsyrken: Apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, dietist, kiropraktor, läkare, logoped, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, röntgensköterska, receptarie, sjukgymnast, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare. I registret finns också uppgifter om specialistbevis för läkare och tandläkare.

### Övriga nationella datakällor

- **Nationella kvalitetsregister.** År 2012 fanns 73 nationella kvalitetsregister i drift. Av dessa rörde 12 register barn och unga och ytterligare några register registrerade både vuxna och barn. Registren byggs upp av professionella yrkesgrupper inom olika specialiteter och registreringen sker på många olika kliniker runt om i landet. År 2011 gjordes en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om utvecklingen och finansieringen av de nationella kvalitetsregistren för åren 2012–2016. Överenskommelsen innebar bland annat att registren får ekonomiskt stöd från staten och sjukvårdshuvudmännen. Alla kvalitetsregister innehåller personbundna uppgifter om bland annat diagnos, behandling och resultat. En sammanställning över de nationella kvalitetsregistren finns på webbsidan: [www.kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se). De nationella kvalitetsregister som använts i denna rapport är:
  - BORIS: barnobesitasregister
  - PNQn: perinatalt kvalitetsregister för neonatologi
  - Svenska barncancerregistret

- Swedcon: register för medfödda hjärtsjukdomar
- Swediabkids: diabetesregister för vuxna och barn.
- **Databasen ”Väntetider i vården”**. Databasen täcker två områden: primärvård (besvarade telefonsamtal och väntetider till läkarbesök) och den specialiserade vården (väntande patienter, väntetider, genomförda besök/undersökningar/behandling och ledig kapacitet för nya patienter). Uppgifter sammanställs inom varje landsting och skickas till Sveriges Kommuner och Landsting som administrerar databasen som finns på [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se).
- **Nationell Patientenkät** är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patienternas uppfattning om och erfarenheter av hälso- och sjukvården. Den första undersökningen genomfördes inom primärvården hösten 2009. Mätningar genomförs sedan dess årligen, vartannat år inom primärvården och vartannat år inom specialiserad vård. Alla landsting och regioner deltar i arbetet som samordnas av SKL.
- **Barnens miljöhälsoenkät** är en undersökning om barns miljö och hälsa, som sker i samarbete mellan Socialstyrelsen, Institutet för Miljömedicin vid Karolinska Institutet, Statistiska centralbyrån med flera. Undersökningar har genomförts 2003 och 2011 och innefattar frågor om miljöfaktorer, besvärssupplevelser och hälsotillstånd.
- **Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling**, SKL. Sammanställningarna innehåller bland annat uppgifter om olika besök i vården samt kostnader.
- **Vaccinationsstatistik** som bygger på Smittskyddsinstitutets insamling från barnavårdscentraler och skolhälsovården. Från den 1 januari 2013 upprättas på Smittskyddsinstitutet ett hälsodataregister för vaccinationer.
- **Statistik över personal i skola och vuxenutbildning**, Skolverket.
- **Registret över mottagare av assistansersättning**, Försäkringskassan.