

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 regionerna¹.

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

¹ Fjorton landsting och regioner besvarade enkäten, men på grund av stort internt bortfall redovisas endast svaren från 10 av dem.

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
Genomsnitt för 10 landsting	2,4	1,4	1,8	23,2

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-

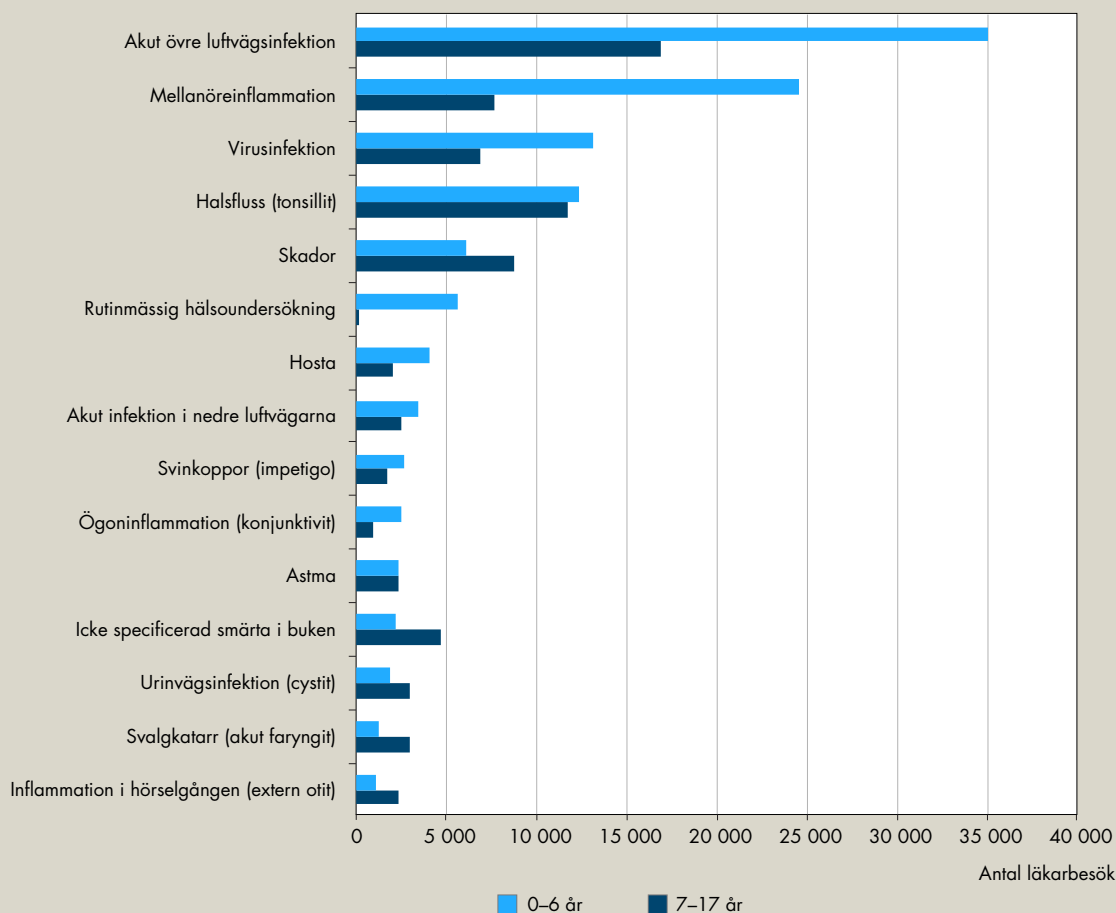
ker primärvården. Enligt enkätsvaren var de fyra vanligaste diagnoserna akut övre luftvägsinfektion, mellanöreinflammation, halsfluss (tonsillit) och virusinfektion.

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. Inklusive 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 patientenkäterna², 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].

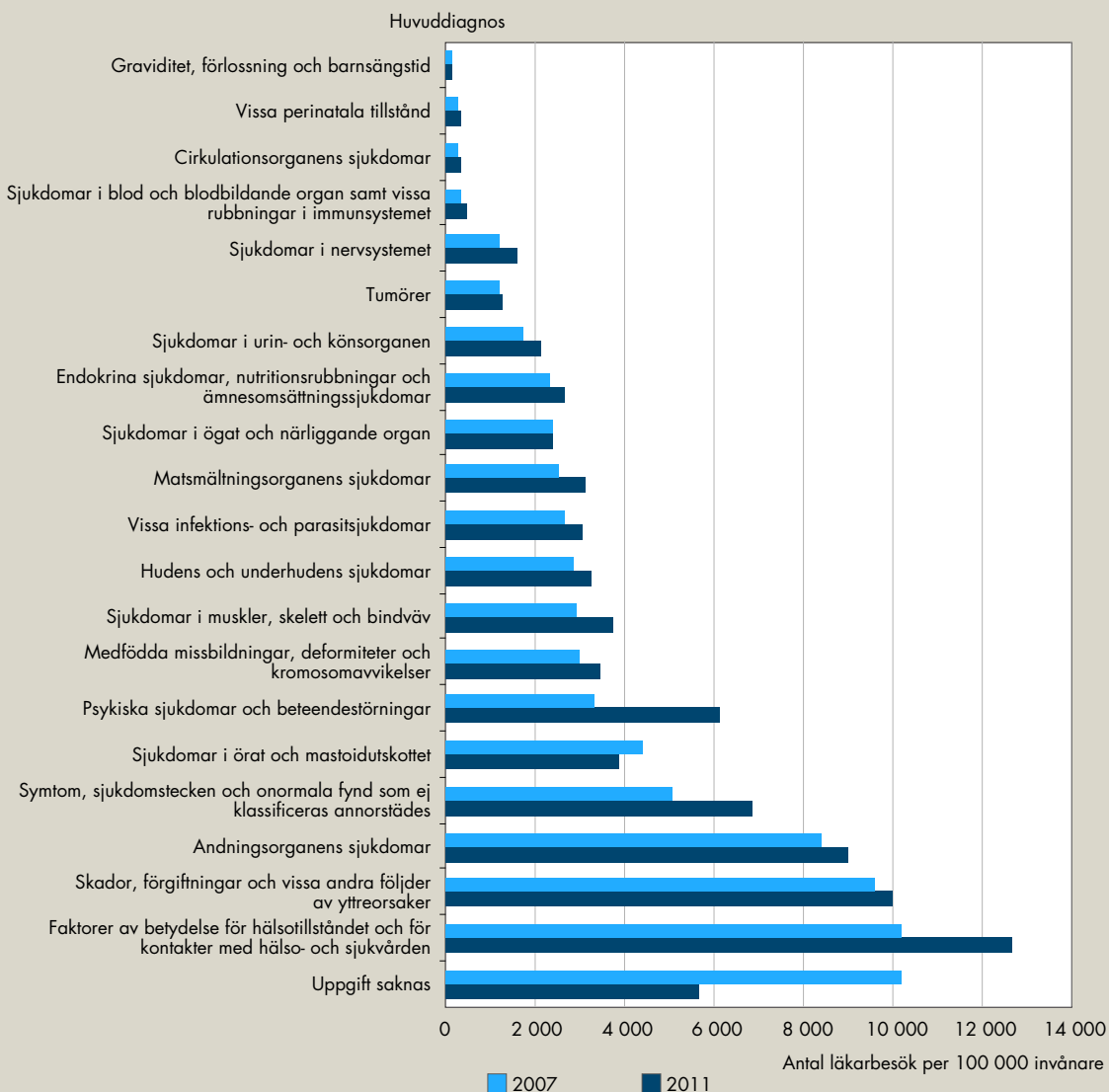
Föräldrarna upplever också att de och barnen får tillräckligt lång tid med läkaren och att det finns en plan för fortsatt vård. Bäst omdömen får den specialiserade öppenvården, men även här finns utrymme för förbättringar. Många föräldrar saknar information om förseningar och information om eventuella 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-

² 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 vård dagar samt medelvårdtid i dagar för barn 0–19 år i slutenvård, 2011.

Kön	Ålder	Vårdtillfällen	%	Vård dagar	%	Medelvårdtid
Pojke	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
	Totalt 0–19 år	77 410	100	288 200	100	4
Flicka	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
	Totalt 0–19 år	69 725	100	279 140	100	4
Totalt	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
	Totalt 0–19 år	147 135	100	567 340	100	4

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].

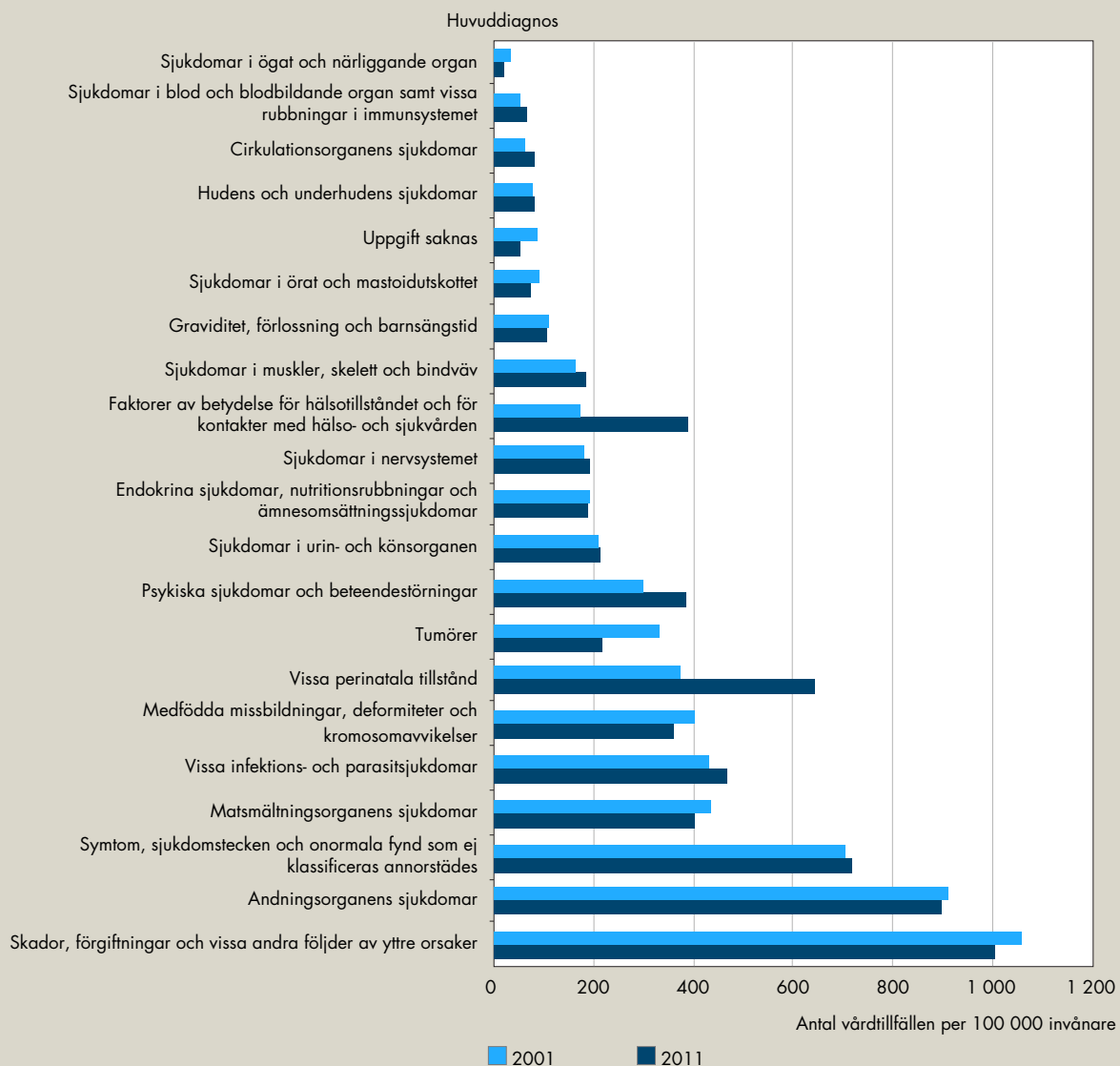
Majoriten av föräldrarna (90 procent) uppgav att deras barn fick komma till barnsjukvården inom tre månader efter beslut om undersökning eller behandling, det vill säga inom den tid som vårdgarantin anger. Andelen som anser att vänte-

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.

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 ojämlik 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 upphävdade 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 hälso-samtal 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 bröstmjölk 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 sjukvårdslagens 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

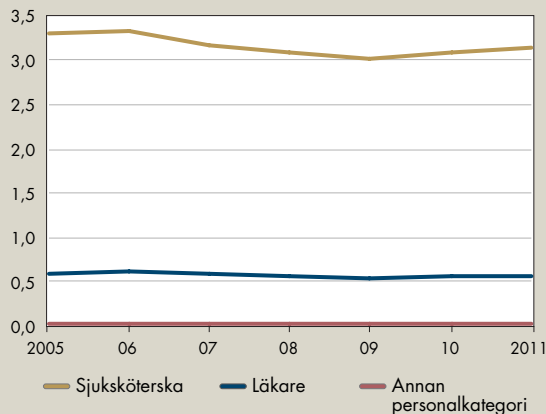
Barnhälsovården når så gott som alla barn som är bosatta i Sverige. Uppgifter från Uppsala län (från det regionala kvalitetsregistret Basta för barnhälsovård) visar att 99,9 procent av populationen hade gjort minst ett besök hos sjuksköterska eller läkare på BVC under sina första år [22]. Nittiosju procent 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.

Vårdkontakter per barn



*Viktade vårdkontakter per invånare (0-6 år). Vårdkontakterna 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, föräldragrupper 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 2011³ uppgav nästan samtliga svarande rektorer att de hade kännedom om de nya bestämmelserna om elevhälsan. Omkring hälften uppgav vidare att de behövt ändra

³ 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 sjukvårdsverksamhet⁴. 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

⁴ 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 stort⁵ (figur 7:5, 7:6).

Elevernas behov täcks inte fullt ut

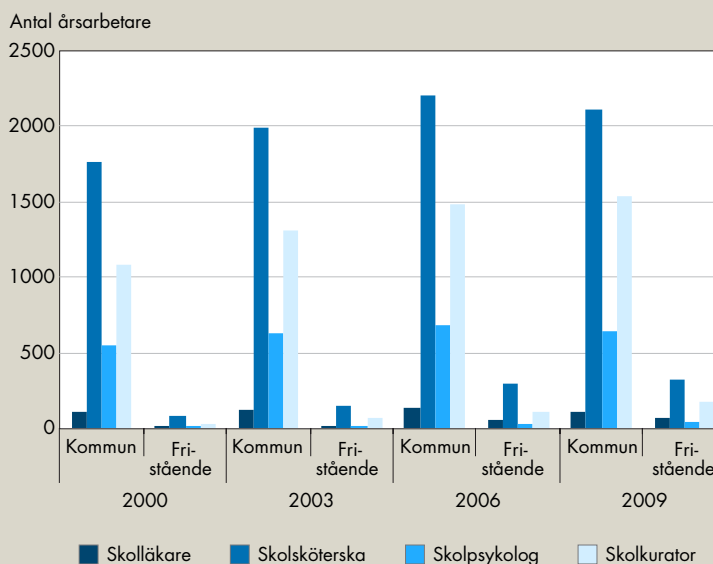
Trots ökningen av personal uppger företrädare för kommunala skolor att tiden för olika personalgrupper inom elevhälsan inte alltid räcker till för att täcka elevernas behov (tabell 7:5). När Skolinspektionen granskade elevhälsan hösten 2011 var det främst tillgången på skolpsykolog som bedömdes vara 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.⁶

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).⁷

6 För specialpedagogiska insatser gjordes ingen uppdelning på regelbunden tillgång och tillgång vid behov.

7 Frågan omfattade inte tillgången till specialpedagogiska insatser.

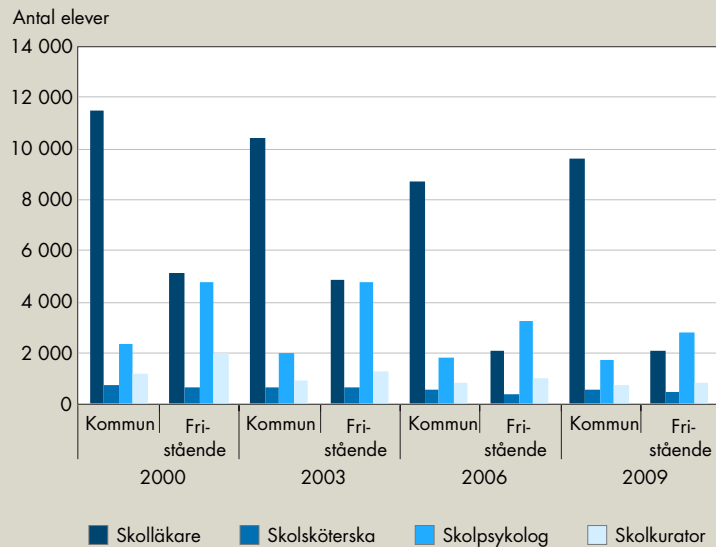
Även andra undersökningar pekar på stora skillnader i tillgången på olika kompetenser inom elevhälsan. En enkät som Socialstyrelsen genomförde 2010 visade att antalet elever per skol-sköterska, kurator och psykolog varierar kraftigt. Väntetiderna för nya ärenden kunde också vara långa. För psykologerna 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 mobbning 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].⁸

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].

⁸ 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. Ansvar 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
Elevhälsan			
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)⁹.

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 sjukdomsbelastningen (antal fall och graden av allvarighet)?
- 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 nationellt¹⁰. 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

¹⁰ Från och med 1 januari 2014 övergår SMI till den nya Folkhälsomyndigheten.

rapporteras in till detta nya register. Smittskyddsinstitutet 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 Smittskyddsinstitutet 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 asymtomatiska¹¹, 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

¹¹ 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.

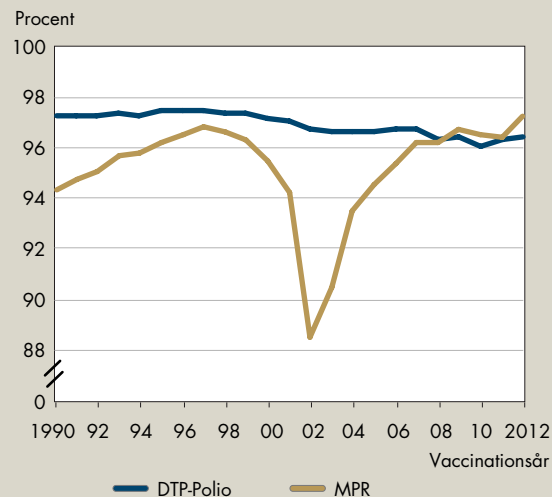
För att få och behålla befolkningens förtroende krävs alltså inte bara kunskap om vacciner och deras risker, utan även om historiska erfarenheter, religiösa och politiska grupper, samt om socioekonomiska förhållanden. När förtroendet sjunker uppstår även lätt konspirationsteorier och oro för att ansvariga myndigheter döljer bi-verkningsrapporter 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 lågröskelverksamheter, vilket innebär att de tar emot alla unga som söker sig till mottagningarna. Den övre åldersgränsen är vanligen 23 år för unga kvinnor och 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.

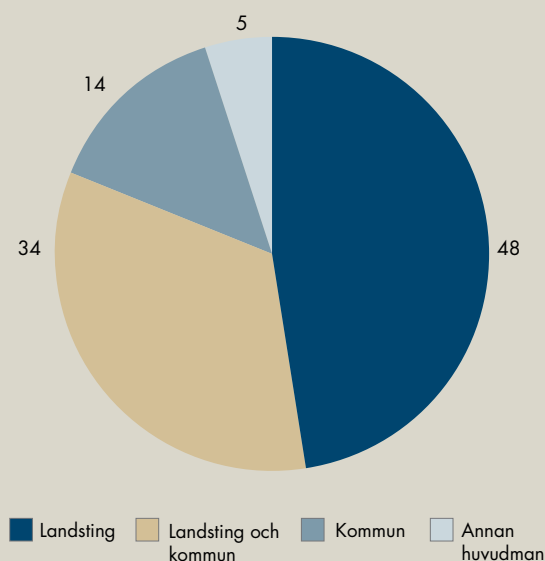
Ungdomsmottagningar är en frivillig verksamhet

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 minskat¹² [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].

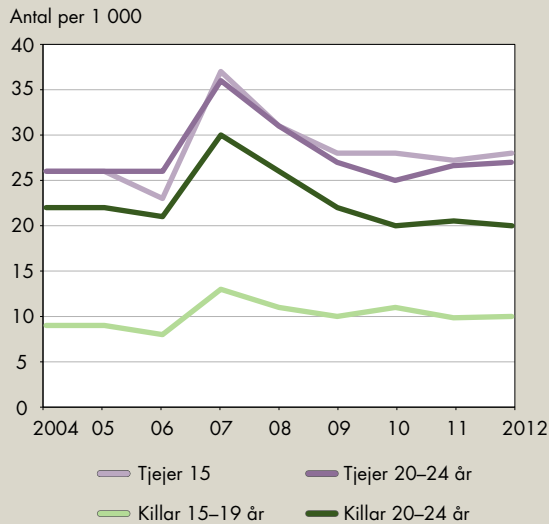
Arbetet som rör sexuellt överförbara infektioner

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].

12 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 kontaktsparar 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.

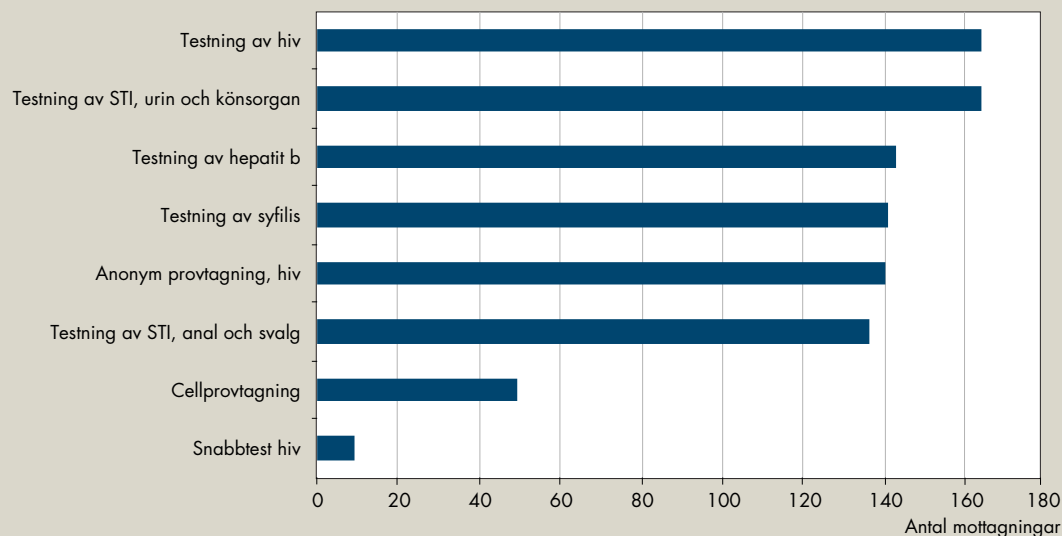
Så gott som alla ungdomsmottagningar erbjuder förskrivning av preventivmedel, graviditets-test, graviditets- och abortrådgivning samt utdelning av akuta p-piller (figur 7:11) [62]. Så gott som alla mottagningar delar också ut kondomer. Vid en tredjedel av mottagningarna har ungdomarna dessutom möjlighet 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

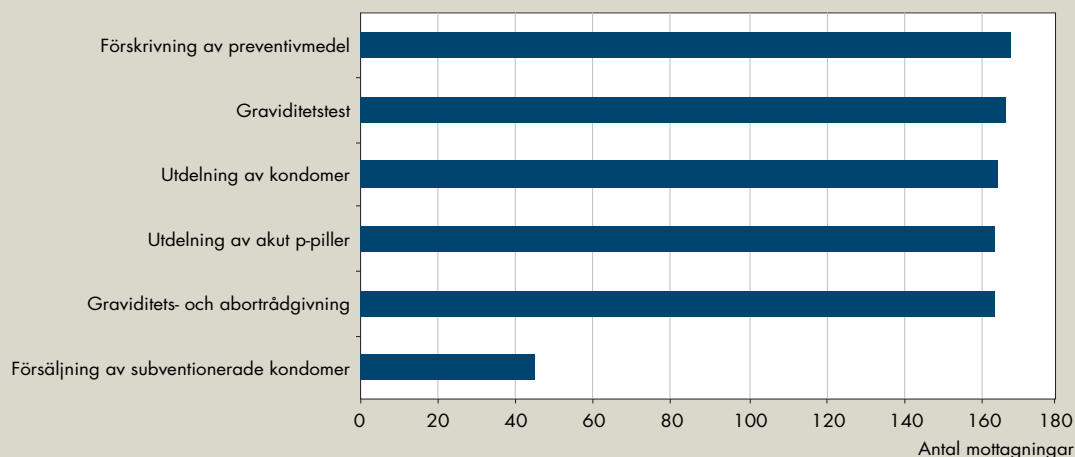
En annan viktig uppgift för ungdomsmottagningarna är att erbjuda socialkurativa och psykolo-

giska insatser, till exempel stödsamtal. Eftersom ungdomsmottagningarna är lågröskelverksamheter 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-institutioner¹³ besöktes i lägre utsträckning. Andra forum för ut-

¹³ SiS-institutioner är en förkortning av institutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse.

åtriktad verksamhet kan vara föräldramöten, fritidsgårdar, kommunal verksamhet för arbetslösa, lärare och IVIK¹⁴.

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

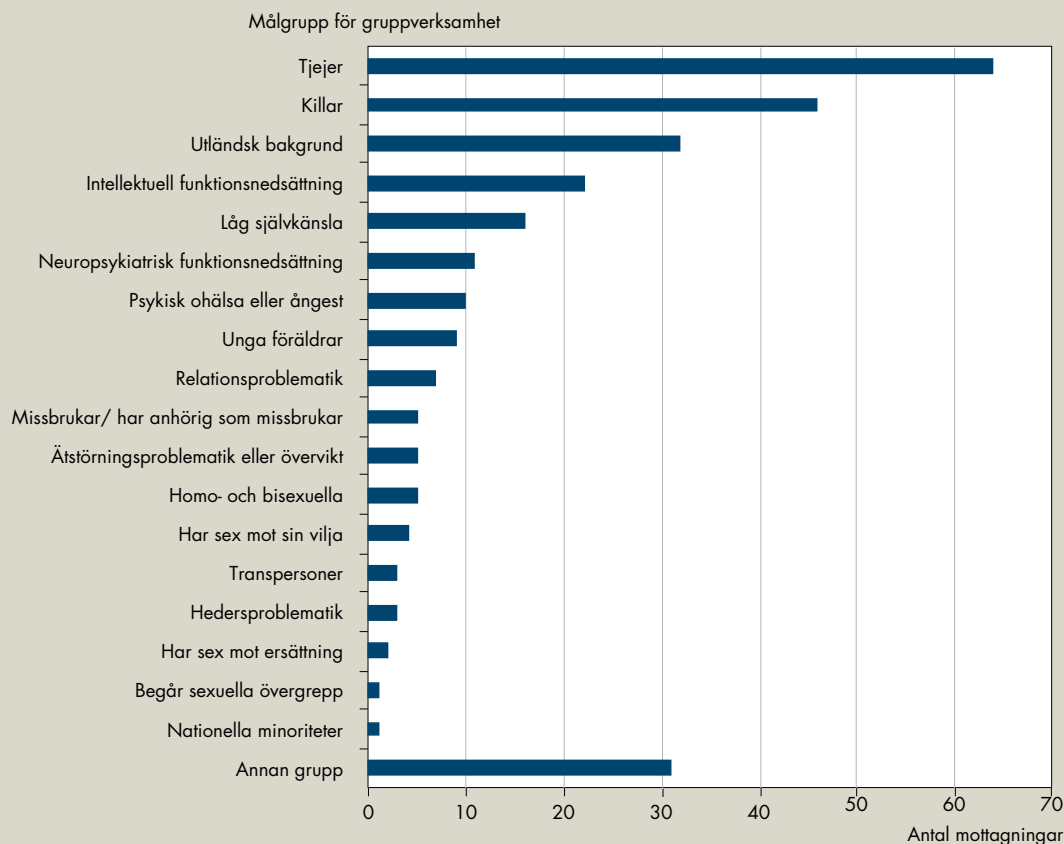
I FSUM:s reviderade policy från 2004 betonas bland annat att mottagningarna måste ha kompetens att erbjuda insatser till homo- och bisexuella unga [63]. Policyn nämner visserligen inte transpersoner men det är ändå troligt att arbetet med att inkludera transpersoner har förbättrats sedan 2004 när policyn 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.

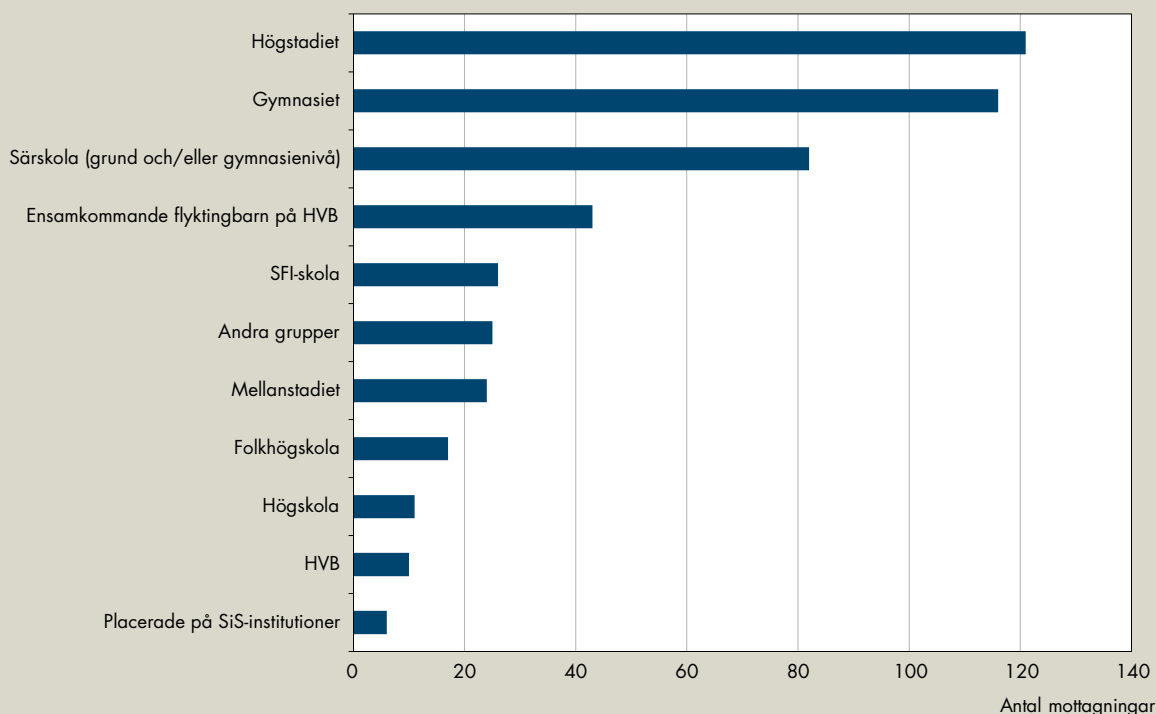
Källa: Kartläggning av ungdomsmottagningarna, Socialstyrelsen.

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 funktionshindersperspektiv. 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 Kalmar 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 minoritets-språk:

- 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 Göta-land 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 ortodonti-klinikerna 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 antibiotikaföreskrivning

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 Västerbottens län (figur 7:14).

De stora regionala skillnaderna i antibiotikaföreskrivning 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]. Överföreskrivning 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].

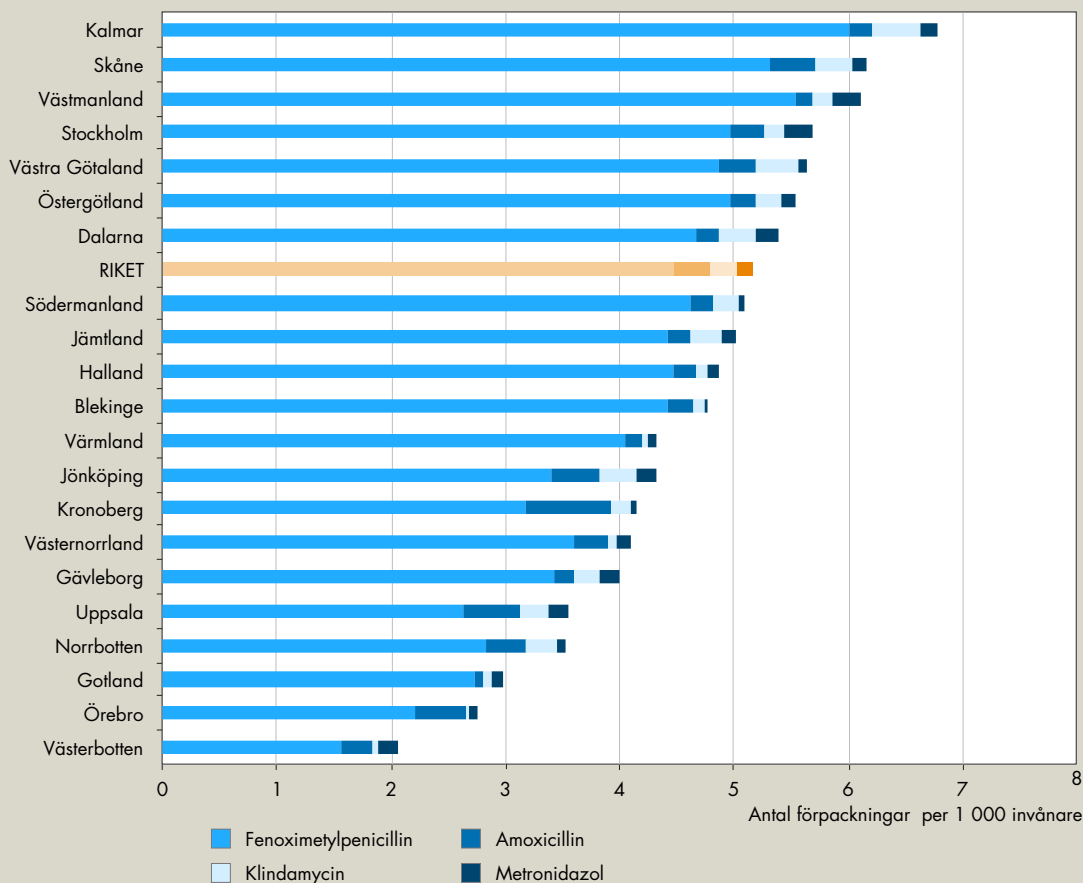
Väntetider för tandreglering skiljer sig mellan landstingen

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.

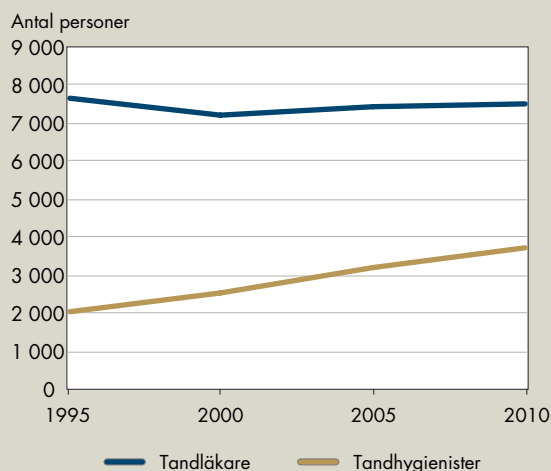
tingen uppger att de kan erbjuda tandreglering till prioriterade patienter inom tre månader. Ytterligare några landsting kan ge samtliga barn och ungdomar tandregleringsbehandling inom samma tid. Ett par landsting uppger att väntetiderna varierar mellan klinikerna inom länet, från ett par månader till 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 Väst Europa, 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 kunskapsspridning 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 anmälningsskyldighet som tandvården har, och att beslutsfattare i de nordiska länderna bör förtydliga denna anmälningsskyldighet 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 misstankor 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 anmälningsskyldighet 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 uppmärksammas 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 privattandvården 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
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
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 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
 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-ofvaccines.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 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 Stockholm: Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen; 2011.
65. Personlig kontakt med Timmy Leijen, Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar

66. www.umo.se/ungdomsmottagningar
67. RFSU:s Sverigebarometer 2011 www.rfsu.se Riksförbundet för sexuell upplysning 2011.
68. RFSU:s Sverigebarometer 2012 www.rfsu.se Riksförbundet för sexuell upplysning 2012.
69. Sammanställning av data från Socialstyrelsens enkät till ungdomsmottagningarna. Stockholm: Socialstyrelsen 2008.
70. 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 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 antibiotikaproylax 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.

95. Oskyddad. Barn och ungdomar om att leva med skyddade personuppgifter, s. 27. Stockholm: Barnombudsmannen; 2012.
96. Årsrapport 2011, s 14. Karlstad: SKaPa; 2012.