

Munhälsa och tandvård för placerade barn

Summary in English included

Sammanfattning

Tidigare studier har visat att placerade barn har sämre psykisk och somatisk hälsa än andra barn. Det verkar också gälla munhälsa, även om det finns få studier som beskriver placerade barns munhälsa och tandvårdsbehov. I denna rapport redovisas resultaten av en kartläggning av hur kommuner, regioner och tandvårdskliniker arbetar med placerade barns munhälsa och tandvård i teori och praktik, samt en undersökning av munhälsan och tandvårdskontakten hos placerade barn. Analyserna visar:

- Placerade barn har sämre munhälsa än barn som inte är placerade. Det gäller främst barn som är placerade under kort tid. Placerade barn har sämre munhälsa i anslutning till placeringstillfället än barn i jämförbara åldersgrupper som inte är placerade.
- Placerade barn besöker tandvården något mer sällan än andra barn och kontakten med tandvården verkar inte etableras i direkt anslutning till placeringstillfället.
- Grunderna till en god munhälsa läggs i första hand vid den dagliga munhygien. De som vårdar barn i placering kan behöva ökat stöd från socialtjänsten och tandvården för att på bästa sätt kunna tillgodose barnens behov av munhygien och tandvård.
- Det är viktigt att de som vårdar barn i placering har kunskaper om munhälsa och munhygien, samt om regionernas listnings- och kallelsesystem. För att bidra till detta ser Socialstyrelsen behovet av att utvidga familjehemsutbildningen så att den innehåller mer om betydelsen av en god munhygien samt konsekvenserna av bristande tandvård och munhälsa.
- Socialtjänstens handläggare och chefer behöver prioritera att uppmärksamma munhälsa och tandvård i större utsträckning än det görs idag. Det kan göras i samband med utredning, vid placeringstillfället eller under placeringstiden.
- Socialtjänstens handläggare och chefers kunskaper om munhälsa och tandvård för placerade barn och unga behöver öka, och de behöver göras uppmärksamma på konsekvenserna av att barn och unga inte får sina behov av tandvård och munhälsa tillgodosedda. Socialstyrelsen kommer därför att överväga att ta fram ett grundläggande kunskapsstöd om munhälsa och tandvård för barn riktat till socialtjänsten.
- Socialtjänstens arbete med att initiera hälsoundersökningar behöver utvecklas så att fler barn erbjuds en hälsoundersökning av munhälsan i samband med placering. Att placerade barn har visat sig ha sämre munhälsa än andra jämnåriga i närtid till placeringstillfället och att många av de som blev hälsoundersökta under 2019 hade behov av fortsatta insatser inom tandvården stödjer vikten av att barnens munhälsosituation uppmärksammas i ett tidigt skede.
- Samverkan mellan tandvård och socialtjänst behöver generellt utvecklas. Socialstyrelsen kommer att se över stödet i BBIC till socialtjänsten gällande placerade barn och deras munhälsa och tandvård. Tandvården kan också behöva tillgängliggöra sig för socialtjänsten ytterligare, exempelvis genom att informera om kontaktvägar.
- Idag finns överenskommelser mellan regioner och kommuner om samarbete som omfattar hälsoundersökning av munhälsan i samband med placering i de flesta län. För att de ska komma till nytta i praktiken är det nödvändigt att de efterlevs och används i det dagliga arbetet. Regioner och kommuner behöver tillgängliggöra innehållet i överenskommelserna för såväl socialtjänst som tandvård.
- Regionernas nuvarande arbetssätt för att erbjuda tandvård till alla barn bosatta inom regionen behöver utvecklas så att det säkerställs att alla barn och unga som är placerade erbjuds fullständig och regelbunden tandvård. Idag är förutsättningarna för att erbjudas regelbunden tandvård också olika beroende på placeringsform och på var i landet ett barn placeras.

Summary

Previous studies have shown that children in out-of-home care, i.e. foster family care or residential care (hereafter ‘in care’), have poorer mental and somatic health than other children. This also seems to apply to oral health, although there are only a few studies that have investigated oral health and dental care needs among children in care. In this study, the National Board of Health and Welfare examines how municipalities, county councils, and dental health clinics organise and facilitate dental health care for these children. The study also investigates their oral health and dental visits using register data. The analyses show:

- Children in care have poorer oral health than other children in comparable age groups. This mainly applies to those who stay in care for a shorter period of time. Also, their oral health is poorer at the time of entry into care compared to other children.
- Children in care visit dental care less often than other children and the first dental visit does not seem to occur at the time of entry into care.
- Good oral health is primarily promoted by establishing good daily hygiene and dietary routines. Hence, caregivers may need increased support from the social services and dental health care in order to meet the children’s needs for oral hygiene and dental care in the best possible way.
- The National Board of Health and Welfare identifies the need for expanded educational material aimed for foster families regarding the significance of oral hygiene and consequences of unmet dental care needs.
- Social service workers need to pay closer attention to oral health and dental care for children in care. This applies to all phases of the care process, from the assessment by social services, to the time of entry into care and during a child’s stay in care.
- The social service workers need to be made aware of the consequences of unmet needs for dental care and oral hygiene. Therefore, the National Board of Health and Welfare will consider developing a basic supportive document regarding oral health and dental care for children aimed for social service workers.
- The social services’ working methods to initiate oral health examinations need to be developed in order to ensure that children in care are offered an examination of their oral health on equal terms.
- Collaboration between the social services and the dental health care system generally needs to be improved. The National Board of Health and Welfare will review the guidelines in BBIC regarding oral health and dental care. Dental health care givers may also need to increase their availability towards the social services, for example by informing about contact routes.
- Most county councils and municipalities have documented agreements that describe the procedure of initiating oral health examinations. In order for them to be useful, it is necessary that they are complied with and used in daily work. County councils and municipalities need to make the content of the agreements more easily accessible for both social services and dental health care.
- Each county council has a system to ensure that all children registered in the region are offered dental health care. All children are to be registered at a dental clinic that is responsible for offering and providing the dental health care needed. However, there is a risk that this system does not reach all children in care. This is especially true when a child’s registered address is not updated, or changed frequently. Hence, the National Board of Health and Welfare have identified a need for the county councils’ working methods to be developed in order to ensure that all children in care are offered regular dental care on equal terms.

Historik

2013



Sociala skillnader i tandhälsa – Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013; Socialstyrelsen

2015



Nationell kartläggning – Läkarundersökning inför placering av barn och unga; Sveriges kommuner och regioner



Utsatta barns hälsa – Resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten; Socialstyrelsen

2016



Proposition 2016/17:59, Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet



Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade; Socialstyrelsen

2017



Lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet



Nationell kartläggning om hälsoundersökningar av barn och unga inför placering; Sveriges kommuner och regioner

2018



Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturöversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter; Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

2019



Förstudie – hälsoundersökningar för asylsökande barn och unga som placeras; Socialstyrelsen

2020



Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:119) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet trädde i kraft den 1 januari 2020

Munhälsa och tandvård för placerade barn

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer	2020-11-7024
Publicering	www.socialstyrelsen.se , november 2020

Kortversion

Syfte och frågeställningar

I projektet besvaras följande frågeställningar:

1. Hur arbetar kommuner, regioner och tandvårdskliniker med munhälsa och tandvård för placerade barn i teori och praktik?
2. Har placerade barn samma regelbundenhet i kontakten med tandvården som andra barn i jämförbar åldersgrupp som inte är placerade?
3. Finns det skillnader i munhälsa hos barn som är placerade jämfört med barn i jämförbar åldersgrupp som inte är placerade?
4. Samvarierar placeringslängden med placerade barns munhälsa?

Bakgrund

Placerade barn och unga

När ett barn inte kan bo kvar i det egna hemmet kan det placeras i familjehem, HVB eller stödboende. Ungefär 3–4 procent av alla barn i Sverige placeras i heldygnsvård någon gång under sin uppväxt, och varje år rör det sig om runt 30 000 barn som är i placering.¹ Barn som är placerade ska inte riskera en sämre hälsa eller sämre tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård än andra. Rätten att åtnjuta högsta uppnåbara fysiska och psykiska hälsa är en grundläggande del av våra mänskliga rättigheter och finns bland annat reglerat i internationella överenskommelser. En rad tidigare undersökningar har dock uppmärksammat att barn i placering är överrepresenterade när det kommer till olika hälsoproblem och att den allmänna hälsovården inte har lyckats nå fram till dessa barn i tillräckligt stor utsträckning.²

¹ Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Vinnerljung, B, Andreasson, T. Forskning i korthet: Barn och unga i samhällets vård – Forskning om den sociala dygnsvården. Stockholm: Forte; 2015

² Kling, S, Nilsson, I. Familjehemsplacerade skolbarns hälsa och hälsovård – uppföljning av 105 barn. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap Malmö. 2015. Kling, S. Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Malmö: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2010. Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade. Registerstudie av tandhälsa och tandvårdskonsumtion bland 20–29-åringar som varit placerade i heldygnsvård under uppväxten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.

Få studier som beskriver munhälsa hos placerade barn

Det finns få studier som beskriver munhälsa och tandvårdsbehov hos barn som är eller har varit placerade. En utgångspunkt är att placering i heldygnsvård borde kunna bryta en trend av bristande munhygien och oregelbunden kontakt med tandvården. Socialstyrelsen har tidigare kunnat visa att unga vuxna som varit placerade under uppväxten bland annat har fler hål i tänderna och besöker tandvården mer akut än andra som inte varit placerade.³ Det indikerar att dessa personer inte har haft samma förutsättningar till god munhygien och regelbunden tandvård som andra jämnåriga.

Viktigt att tidigt förebygga och behandla munsjukdomar hos barn

Sjukdomar i munnen kan påverka allmän hälsa och livskvalitet och lämnas de obehandlade kan de leda till ett livslångt behov av tandvård. Genom dagliga munhygienrutiner och regelbunden kontakt med tandvården skapas förutsättningar för att tidigt kunna diagnostisera ohälsa, förebygga vidare sjukdom och för att ge adekvat behandling i tid vilket minskar risken för att allvarliga hälsoproblem uppstår.

Karies är en vanlig munsjukdom hos barn. Obehandlad karies-sjukdom kan orsaka smärta och infektioner som kan skapa svårigheter för barnet att äta och sova. I allvarliga fall kan det leda till att barnet måste sövas ned för att dra ut tänderna, behandlas med antibiotika eller läggas in på sjukhus. Detta innebär stora påfrestningar för individen och har hälsoekonomiska konsekvenser i form av sämre hälsa och livskvalitet hos barnet samt stora kostnader för samhället under hela livet.

Metod och genomförande

De rättsliga förutsättningarna samt berörda aktörers ansvar för munhälsa och tandvård när det gäller barn som utreds och placeras enligt SoL eller LVU sammanställdes. Kartläggningen av arbetssätt gjordes genom en kombination av enkäter och intervjuer med personal inom regionernas tandvårdsenheter, kommunernas socialtjänster, tandvårdskliniker och familjehemsföräldrar. Enkäten till socialtjänsten genomfördes i samarbete med SKR. En insamling av överenskommelser mellan regioner och länens kommuner om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet gjordes också.

Analyserna av placerade barns munhälsa och tandvårdskontakt baserades på uppgifter från registret Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

³ Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade. Registerstudie av tandhälsa och tandvårdskonsumtion bland 20–29-åringar som varit placerade i heldygnsvård under uppväxten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016

(SKaPa) och Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga. Från SKaPa har uppgifter om barnens munhälsa mätt i kariesförekomst, besöksdatum och utförda undersökningar inhämtats medan uppgifter om placering har inhämtats från Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga. Uppgifterna har också kombinerats med utbildningsregistret för att beskriva barnens bakgrund gällande föräldrarnas utbildningsnivå.

Resultat och analys

Placerade barn har sämre munhälsa och besöker tandvården mer sällan än andra barn

Även i denna undersökning kan konstateras att hälsosituationen är sämre hos placerade barn som grupp än den hos andra jämnåriga. Registerstudien har visat att barn i placering har sämre munhälsa och besöker tandvården mer sällan än barn som inte är placerade. Det gäller i stort både pojkar och flickor och yngre barn och tonåringar. Munhälsan skiljer sig mellan barn som varit placerade olika lång tid. Exempelvis är andelen yngre barn som är helt utan karies mindre bland barn i kort placering jämfört med långtidsplacerade och ej placerade barn.

Andel kariesfria 6–8-åringar

Korttidsplacerade barn



Långtidsplacerade barn



Ej placerade barn



■ Pojkar ■ Flickor

Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

I likhet med tidigare undersökningar⁴ har vi också kunnat se att munhälsan har ett samband med föräldrarnas utbildningsnivå, även om det skiljer sig något mellan olika åldersgrupper och placeringsformer.

Den som utövar den dagliga omsorgen får i praktiken stort ansvar för tandvård och munhälsa för placerade barn

Den som utövar den dagliga omsorgen om placerade barn, såsom familjehemsföräldrar och personal på HVB eller stödboende, lämnas i praktiken stort ansvar och får lite utbildning och stöd när det gäller placerade barns tandvård och munhälsa. Det är exempelvis ovanligt att socialtjänsten formulerar mål om tandvård eller munhälsa i vård- och genomförandeplaner eller på andra sätt uppdrar de som vårdar barnen att särskilt uppmärksamma munhälsan under placeringstiden. Det är istället vanligare att socialtjänsten förutsätter att de ska sköta sådant som har med munhälsa eller tandvård att göra, exempelvis boka tandvårdsbesök eller se till att tandborstningen fungerar. Grunderna till en god munhälsa läggs i första hand vid den dagliga munhygien, det vill säga genom regelbundna munhygienrutiner och bra kostvanor. Det kan vara svårt för den som vårdar ett placerat barn att få detta att fungera, både för yngre barn som kan behöva praktisk hjälp med exempelvis tandborstning och för tonåringar vars egen attityd till munhälsa och tandvård kan prägla rutinerna och munhälsan. Vid en jämförelse mellan olika placeringslängder för yngre barn visade registeranalysen att munhälsosituationen är bättre hos långtidsplacerade pojkar och flickor än hos barn i kortare placeringar. En förklaring till detta kan vara att kontinuiteten i omhändertagandet av långtidsplacerade barn skapar möjligheter att uppmärksamma munhälsan och att implementera goda munhygienvanor i hemmet över tid, vilket i sin tur bidrar till en bättre munhälsoutveckling.



Foto: Nenad Nedomacki/Mostphotos

⁴ Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen. 2013.

Socialtjänsten lämnar generellt munhälsa och tandvård lite uppmärksamhet

Socialtjänsten har möjlighet att uppmärksamma munhälsan och tandvårdskontakten hos placerade barn på flera sätt. Det handlar bland annat om att

- vid behov konsultera ett barns tandvårdsklinik i samband med utredning
- initiera hälsoundersökning av munhälsan i samband med placering
- inkludera munhälsa och tandvård i vård- och genomförandeplaner
- informera tandvården om att ett barn ska komma att flytta i samband med placering
- följa upp hygienrutiner och tandvårdsbesök.

Socialstyrelsen kan sammanfattningsvis konstatera att munhälsan och tandvårdskontakten generellt lämnas lite uppmärksamhet av socialtjänsten, även om det också finns kommuner som beskriver välfungerande rutiner och arbetssätt. Enligt kartläggningen konsulteras tandvården sällan i samband med utredning och få barn och unga genomgår en hälsoundersökning av munhälsan vid placering. Mål om tandvård och munhälsa finns i regel inte i vård- och genomförandeplaner, utan istället förutsätter socialtjänsten ofta att den som vårdar ett placerat barn ska ta nödvändiga vårdkontakter. Dessutom visar kartläggningen att socialtjänsten sällan följer upp munhygienrutiner eller tandvårdsbesök under tiden barnen är placerade. Att kommunernas socialtjänster har olika arbetssätt när det gäller tandvård och munhälsa för placerade barn innebär att det är olika förutsättningar över landet för barn och unga att få tillgång till regelbunden tandvård, och i längden en god munhälsa.

Att munhälsa och tandvård inte uppmärksammas i någon större utsträckning beror sannolikt på en kombination av orsaker relaterade till bristande kunskap, bristande prioritering eller en kombination av de båda.

Få barn och unga genomgår en hälsoundersökning av munhälsan i samband med placeringen

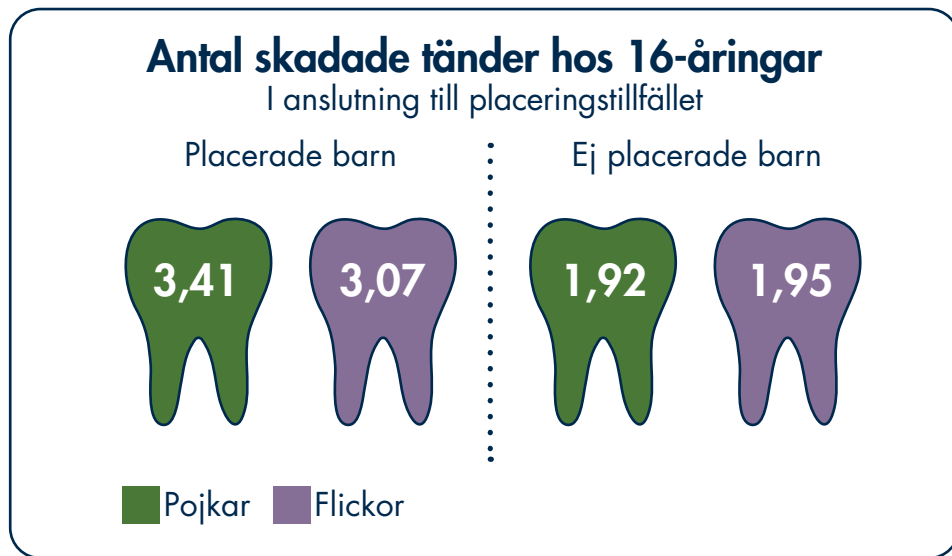
För att uppmärksamma försummade hälso- och sjukvårdsbehov under placeringstiden infördes 2017 bestämmelser om hälsoundersökning i samband med placering.⁵ Socialtjänsten fick i uppgift att, om det inte är obehövligt, initiera hälsoundersökning medan regionerna ansvarar för att genomföra dem. Under 2019 genomgick 13 procent av alla barn och unga⁶ som placerades en hälsoundersökning av munhälsan. Detta trots att det i många län finns överenskommelser mellan regionen och länets kommuner som beskriver hälsoundersökning av munhälsan i samverkan mellan socialtjänst och tandvård. Liknande resultat har tidigare beskrivits av såväl SBU som SKR.⁷

⁵ Jfr. 11 kap. 3 a § SoL och 1 § lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

⁶ Av barn och unga som placerats som ej är ensamkommande.

⁷ Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturoversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2018. Nationell kartläggning om hälsoundersökningar av barn och unga inför placering. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2017.

Kartläggningen visar tydligt att det finns ett behov av att fånga upp barns munhälsosituation i samband med att en placering inleds. Detta särskilt eftersom placerade barns munhälsa visat sig vara sämre redan i närtid till placeringstillfället än den hos andra jämnåriga och att en stor del av de som fick sin munhälsa undersökt under 2019 hade behov av fortsatta insatser inom tandvården.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Ett antal hinder för att initiera undersökning av munhälsan har identifierats. Bland annat har inte alla socialsekreterare kunskaper om vad en hälsoundersökning innebär. Vissa ser inte behovet av att initiera hälsoundersökning eftersom de känner till att barn regelbundet kallas till tandvården, eller för att de förutsätter att den som vårdar barnen kommer att ta nödvändiga vårdkontakter. Det behöver bli mer känt att detta inte motsvarar socialtjänstens ansvar för att initiera hälsoundersökning i samband med placering.

Risk för att alla placerade barn inte fångas upp av regionernas arbetssätt

Registerstudien har visat att placerade pojkar och flickor inte besöker tandvården inom de närmsta åren efter placeringens start i samma utsträckning som andra barn under samma tidsperiod. Ungefär var femte placerat barn har inte kommit till tandvården alls för undersökning inom en tvåårsperiod efter placeringen. Tandvården har ett hälsofrämjande uppdrag och förebyggande arbete kombineras med diagnostisering och behandling av sjukdomar i munnen. Hur ofta barn kallas till tandvården baseras i regel på munhälsan och på tandvårdens bedömning av risken för munsjukdomar, vilket innebär att barn med sämre munhälsa brukar kallas till tandvården oftare. Därför är det sannolikt uteblivna besök snarare än glesare kallelser som ligger till grund för att det är en så stor andel som inte kommit till tandvården.

Kartläggningen har visat att alla regioner har rutiner för listning av barn på en tandvårdsklinik och för att barnen ska kallas till tandvården. Detta är ett sätt som regionerna utformat för att se till att alla barn och unga bosatta i regionen erbjuds tandvård. Systemet är baserat på folkbokföringsregistret, och risken är att det inte fångar upp alla placerade barn, exempelvis om det rör sig om placeringar som medför flytt men utan byte av barnets folkbokföringsadress. I vissa regioner kan det också ta lång tid innan barnen blir kallade till tandvården även om folkbokföringsadressen ändrats. Det innebär att förutsättningarna över landet för regelbunden tandvårdskontakt för barn som flyttar i samband med placering är ojämlika. Regionerna och tandvårdsklinikerna får inte automatiskt kännedom om vilka barn som är placerade eller var de befinner sig, vilket utgör en uppenbar svårighet för regionerna att identifiera vilka barn de ansvarar för. Att en placering i sig kan leda till ett avbrott i kontakten med tandvården har också tidigare konstaterats av SBU.⁸

Socialstyrelsens centrala analyser och förbättringsförslag

Ett flertal tidigare studier har uppmärksammat att barn i placering har sämre fysisk och psykisk hälsa än andra barn och att de inte tagit del av den allmänna hälsovårdens insatser i samma utsträckning som andra barn. Även i denna undersökning, som är den första som undersökt munhälsa och tandvårdskontakt på nationell nivå, kan konstateras att hälsosituationen hos placerade barn är sämre än den hos barn som inte är placerade. Registeranalysen har både visat att placerade barn har sämre munhälsa än andra jämnåriga och att de besöker tandvården mer sällan.

Det går inte att påverka erfarenheter från tidig barndom, men samhällets olika aktörer har i övrigt stort inflytande på munhälsan och vid en placering borde en trend av bristande munhygien och oregelbunden kontakt med tandvården kunna brytas. Detta kräver dock insatser i samverkan mellan regioner och tandvårdskliniker, kommunernas socialtjänster och den som vårdar ett barn i placering. Studien har visat att det finns ett antal områden som kan utvecklas i deras arbete för att placerade barn ska ges samma förutsättningar för en god munhälsa och regelbunden tandvård på samma villkor som alla andra barn.

- Grunderna till en god munhälsa läggs i första hand vid den dagliga munhygien. De som vårdar barn i placering kan behöva ökat stöd från socialtjänsten och tandvården för att på bästa sätt kunna tillgodose barnens behov av munhygien och tandvård.
- Det är viktigt att de som vårdar barn i placering har kunskaper om munhälsa och munhygien, samt om regionernas listnings- och kallelsesystem.

⁸ Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturoversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2018.

För att bidra till detta ser Socialstyrelsen behovet av att utvidga familjehemsutbildningen så att den innehåller mer om betydelsen av en god munhygien samt konsekvenserna av bristande tandvård och munhälsa.

- Socialtjänstens handläggare och chefer behöver prioritera att uppmärksamma munhälsa och tandvård i större utsträckning än det görs idag. Det kan göras i olika stadier, exempelvis genom att initiera hälsoundersökning av munhälsan, inkludera mål om munhälsa och tandvård i vård- och genomförandeplaner, informera tandvården om flytt eller att följa upp munhälsosituationen och tandvårdsbesök under placeringstiden.
- Socialtjänstens handläggare och chefers kunskaper om munhälsa och tandvård för placerade barn och unga behöver öka, och de behöver göras uppmärksamma på konsekvenserna av att barn och unga inte får sina behov av tandvård och munhälsa tillgodosedda. Socialstyrelsen kommer därför att överväga att ta fram ett grundläggande kunskapsstöd om munhälsa och tandvård för barn riktat till socialtjänsten.
- Socialtjänstens arbete med att initiera hälsoundersökningar behöver utvecklas så att fler barn erbjuds en hälsoundersökning av munhälsan i samband med placering. Att placerade barn har visat sig ha sämre munhälsa än andra jämnåriga i närtid till placeringstillfället och att många av de som blev hälsoundersökta under 2019 hade behov av fortsatta insatser inom tandvården stödjer vikten av att barnens munhälsosituation uppmärksammas i ett tidigt skede.
- Samverkan mellan tandvård och socialtjänst behöver generellt utvecklas. Socialstyrelsen kommer att se över stödet i BBIC till socialtjänsten gällande placerade barn och deras munhälsa och tandvård. Tandvården kan också behöva tillgängliggöra sig för socialtjänsten ytterligare, exempelvis genom att informera om kontaktvägar.
- Idag finns överenskommelser mellan regioner och kommuner om samarbete som omfattar hälsoundersökning av munhälsan i samband med placering i de flesta län. För att de ska komma till nytta i praktiken är det nödvändigt att de efterlevs och används i det dagliga arbetet. Regioner och kommuner behöver tillgängliggöra innehållet i överenskommelserna för såväl socialtjänst som tandvård.
- Regionernas nuvarande arbetssätt för att erbjuda tandvård till alla barn bosatta inom regionen behöver utvecklas så att det säkerställs att alla barn och unga som är placerade erbjuds fullständig och regelbunden tandvård. Idag är förutsättningarna för att erbjudas regelbunden tandvård också olika beroende på placeringsform och på var i landet ett barn placeras.

Förord

I rapporten redovisar Socialstyrelsen en kartläggning av på vilket sätt som regioner, tandvårdskliniker och kommuner arbetar med tandvård och munhälsa för placerade barn och unga i teori och praktik, samt beskriver munhälsa och tandvårdskontakt hos placerade barn. Detta är den första svenska studie som undersökt munhälsa och tandvårdskontakt hos målgruppen på nationell nivå.

Rapporten riktar sig i första hand till regeringen men också till regioner, tandvårdskliniker, kommuner och de som vårdar placerade barn. Ett särskilt tack riktas till de som bidragit med kunskap och erfarenheter genom att medverka i intervjuer och enkäter under projektets gång.

Rapporten är framtagen av Kristin Larsson (projektledare). Álfheiður Ástvaldsdóttir (sakkunnig tandvårdsfrågor) och Frida Lundgren (statistiker) har genomfört registeranalysen. Elisabeth Wörnberg Gerdin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Kortversion	7
Förord	15
Innehåll	17
Inledning.....	19
Syfte och frågeställningar	19
Omfattning och avgränsningar.....	19
Bakgrund	21
Barn i samhällets vård.....	21
Barn- och ungdomstandvårdens organisering	24
Munhälsan hos barn	25
Tidigare undersökningar om munhälsan hos placerade barn	26
Tidigare undersökningar av rutiner och arbetssätt avseende placerade barns munhälsa och tandvård.....	27
Metod och genomförande.....	32
Rättsliga förutsättningar	32
Kartläggning av arbetssätt	32
Registeranalys av munhälsa och tandvårdskontakt	32
Rättsliga förutsättningar	34
Barns rätt till hälsa inklusive munhälsa utifrån internationella konventioner	34
Vårdnadshavares och gode mäns ansvar för barns hälsa med mera	34
Regionernas ansvar att erbjuda tandvård till barn och unga	35
Socialnämndens ansvar för placerade barns hälsa inklusive tandhälsa	36
Hälsoundersökningar av barn och unga som placeras	37
Sammanfattning rättsliga förutsättningar	39
Resultat – kartläggning av arbetssätt.....	41
Före placeringen	41
I samband med placeringstillfället	43
Under placeringstiden	54
Pågående insatser och utvecklingsarbete	55
Resultat – munhälsa och tandvårdskontakt hos placerade barn	57
Munhälsa hos placerade barn	57
Tandvårdskontakt hos placerade barn	68

Bortfallsanalys.....	74
Analys och slutsatser	75
Barnen i placering.....	75
De som vårdar barnen i placering	76
Socialtjänst.....	77
Regioner och tandvårdskliniker.....	80
Socialstyrelsens centrala analyser och slutsatser.....	82
Avslutande kommentar	83
Referenser	84
Bilaga 1. Metod och genomförande	87
Bilaga 2. Resultat	97

Inledning

Placerade barn ska inte riskera en sämre hälsa eller sämre tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård än andra barn. En rad tidigare undersökningar har dock uppmärksammat att barn som är placerade har sämre psykisk och somatisk hälsa än andra, och att de inte har tagit del av den allmänna hälsovårdens insatser i lika stor utsträckning som andra barn [1-3]. Det verkar också gälla munhälsa, även om det finns få studier som beskriver munhälsa och tandvårdsbehov hos barn som är placerade. Tidigare undersökningar har bland annat pekat på att barn som utreds av socialtjänsten har hög förekomst av obehandlad och omfattande karies, tandvärk och tandvårdsrädsla [4]. De har också indikerat att placerade barn besöker tandvården mer sällan än andra i jämförbara åldersgrupper och att vuxna som har varit placerade som barn har fler hål i tänderna och fler utdragna tänder än jämnåriga som inte varit placerade [5].

Det är viktigt att tidigt förebygga munhälsoproblem. Sjukdomar i munnen kan påverka allmän hälsa och livskvalitet och kan obehandlade leda till ett livslångt behov av tandvård. Den dagliga munhygien är viktig för en god munhälsa, och genom regelbunden kontakt med tandvården skapas förutsättningar för att förebygga och tidigt kunna diagnostisera munsjukdomar och ge adekvat behandling i tid.

Mot bakgrund av detta ser Socialstyrelsen behovet av att göra en uppdaterad nationell analys av munhälsan hos placerade barn och av deras kontakt med tandvården. För att skapa förståelse för resultaten görs också en kartläggning av hur kommuner, regioner och tandvårdskliniker arbetar med munhälsa och tandvård hos placerade barn.

Syfte och frågeställningar

Projektets övergripande syfte är att kartlägga på vilket sätt barns rätt till god munhälsa och tandvård tillgodoses vid placering i heldygnsvård. Det övergripande syftet ska besvaras genom följande frågeställningar:

1. Hur arbetar kommuner, regioner och tandvårdskliniker med munhälsa och tandvård för placerade barn i teori och praktik?
2. Har placerade barn samma regelbundenhet i kontakten med tandvården som andra barn i jämförbar åldersgrupp som inte är placerade?
3. Finns det skillnader i munhälsa hos barn som är placerade jämfört med barn i jämförbar åldersgrupp som inte är placerade?
4. Samvarierar placeringslängden med placerade barns munhälsa?

Omfattning och avgränsningar

Projektet omfattar barn som placeras enligt socialtjänstlagen (2001:453) SoL, eller av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Projektet har avgränsats till att undersöka munhälsa och tandvårdskontakt

hos barn upp till 18 år, även om lagstiftningen i vissa fall också gäller personer upp till 20 år.

I projektet undersöks munhälsan hos placerade barn och vilken regelbundenhet barnen har i kontakten med tandvården. I registeranalyserna används förekomst av karies som ett mått på barnens munhälsa. Inom projektet har ingen analys gjorts av tandvårdsbehov i förhållande till den behandling som getts.

Projektet anknyter till Agenda 2030, framför allt till mål 3 (God hälsa och välbefinnande) och mål 10 (Minskad ojämlikhet).

När det gäller på vilket sätt relevanta aktörer arbetar med munhälsa och tandvård för placerade barn har kommuner, regioner och tandvårdskliniker valts ut som undersökningsobjekt. Hur barnhälsovården arbetar med munhälsa och tandvård (för alla barn och/eller barn som är placerade) ingår inte i undersökningen. Inte heller arbetssätten eller rutinerna hos de som vårdar barnen i placering, det vill säga familjehem, HVB¹ eller stödboende, ingår i undersökningen. Erfarenheter dock upp från familjehemsvården (som är den vanligaste placeringsformen) genom en gruppintervju med familjehemsföräldrar.

I denna undersökning har vi också valt att inte vända oss direkt till barn som är placerade för att fånga upp deras erfarenheter av munhälsa och tandvård. Övervägandet är i första hand gjort ut ett etiskt perspektiv. För att göra en värdefull datainsamling skulle en kvalitativ intervjumetod behöva användas, men den egna munhälsan, munhygienrutiner och inställningen till tandvård kan upplevas som mycket privat för den enskilda personen. För att närma oss barnens erfarenheter ställdes frågor kring detta i gruppintervjun med familjehemsföräldrar.

¹ Hem för vård eller boende.

Bakgrund

Barn i samhällets vård

När socialnämnden bedömt att ett barn inte kan bo kvar i det egna hemmet och det placeras i familjehem, HVB eller stödboende är det ett stort ingripande i barnets liv. Ungefär 3–4 procent av alla barn i Sverige placeras i heldygnsvård någon gång under sin uppväxt, och varje år rör det sig om runt 30 000 barn som är i placering [6, 7]. I samband med att en placering inleds träder samhället in i stället för föräldrarna. Omsorgen om de placerade barnen är inte bara socialtjänstens ansvar, utan verksamheter som skola, hälso- och sjukvård och tandvård måste också ta sin del av ansvaret för att placerade barn och unga ska få sina behov tillgodosedda, tillsammans med de som vårdar barnet.

Alla barn har rätt till hälsa

Rätten att åtnjuta högsta uppnåbara fysiska och psykiska hälsa är en grundläggande del av våra mänskliga rättigheter och finns reglerat i internationella överenskommelser. Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) har barn rätt till goda uppväxtvillkor där det bland annat ingår rätt till bästa uppnåeliga hälsa. I enlighet med FN:s barnrättskommitté har barn bland annat rätt till en *god* hälso- och sjukvård. I detta ingår bland annat förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, behandling och rehabilitering.² Vikten av god hälsa framhålls också i Agenda 2030, som omfattar FN:s 17 globala mål för förändring mot ett hållbart samhälle, vilka världens länder har åtagit sig att arbeta efter. Mål 3 är att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar. God hälsa en grundläggande förutsättning för människors möjlighet att nå sin fulla potential och att bidra till samhällets utveckling.

Placerade barn ska inte riskera en sämre hälsa eller sämre tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård än andra barn. En rad tidigare undersökningar har dock uppmärksammat att barn som är placerade inte har samma förutsättningar för en god hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, som andra. Både svenska och internationella studier har visat att dessa barn som grupp har sämre psykisk och somatisk hälsa och därmed större vårdbehov än andra i jämförbara åldersgrupper [8]. Tidigare svenska studier har till exempel pekat på att placerade barn tagit del av skolhälsovårdens rekommenderade insatser, däribland hörselkontroll, vaccinationer, synundersökning, fyra-årskontroll och ryggkontroll, i mindre utsträckning än barn som inte är placerade [1, 2, 9]. Det finns också indikationer på en hög nivå av psykisk ohälsa hos placerade barn, liksom koncentrationssvårigheter och tandvårdsrädsla [2]. Detta i sin tur ställer krav på att deras hälsa uppmärksammas när

² Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (CRC/C/GC/15) om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24), punkt 7 och 24.

placering utanför det egna hemmet inleds och pågår [2, 4, 8, 10]. För att uppmärksamma försummade hälso- och sjukvårdsbehov under placeringstiden infördes 2017 bestämmelser om hälsoundersökning i samband med placering.³ Hälsoundersökningen, som syftar till att uppmärksamma barnens hälsosituation i samband med att en placering inleds, ska enligt förarbetena till lagen ge en bedömning av bland annat behovet av hälso- och sjukvård och tandvård, samt fortsatta kontakter med hälso- och sjukvården och tandvården⁴. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:119) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet som trädde i kraft den 1 januari 2020 förtydligar att hälsoundersökningen ska omfatta fysisk och psykisk hälsa samt munhälsa (4 §).

Socialnämnden ansvarar för placeringen

Kommunernas socialnämnder har ett omfattande ansvar för placerade barn och unga. Om socialnämnden får in en anmälan om misstanke att ett barn far illa eller om socialnämnden får information på annat sätt behöver socialnämnden göra en förhandsbedömning som avgör om en utredning ska inledas eller inte. Barn och unga som bedöms inte kan bo kvar i det egna hemmet kan placeras i familjehem, HVB eller stödboende.

Ett barn som är placerat ska, precis som andra barn, ges goda uppväxtvillkor och vården i placeringen ska vara trygg och säker. När någon vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL eller LVU ansvarar socialnämnden för att personen får god vård (jfr. 6 kap. 1 § tredje stycket SoL), och socialnämnden ska noga följa vården i placeringen. Socialnämnden ska särskilt uppmärksamma bland annat barnets eller den unges hälsa (6 kap. 7 b § SoL) och vara aktiv i att få till stånd undersökningar, insatser och behandlingar som barnen kan vara i behov av.

Olika orsaker till att barn placeras

Orsakerna till att ett barn inte kan bo kvar i det egna hemmet kan vara flera. Bland yngre barn är skälet till placering oftast missförhållanden i hemmet. Vanliga orsaker är att föräldern eller föräldrarna har missbruksproblem eller psykisk sjukdom som kan gå ut över förmågan att ta hand om barn på olika sätt. Här används ofta begreppet omsorgssvikt. Många barn som placeras kommer också från socialt utsatta familjer och det är vanligt med låg utbildning, låg inkomst och upprepat försörjningsstöd [7]. Tonåringar placeras oftare på grund av sitt eget beteende än på grund av förhållandena i hemmet. Ungefär varannan tonåring placeras då de själva har ett riskbeteende som behöver behandlas eller brytas [5]. Det kan handla om till exempel drog-användning eller risk för att hamna i kriminalitet. Tonårsplacerade har som grupp en något mer blandad bakgrund än yngre barn, och kommer inte i lika stor utsträckning från socialt utsatta familjebakgrunder [7]. Barn och unga som placeras på grund av sitt eget beteende placeras oftast i ett hem för vård eller boende, HVB [6].

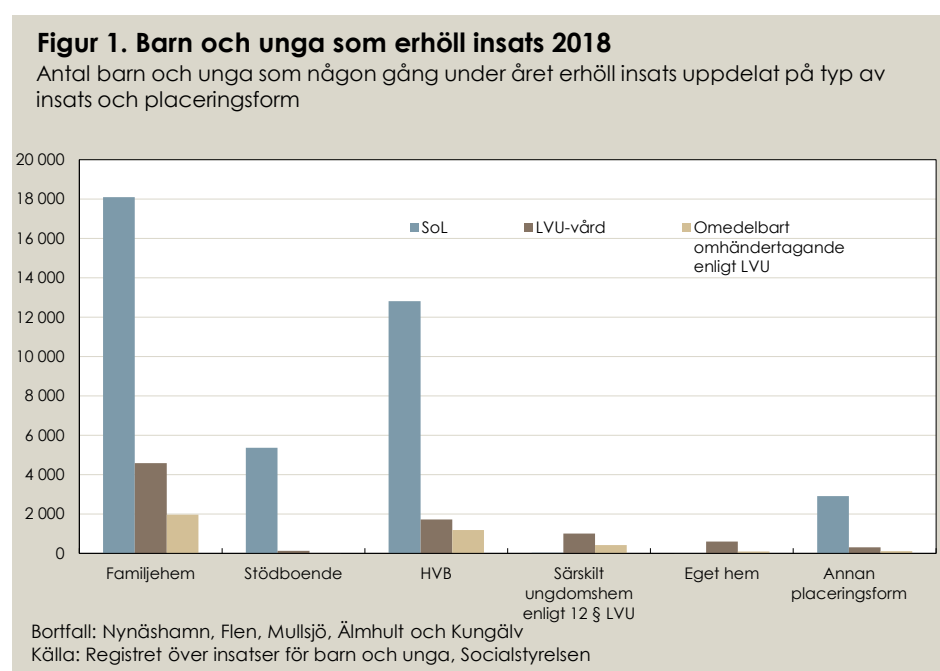
³ Jfr. 11 kap. 3 a § SoL och 1 § lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

⁴ Jfr. proposition 2016/17:59, Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, s. 30 ff.

Även ensamkommande asylsökande barn som kommit till Sverige placeras. Många placeras i HVB men de kan också placeras i stödboende eller familjehem. När ett barn har anvisats till en kommun av Migrationsverket har kommunen samma ansvar för barnet som för andra barn i kommunen. Många ensamkommande barn har varit med om svåra händelser före, under och efter migrationen som kan leda till ett ökat behov av trygghet, stöd och insatser från olika aktörer, inklusive från hälso- och sjukvården och tandvården [11].

Familjehem är den vanligaste placeringsformen

Under 2018 var 77 procent av placeringarna av barn och unga beslutade enligt SoL och 23 procent enligt LVU. Oavsett vilket lagrum som ligger till grund för placeringen är familjehem den vanligaste placeringsformen, följt av HVB, vilket visas i figur 1 [6].



Ett familjehem är ett hem som tar hand om barn som inte kan bo kvar i det egna hemmet för stadigvarande vård och fostran. Att vara familjehemsförälder är ett brett uppdrag. Förutom att se till att ett placerat barn får sina grundläggande behov tillgodosedda och tillgång till exempelvis utbildning och hälso- och sjukvård och tandvård, så ska barnen under uppväxten också ges redskap för att klara av vuxenlivet. När ett barn har placerats i ett familjehem har vårdnadshavaren kvar den juridiska vårdnaden om barnet, men beslut i frågor som rör den dagliga omsorgen fattas av familjehemsföräldrarna.

Det är socialnämnden i varje kommun som ansvarar för att rekrytera och utreda familjehem, och att erbjuda dem den utbildning de behöver. Socialstyrelsen har tagit fram *Ett hem att växa i* [12] som är en grundutbildning för familje- och jourhem som bygger på barnkonventionen. Den innehåller bland annat aktuell lagstiftning, forskning och erfarenheter från socialtjänst och familjehem.

Många barn flyttar i samband med placeringen

I samband med placering flyttar många barn. Placering utanför hemkommunen har blivit vanligare genom åren och i dagsläget sker ungefär hälften av placeringarna i en annan kommun än i hemkommunen [13, 14]. Många placeringar är dessutom präglade av instabilitet. Ibland är placeringstiderna korta, ibland omplaceras ett barn flera gånger och det kan vara i kombinationer av familjehems- och institutionsvård [7].

Huvudregeln är att en person ska vara folkbokförd där man är att anse som bosatt, det vill säga regelmässigt tillbringar eller kan antas komma att tillbringa sin dygnsvila.⁵ Folkbokföringen ska inte ändras om man på förhand vet att en person under högst sex månader ska tillbringa sin dygnsvila på annan fastighet än där personen har sin egentliga hemvist.⁶ Av dessa bestämmelser följer att folkbokföringen inte ändras vid en tillfällig placering, exempelvis i ett jourhem, men att ett barn som placeras i familjehem som regel folkbokförs i familjehemmet.⁷ Ett barn som får en folkbokföringsadress i en annan region ska erbjudas hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, på samma villkor som andra barn bosatta i den regionen.

Vid placering i HVB sker som huvudregel ingen ändring i barnets folkbokföring, vilket innebär att barn i HVB vanligtvis är fortsatt folkbokförda i placeringskommunen.⁸ Då är det placeringskommunen som anses vara barnets hemkommun, även om barnet vistas på annan plats. Ett undantag från huvudregeln är ensamkommande barn som får uppehållstillstånd. De folkbokförs som regel i den kommun där barnets HVB ligger.⁹

Barn- och ungdomstandvårdens organisering

Rutiner för att kalla alla barn till tandvården

Regionerna har upparbetat egna rutiner för att se till att alla barn och unga som är bosatta inom regionen är listade hos en tandvårdsklinik och för vid vilka åldrar som de ska kallas till tandvården. Det är ett sätt som regionerna har valt för att tillgodose kravet i tandvårdslagen (1985:125) på att Folktandvården (eller annan vårdgivare som regionen slutit avtal med) ska svara för fullständig och regelbunden tandvård till alla barn och unga till och med det år då de fyller 23 år som är bosatta i regionen (jfr. 7 § första stycket och 5 § tandvårdslagen). På så vis fångar systemet upp de som inte gjort något aktivt val.

⁵ 6 och 7 §§ folkbokföringslagen (1991:481).

⁶ 8 § folkbokföringslagen.

⁷ Se vidare Socialstyrelsens handbok Placerade barn och unga, s. 59.

⁸ Se 9 § folkbokföringslagen.

⁹ Se vidare Socialstyrelsens handbok Placerade barn och unga, s. 59.

Ersättningssystem

För barn och ungdomar är regelbunden och fullständig tandvård avgiftsfri till och med det år de fyller 23 år (jfr. 7 § första punkten och 15 a § tandvårdslagen). Regionerna bekostar tandvården och betalar ut ersättningen till vårdgivaren som utfört tandvården. Inom barn- och ungdomstandvården har regionerna beslutat om ett kapitationssystem, vilket innebär att en fast ersättning utbetalas per barn [8]. Vissa regioner har också beslutat om olika tillägg till den fasta ersättningen, till exempel i särskilda områden med dålig munhälsa [15].

Möjlighet att upptäcka barn som far illa

Enligt 14 kap. 1 § SoL ska hälso- och sjukvården och tandvården genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Orosanmälan från tandvårdspersonal kan både handla om oro för barnets munhälsa och tandvård och om oro för andra omständigheter kring barnet, till exempel bristande omsorg, våldsutsatthet eller andra hälsoproblem. Eftersom tandvården rutinemässigt undersöker en stor del av alla barn har den en god möjlighet att upptäcka barn som far illa. Om ett barn har problem med munhälsan eller inte kommer till tandvården vid inbokade rutinkontroller kan det föranleda oro dels för att barnet inte får tillgång till tandvård, dels för att det kan vara en indikation på att det är något annat som inte står rätt till kring barnet [16].

Munhälsan hos barn

Karies är en vanlig folksjukdom

Kariessjukdomen är en vanlig folksjukdom och är en av de vanligaste icke-smittsamma sjukdomarna bland unga barn. Sjukdomen orsakas av bakterier som kan finnas i munnen utan några symptom, men som vid rätta förhållanden såsom ökad tillgång till socker, kan leda till infektion och att tandens hårdvävnad löses upp vilket med tiden kan bilda hål. Omfattande skador på tänderna och infektioner till följd av kariessjukdom kan skapa lidande och påverka barns allmänna hälsa och livskvalitet genom smärta och försämrad tal- och tuggfunktion och leda till akuta medicinska tillstånd. För tidig förlust av mjölkttänderna till följd av karies kan även påverka käkarnas utveckling och bidra till bettavvikelser och framtida käkledsproblem [17].

Likaså har tidig kariessjukdom starka samband med en ökad risk för dålig munhälsa som vuxen. Ett barn som får karies tidigt i livet riskerar således inte bara sämre hälsa och livskvalitet i barndomen utan löper även större risk för att fortsättningsvis ha problem med dålig munhälsa [18, 19]. Gruppen barn som är värst drabbade riskerar därför ett livslångt omfattande behov av tandvård.

Många munsjukdomar går att förebygga

De tre vanligaste munsjukdomarna är karies, frätskador som är skador på tänderna som orsakas av sura ämnen i munhålan och tandlossning, orsakat av infektion i tändernas fäste. De vanligaste munsjukdomarna hos barn är karies

och frätskador. De går att förebygga genom bra kosthållning och munhygien. Genom regelbunden kontakt med tandvården skapas förutsättningar för att tidigt kunna diagnostisera och förebygga vidare sjukdom och för att ge adekvat behandling i tid vilket minskar risken för att allvarliga hälsoproblem uppstår.

Socialstyrelsen har sedan 1985 regelbundet följt munhälsan genom att mäta kariessjukdomens förekomst bland barn och unga i åldrarna 3, 6, 12 och 19 år. Resultaten visar att de som har sjukdomen har en varierande grad av skador på tänderna, från att ett fåtal tänder är skadade till att nästan alla tänder i munnen är skadade. Mätningarna visar också att de flesta barn och unga kommer till sina rutinkontroller och bland åldersgrupperna 12 år och yngre har majoriteten inte några tecken på kariessjukdom [20].

Munhälsan varierar mellan olika grupper i samhället
Munhälsan bland barn i Sverige är generellt god. Trots det varierar munhälsosituationen både mellan olika geografiska områden i landet och mellan olika grupper i samhället. Munhälsorelaterade beteenden grundläggs tidigt i livet och överförs till stor del från föräldrarna. Föräldrarnas bakgrund och socioekonomi har visat sig ha ett starkt samband med risken för att ett barn inte kommer till tandvården och barnets munhälsosituation [21].

Tidigare undersökningar om munhälsan hos placerade barn

Få men samstämmiga studier pekar på att placerade barn har sämre munhälsa än andra barn. Det finns inte så många studier som handlar om munhälsa eller tandvårdsbesök hos placerade barn. Idag saknas nationella studier som undersöker munhälsa hos placerade barn jämfört med barn som inte är placerade eftersom personer under 20 år inte ingår i Socialstyrelsens tandhälsoregister. De studier som finns är istället regionala och ofta baserade på relativt små urval [8].

Baserat på tandhälsoregistret har Socialstyrelsen tidigare undersökt munhälsan hos vuxna personer som varit placerade som barn [5]. I rapporten konstateras att unga vuxna som varit placerade inte besöker tandvården för undersökning i samma utsträckning som andra jämnåriga. Istället besöker de oftare tandvården akut. De har också fler skadade tänder liksom fler saknade tänder. Detta gäller även de barn som tillbringat nästan hela uppväxttiden i placering, även om de som varit långtidsplacerade visade sig ha bättre munhälsa än de som varit placerade under kortare tid. Socialstyrelsens slutsats är att barn och unga som är placerade inte har förutsättningar för en god munhygien och regelbunden tandvård i samma utsträckning som andra barn, vilket medför att de har sämre munhälsa när de blir vuxna.[5]

Med stöd av Socialstyrelsen har två regionala studier genomförts. Det ena är en studie av placerade barns journalhandlingar i Malmö 2008. Det andra är en studie med läkarundersökningar av barn behov av skydd och stöd har utretts av socialtjänsten Skåne och Kronobergs län 2010. Journalstudien visade

att placerade barn inte kom till undersökningar i tandvården i samma utsträckning som andra barn och att deras behov av remiss till specialisttandläkare när de väl kom till tandvården var dubbelt så stort som det hos andra barn. Bland de familjehemsplacerade barnen kom 60 procent på återkontroller hos tandvården jämfört med 90 procent av barnen i kontrollgruppen. Dessutom hade ungefär 30 procent av de placerade barnen behandlings-svårigheter, att jämföra med ungefär 10 procent av kontrollgruppen. Det kan exempelvis handla om att barnen har svårt att sitta still och öppna munnen eller inte går att röntga vilket gör att behandlingen blir svår att genomföra.[2]

Studien av läkarundersökningarna i Skåne och Kronoberg av barn vars behov utretts av socialtjänsten visade att vartannat barn i skolåldern (7–16 år) hade kariesangrepp som krävde behandling. Många hade också tandvärk och tandvårdsrädsla.[4]

I en studie där tandjournaler för 86 utredda barn jämfördes med journalerna för 172 andra barn konstaterades att det var stora skillnader i munhälsa mellan de två grupperna. Barn som var föremål för utredning hos socialtjänsten hade mer karies, besökte tandvården mer sällan och behövde oftare bli remitterade till specialisttandvården än de andra barnen.[16]

Tidigare undersökningar av rutiner och arbetssätt avseende placerade barns munhälsa och tandvård

Orosanmälningar från tandvården

Socialstyrelsen publicerade 2019 en nationell kartläggning av orosanmälningar till socialtjänsten. Under 2018 inkom ungefär 331 000 orosanmälningar rörande 180 000 barn. Det finns inga uppgifter om hur många av anmälningarna som kom från tandvården, men hälso- och sjuk- och tandvården var tillsammans den tredje största anmälaren efter polis och skola och förskola. Det är vanligare att orosanmälningarna handlar om föräldrars eller vårdnadshavares problematik än orsaker som rör barnet självt. I kartläggningen berättar flera intervjupersoner att de regelbundet får in anmälningar från tandvården om uteblivande, men att det är ovanligt med anmälningar från tandvården om till exempel våld eller dålig tandstatus.[22]

Barnombudsmannen genomförde 2010 en enkät riktad till tandläkare inom Folktandvården om erfarenheten av att hantera barn som far illa. Enkäten visade bland annat att ungefär en tredjedel av tandläkarna mött barn som de misstänkte var utsatta för våld eller övergrepp, och tre av fyra mött barn som de misstänkte var utsatta för omsorgssvikt. 17 procent av tandläkarna uppgav att de gjort anmälan till socialtjänsten.[23]

Sveriges Tandläkarförbund har tagit fram en skrift som ska fungera som stöd för personal inom tandvården när det gäller att anmäla sin oro för att barn misstänks fara illa. De rekommenderar att anmälningar till socialtjänsten ska göras efter individuella bedömningar och att tandläkaren ska väga in barnets behandlingsbehov när de beslutar om hur de ska gå tillväga när ett barn inte kommer till bokade kontroller [24].

Socialtjänsten konsulterar sällan tandvården vid barnavårdsutredningar

När socialnämnden utreder ett barns behov av skydd och stöd kan det finnas behov av att konsultera den medicinska kompetens som finns kring barnet. Konsultationen kan till exempel ske via telefon eller på ett möte. Syftet med konsultationen är att socialnämnden ska ha ett underlag för att kunna göra en bedömning av barnets behov av insatser, till exempel från hälso- och sjukvården inklusive tandvården (jfr. 11 kap. 2 § SoL).

Socialtjänsten konsulterar dock sällan tandvården vid utredning. I en kartläggning genomförd 2016 av Sveriges kommuner och regioner, SKR, konstateras att det endast skett vid 9,5 procent av utredningarna och att det var vanligare vid placering enligt LVU än enligt SoL. För en förhållandevis stor del av barnen, 19,5 procent, kunde kommunerna inte ta fram uppgifter om huruvida tandvården hade konsulterats eller inte.[10]

Sedan 2015 har ett konsultations- och utlåtestöd för socialtjänstens kontakter med tandvården för att inhämta information om barnets eller den unges munhälsa funnits i BBIC (Barns behov i centrum, ett arbetssätt för handläggning, genomförande och uppföljning av socialtjänstens barn- och ungdomsvård). I en förstudie som Socialstyrelsen gjorde inför en översyn av BBIC-materialet kunde det konstateras att detta stöd sällan används och att socialtjänsten inte prioriterar kontakt med tandvården.[25]

Hälsoundersökningar av munhälsan

Nya föreskrifter om hälsoundersökningar

I samband med att vård av barn utanför det egna hemmet inleds ska socialtjänsten, om det inte är obehövligt, initiera en hälsoundersökning. Regionen ansvarar därefter för att erbjuda hälsoundersökningen (jfr. 11 kap. 3 a § SoL och 1 § lag [2017:209] om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet). Den 1 januari 2020 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [HSLF-FS 2019:19] om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet i kraft. Där förtydligas bland annat att hälsoundersökning ska innefatta den orala hälsan och att vårdgivaren bör göra en bedömning av extraorala avvikelser, orala sjukdomar, risk- och orsaksfaktorer för orala sjukdomar och avvikelser i bettet och bettutvecklingen. I praktiken innebär det att den delen av hälsoundersökningen som innefattar munhälsan behöver ske på tandvårds klinik och av tandvårdspersonal. I den nya föreskriften finns mer specificerade krav på vad hur en hälsoundersökning ska och bör genomföras, vilket inte fanns tidigare. Kartläggningen av hur berörda aktörer arbetar med hälsoundersökningar av munhälsan speglar alltså tiden före föreskriftens ikraftträdande.

Munhälsan undersöks sällan på uppdrag av socialtjänsten i samband med placering

Även om det ofta finns rutiner eller överenskommelser mellan kommuner och regioner som handlar om hälsoundersökningar, inklusive undersökning av munhälsan, utgör de ingen garanti för att undersökningarna blir genomförda [4, 8, 10]. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering,

SBU, genomförde 2018 en undersökning om rutiner och praxis när det gäller hälsoundersökningar i anslutning till placering. Undersökningen visade att ungefär hälften av de medverkande kommunerna initierar en rutinmässig hälsoundersökning av barn och unga i anslutning till placering, och att 6 procent initierar en rutinmässig undersökning av munhälsan. Ingen av kommunerna uppgav att de hade en rutinmässig hälsoundersökning under tiden ett barn är placerat. SBU konstaterar att det finns stora brister när det gäller att organisera och säkerställa att barn som placeras av samhället får nödvändiga och föreskrivna hälsoundersökningar.[8]

SKR genomförde 2016 en nationell kartläggning av hälsoundersökningar av barn och unga i anslutning till placering. Kartläggningen genomfördes med hjälp av enkäter till samtliga kommuner. Av totalt 911 barn och unga hade 40 procent blivit hälsoundersökta av läkare, medan betydligt färre, 11 procent, fått sin munhälsa undersökt under 2016. För 26 procent av de placerade barnen kunde kommunerna inte svara på om de genomgått en undersökning av munhälsan eller inte. Av de som fått en hälsoundersökning av munhälsan hade 44 procent behov av ytterligare tandvård. Barn och unga som placerades enligt LVU hade oftare behov av insatser än barn som placerades enligt SoL. Gruppen barn och unga som placerades enligt LVU blev hälsoundersökta i större utsträckning än de som placerades enligt SoL.[26]

I en studie av Forskning och utveckling, FoU, i Sörmland från 2019 kartlades hur många barn och unga som placerats som genomgått en hälsoundersökning i anslutning till placeringen. I urvalet ingick 381 barn och unga och av dessa var 16 procent hälsoundersökta. Precis som i tidigare studier var andelen hälsoundersökta högre i gruppen som placerats enligt LVU än enligt SoL. Hos 3 procent hade munhälsan undersökts i anslutning till placeringen. En av slutsatserna i rapporten är att munhälsan särskilt behöver uppmärksammas i det fortsatta arbetet.[27]

Rutiner för hälsoundersökning av munhälsan finns men implementeringen brister

År 2016 fanns, enligt SKR, tecknade överenskommelser om hälsoundersökning vid placering mellan regioner och kommuner i alla län utom ett [10]. Det är en ökning sedan 2014, då överenskommelser fanns i 15 av 21 län. Av de 20 län som hade tecknade överenskommelser år 2016 fanns en särskild överenskommelse om undersökning av munhälsan i 12 län. SKR konstaterade att trots att det finns rutiner för hälsoundersökningar i många län, brister implementeringen på många håll. I intervjuer med ett antal kommuner poängterades att bristande kunskap om placerade barns hälsa kan vara en orsak till att hälsoundersökningar genomförs i liten utsträckning, liksom att socialtjänstens arbetssituation är pressad. Administrationen lyftes också fram som ett särskilt hinder. Enligt de flesta läns överenskommelser är det socialsekreterarens uppgift att samla in bakgrundsinformation som journaler inför undersökningarna, men det beskrivs som tidskrävande och krångligt. I SKR:s

intervjuer framkom också att det i flera fall finns en osäkerhet bland socialsekreterarna om olika typer av hälso- och läkarundersökningar.¹⁰ SKR drar slutsatsen att det finns behov av ytterligare stöd för implementering av överenskommelserna.[10]

I SBU:s praxisundersökning [8] uppger mindre än hälften av de tillfrågade kommunerna att de har rutiner för att allmän hälsa och munhälsa undersöks hos placerade barn och unga. Det är dock få kommuner som i praktiken ser till att alla får initiala och uppföljande hälsoundersökningar samt hälsoundersökningar av munhälsan. I uppföljande telefonintervjuer med 51 kommuner angav tre stycken att samtliga placerade barn får en hälsoundersökning av munhälsan. Några kommuner nämnde att hälsoundersökning av munhälsan är inskrivet i deras rutin om hälsoundersökningar men att de sällan initieras. Ett antal kommuner svarade också att familjehemmet eller boendet ansvarar för att få till stånd en hälsoundersökning om det finns behov av det.[8]

Osäkerheter om olika typer av hälsoundersökningar

Socialstyrelsen genomförde 2018 en förstudie om hälsoundersökningar för asylsökande barn och unga [11]. Förstudien visar att det finns osäkerheter bland kommuner och regioner om olika typer av hälsoundersökningar. Asylsökande barn omfattas till exempel av två lagstiftningar som reglerar hälsoundersökningar och ska som utgångspunkt erbjudas två olika hälsoundersökningar. Det finns också osäkerheter om hur dessa hälsoundersökningar förhåller sig till läkarundersökningen i 32 § LVU.[25] Socialstyrelsen beskriver i ett meddelandeblad bl.a. hur de olika hälsoundersökningarna förhåller sig till varandra [28].

Det saknas forskning om hur tandvården kan organiseras för att placerade barn ska få tandvård

I SBU:s systematiska litteraturöversikt [8] framkommer det att det saknas tillgänglig forskning om hur tandvården kan organiseras för att placerade barn ska få tandvård och möjlighet till en god munhälsa. Regionerna har uppbyggda system för listning och kallelser men det finns risk för att en placering leder till brott i pågående vårdkontakter. SBU menar att systemet bör organiseras mer övergripande så att socialtjänsten och tandvården (och hälso- och sjukvården) måste samarbeta med varandra. En modell för att följa de placerade barnen över tid nationellt, det vill säga över kommun- och regiongränser, kan vara ett sätt att se till att ingen faller mellan stolarna, enligt SBU. De föreslår därför en typ av hälsodokumentation bestående av checklistor och hälsokort i barnets socialtjänstjournal. Hälsokortet kan innehålla uppgifter om till exempel kontroller inom tandvården, inom BVC och vaccinationer.[8]

¹⁰ Det finns olika typer av hälsoundersökningar för barn som placeras: Hälsoundersökning enligt lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet; läkarundersökning enligt LVU, och hälsoundersökning av asylsökande enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Läs mer i avsnittet om rättsliga förutsättningar och i Socialstyrelsens meddelandeblad.

Bristande kunskap om hur familjehem, HVB och stödboende arbetar med munhälsa och tandvård för placerade barn

Socialstyrelsen har inte hittat några nationella undersökningar eller rapporter som handlar om på vilket sätt familjehem, HVB eller stödboende arbetar med munhälsa och tandvård för placerade barn.

Inga undersökningar har heller identifierats som handlar om munhälsan hos familjehemsföräldrar. Det finns, som tidigare nämnts, ett samband mellan barns munhälsa och föräldrarnas munhälsa och socioekonomiska bakgrund. För barn som till stora delar växer upp i placering kan man anta att sambandet mellan barnets och föräldrarnas munhälsa minskar, och att sambandet med munhälsan hos den som vårdar barnet, till exempel familjehemsföräldrar, ökar. Det går att samköra registeruppgifter om placerade barn och deras föräldrar, men det finns inga registeruppgifter specifikt om de som vårdar placerade barn.

Metod och genomförande

I avsnittet beskrivs metoden och genomförandet översiktligt. En utförligare beskrivning av undersökningens metod och genomförande finns i bilaga 1. Kartläggningen delades upp i tre delar:

- Juridiska utgångspunkter för arbetet med placerade barn och ungas munhälsa och tandvård
- Kartläggning av arbetssätt, det vill säga på vilket sätt som regioner, kommuner och tandvårdskliniker arbetar med placerade barn och ungas tandvård och munhälsa, genom enkäter, intervjuer och dokumentstudier
- Analys av munhälsa och tandvårdskontakt hos placerade barn genom registerstudier.

Rättsliga förutsättningar

Inledningsvis sammanställdes de rättsliga förutsättningarna samt berörda aktörers ansvar för munhälsa och tandvård när det gäller barn som utreds och placeras enligt SoL eller LVU.

Kartläggning av arbetssätt

Kartläggningen av arbetssätt gjordes genom en kombination av enkäter och intervjuer med personal inom regionernas tandvårdsenheter, kommunernas socialtjänster, tandvårdskliniker och familjehemsföräldrar. Enkäten till socialtjänsten genomfördes i samarbete med SKR. En insamling av överenskommer om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet gjordes också.

Registeranalys av munhälsa och tandvårdskontakt

Analyserna av placerade barns munhälsa och tandvårdskontakt baserades på en samkörning av individdata från kvalitetsregistret Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) och Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga. Från SKaPa har uppgifter om barnens munhälsa, besöksdatum och utförda undersökningar inhämtats medan uppgifter om placering har inhämtats från Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga.

- Studiepopulation 1: Populationen består av alla barn födda mellan 1993 och 2010 som var 6–17 år och folkbokförda i Sverige mellan 2010 och 2015.
- Studiepopulation 2: Populationen användes för att undersöka munhälsa och tandvårdskontakt hos yngre barn. Den består av alla barn födda mellan 2002 och 2009, som var 6–8 år och folkbokförda i Sverige mellan 2010 och 2015.

- Studiepopulation 3: Populationen användes för att undersöka munhälsa och tandvårdskontakt hos tonåringar. Den består av alla barn födda mellan 1993 och 2000, som var 15–17 år och folkbokförda i Sverige mellan år 2010 och 2015.
- Studiepopulation 4: Populationen används för att undersöka munhälsa och tandvårdskontakt hos tonåringar i olika placeringsformer. Den består av barn födda mellan 1993 och 1998 som var 17 år och folkbokförda i Sverige mellan år 2010 och 2015.

I tabellen nedan beskrivs projektets delfrågeställningar och genomförande.

Tabell 1. Projektets genomförande

Del	Delfrågeställningar	Genomförande
Kartläggning av ansvarsfördelning – rättsliga förutsättningar	Vilket ansvar har regioner och kommuner för placerade barns tandvård och munhälsa?	Dokumentstudier Juridisk genomgång
Kartläggning av arbetssätt	På vilket sätt arbetar regioner med placerade barns tandvård och munhälsa?	Intervjuer regioner Enkät regioner
Kartläggning av arbetssätt	På vilket sätt arbetar kommuner med placerade barns tandvård och munhälsa?	Intervjuer kommuner Enkät kommuner (tillsammans med SKR) Intervjuer representanter från familjehemsvården
Kartläggning av arbetssätt	På vilket sätt arbetar tandvårdskliniker med placerade barns tandvård och munhälsa?	Intervjuer tandvårdskliniker Enkät tandvårdskliniker
Kartläggning av arbetssätt	Hur ser regionernas/tandvårdens kallelseförfarande ut (även vid flytt eller byte av klinik)?	Intervjuer tandvårdskliniker och regioner Enkäter tandvårdskliniker och regioner
Registeranalys	Besöker placerade barn tandvården med samma regelbundenhet som andra barn i jämförbar åldersgrupp som inte är placerade?	Registeranalys Statistisk bearbetning
Registeranalys	Finns det skillnader i munhälsa hos barn som är placerade jämfört med barn i jämförbar åldersgrupp som inte är placerade?	Registeranalys Statistisk bearbetning
Registeranalys	Samvarierar placeringslängden med placerade barns munhälsa?	Registeranalys Statistisk bearbetning

Rättsliga förutsättningar

I detta avsnitt redovisas de rättsliga förutsättningarna samt berörda aktörers ansvar för munhälsa och tandvård när det gäller barn som utreds och placeras enligt SoL eller LVU. Avsnittet avslutas med en sammanfattande tabell av de rättsliga förutsättningarna.

Barns rätt till hälsa inklusive munhälsa utifrån internationella konventioner

Rätten att åtnjuta högsta uppnåbara fysiska och psykiska hälsa är en grundläggande del av våra mänskliga rättigheter och finns reglerat i internationella överenskommelser. Som exempel kan nämnas FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.¹¹

I FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) erkänns specifikt barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård. Där framgår att konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård (artikel 24). Rättigheterna i konventionen ska tillförsäkras varje barn inom en konventionsstats jurisdiktion utan åtskillnad av något slag (artikel 2).

Enligt FN:s barnrättskommitté har barn rätt till bästa möjliga hälsa, bland annat rätten till en *god* hälso- och sjukvård. I detta ingår bland annat förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, behandling och rehabilitering. Förverkligandet av barns rätt till hälsa är inte bara viktigt i sig utan dessutom nödvändigt för att barnet ska kunna åtnjuta alla de andra rättigheterna i konventionen. Dessutom är rätten till hälsa beroende av att många andra rättigheter i konventionen förverkligas.¹²

Vårdnadshavares och gode mäns ansvar för barns hälsa med mera

Barn i Sverige har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran (6 kap. 1 § föräldrabalken, FB). Det är vårdnadshavaren som ansvarar för att barnets grundläggande behov blir tillgodosedda (6 kap. 2 § andra stycket FB). Även av barnkonventionen framgår att barnets föräldrar eller annan vårdnadshavare ansvarar för barnets uppfostran och utveckling och ska stötta barnet i att få sina rättigheter uppfyllda (jfr. artikel 5). För ensamkommande asylsökande barn har den gode mannen ställning som vårdnadshavare (2 § lagen [2005:429] om god man för ensamkommande barn).

¹¹ Artikel 12 (1).

¹² Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (CRC/C/GC/15) om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24), punkt 7 och 24.

Efter ett beslut om placering enligt SoL eller LVU har vårdnadshavaren kvar den juridiska vårdnaden om barnet. Vårdnadshavarens rätt att bestämma i frågor som rör barnet påverkas dock i olika grad beroende på om det är en frivillig placering enligt SoL eller en placering med stöd av LVU. Vid frivilliga placeringar bygger vården på vårdnadshavarens samtycke och ett beslut om vård enligt SoL påverkar därför inte vårdnadshavarens bestämmanderätt enligt FB i formell mening. Genom samtycket till placeringen överlåter vårdnadshavare dock frågor som hör till den dagliga omsorgen för barnet till familjehemsföräldrarna eller personalen. När det gäller barn som är frivilligt placerade får en bedömning göras i varje enskilt fall av vilka frågor som är att hänföra till daglig omsorg, där familjehemsföräldrar eller personal fattar beslut, och vilka som är av större dignitet, och där vårdnadshavarna fattar beslut.

När det gäller placering enligt LVU kan vårdnadshavarna ha ett fortsatt inflytande över vården av barnet¹³ men med de begränsningar som krävs för att vården ska kunna genomföras.¹⁴ Till skillnad från SoL-placeringar kan dock socialtjänsten vid LVU-placeringar, om det skulle finnas motsättningar, fokusera på barnets behov och intressen utan kompromisslösningar med vårdnadshavaren [29]. Beslut i frågor som rör den dagliga omsorgen fattas, precis som vid en SoL-placering, av familjehemsföräldrarna eller personal vid HVB eller stödboende.¹⁵

Regionernas ansvar att erbjuda tandvård till barn och unga

Regionerna har ett långtgående ansvar för barns hälso- och sjukvård och tandvård. Enligt tandvårdslagen ska varje region erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom regionen (5 § tandvårdslagen). Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen (2 § tandvårdslagen). Med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan (1 § tandvårdslagen). Folk-tandvården ska svara för fullständig och regelbunden tandvård till barn och unga till och med det år de fyller 23 år (7 § första punkten tandvårdslagen). Denna tandvård ska vara avgiftsfri (15 a § tandvårdslagen).

När tandvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella åtgärden så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad (3-3 a §§ tandvårdslagen).

Asylsökande barn ska erbjudas hälso- och sjukvård och tandvård i samma omfattning och på samma villkor som barn som är bosatta inom regionen (5 § lagen [2008:344] om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.).

¹³ Se bl.a. JO dnr 2894-2011.

¹⁴ Jfr. 11 § LVU.

¹⁵ Se vidare Socialstyrelsens handbok Placerade barn och unga, s. 214 ff.

Anmälningsskyldighet för personal inom tandvården vid oro för ett barn

Enligt 14 kap. 1 § SoL ska hälso- och sjukvården och tandvården genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Barn vars omsorgspersoner brister i omvårdnaden om barnet kan utebli från avtalade tider hos hälso- och sjukvården eller tandvården. Personal inom dessa verksamheter har ett professionellt ansvar för att de barn som uteblir från undersökningar och besök ska uppmärksammas.

Socialnämndens ansvar för placerade barns hälsa inklusive tandhälsa

Socialnämnden har ett omfattande ansvar för barn och unga. Detta kommer till uttryck bl.a. i 5 kap. 1 § SoL, som anger att nämnden ska verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. När någon vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL eller LVU ansvarar socialnämnden för att personen får god vård (jfr. 6 kap. 1 § tredje stycket SoL). Socialnämnden ska också bland annat verka för att barn som vårdas utanför det egna hemmet får den hälso- och sjukvård som de behöver (6 kap. 7 § andra stycket tredje punkten SoL).

I förarbetena till SoL framhålls bland annat att hälsan är av grundläggande betydelse för barns utveckling och att försummad hälso- och sjukvård kan lägga grunden till bestående hälsoproblem. Socialnämnden ska vara aktiv i att få till stånd undersökningar, insatser och behandlingar som barnen kan vara i behov av inom hälso- och sjukvården. Det är även betydelsefullt att socialtjänsten följer upp att placerade barn och unga får tandvård.¹⁶

Socialnämnden ska samverka med andra samhällsorgan för att barn och unga i familjehem, stödboende eller HVB får sina behov av hälso- och sjukvård samt tandvård tillgodosedda (3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2012:11] om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende).¹⁷ Socialnämnden ska noga följa vården av de barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Socialnämnden ska särskilt uppmärksamma bland annat barnets eller den unges hälsa (6 kap. 7 b § SoL).

När en socialnämnd utreder om den behöver ingripa till ett barns skydd eller stöd får nämnden, för bedömningen av behovet av insatser, konsultera sakkunniga samt i övrigt ta de kontakter som behövs. Utredningen ska inte göras mer omfattande än vad som är motiverat av omständigheterna i ärendet (11 kap. 2 § SoL). Om nämnden konsulterar sakkunniga för att få hjälp med bedömningen av ett barns behov, bör en sådan begäran göras skriftligt och innehålla specificerade frågor om vad nämnden önskar få belyst eller utrett, enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:6 [S]) om handläggning av ärenden som gäller barn och unga.

¹⁶ Se proposition 2012/13:10, Stärkt stöd och skydd för barn och unga s. 80 f.

¹⁷ Bestämmelser om upprättande av en individuell plan (SIP) för den som har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns i 2 kap. 7 § SoL respektive 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

I socialnämndens ansvar ingår att upprätta en vårdplan för varje barn och ung person som placeras i HVB, stödboende eller familjehem. Vårdplanen ska innehålla åtgärder och insatser som andra huvudmän ansvarar för, som till exempel hälso- och sjukvård (jfr. 11 kap. 3 § första och tredje stycket SoL). Av vårdplanen ska bland annat framgå hur barnet eller den unge, samt för personer under 18 år vårdnadshavaren eller den gode mannen, ser på den planerade vården (jfr. 5 kap. 1 a § första stycket socialtjänstförordningen [2001:937], SoF).

Även en genomförandeplan ska upprättas för barn och unga som vårdas i HVB, stödboende eller familjehem (11 kap. 3 § andra stycket SoL). Genomförandeplanen konkretiserar innehållet i vårdplanen och tydliggör roller och ansvar mellan de olika parter som är involverade vid en placering. Av genomförandeplanen ska det bland annat framgå vilka åtgärder som planeras för att barnet eller den unge ska få sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedda (7 kap. 3 § SOSFS 2012:11).

Hälsoundersökningar av barn och unga som placeras

Den 15 april 2017 trädde lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet i kraft. Genom lagen fick regionerna ett ansvar för att barn och unga som placeras erbjuds en hälsoundersökning. Bakgrunden till bestämmelserna som infördes 2017 var att placerade barn och unga som grupp betraktad har sämre fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa än andra och att det därför bedömdes som angeläget att försummade hälso- och sjukvårdsbehov ska kunna tillgodoses under vårdens genomförande, oavsett om placeringen sker med stöd av SoL eller LVU.¹⁸

Det är socialnämnden som ska initiera hälsoundersökningen (jfr. 1 § lag om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet). Samtidigt som lagen om hälsoundersökningar trädde i kraft infördes också en ny bestämmelse i SoL. Enligt 11 kap. 3 a § SoL ska socialnämnden, om det inte är obehövt, underrätta regionen om att ett barn eller en ung person 18–20 år ska erbjudas en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds. Socialnämndens ansvar gäller vid alla placeringar av barn och unga enligt SoL och LVU. Som en del i att socialnämnden initierar en hälsoundersökning kan nämnden behöva kontakta tandvården för att barnet eller den unge ska erbjudas en tandvårdsundersökning.

Hälsoundersökningens innehåll och dokumentation av vårdgivarens bedömningar

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet trädde i kraft den 1 januari 2020. Föreskriften gäller för alla vårdgivare som utför denna typ av hälsoundersökningar (1 §). Till föreskriften har fogats allmänna råd.

¹⁸ Jfr. proposition 2016/17:59, Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, s. 30 ff.

Syftet med hälsoundersökningen är enligt 3 § att den ska ge underlag för

- en medicinsk bedömning av behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård hos ett barn eller en ung person som vårdas utanför det egna hemmet,
- hur socialnämnden ska verka för att barnet eller den unge ska få sitt behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosett, samt
- hälso- och sjukvårdens och tandvårdens fortsatta kontakt med barnet eller den unge.

Regelverket är delvis uppdelat efter vilken del av hälsan som undersöks, den fysiska och psykiska hälsan respektive den orala hälsan. Detta har främst sin grund i att det är olika typer av verksamheter och professioner som utför undersökningarna. Bestämmelserna i 10–14 §§ avser undersökning av oral hälsa.

Enligt föreskrifterna ska uppgifter om barnets eller den unges orala hälsa hämtas in av vårdgivaren inför undersökningen (10 §). Vårdgivaren ska göra en bedömning av barnet eller den unges behov av tandvård samt vid behov remittera barnet eller den unge till någon annan vårdgivare (13 §). De bedömningar som görs av respektive vårdgivare ska dokumenteras i ett utlåtande. Socialnämnden ska få ta del av utlåtandet, om det inte finns hinder enligt reglerna om sekretess eller tystnadsplikt (14 §).¹⁹ Hälsoundersökningen kan utgöra en del av underlaget till den vårdplan och genomförandeplan som socialnämnden ska upprätta.²⁰

Förhållandet till bestämmelserna om hälsoundersökningar för asylsökande

I 7 § lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. anges att en region ska erbjuda vissa utlänningar en hälsoundersökning om det inte är uppenbart obehövligt.²¹ Asylsökande barn och unga omfattas därmed av två lagstiftningar när det gäller hälsoundersökningar, dels lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, dels lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Syftet med den hälsoundersökning som ska erbjudas barn och unga som placeras och den hälsoundersökning som ska erbjudas alla asylsökande är delvis olika, även om de överlappar varandra.

Utgångspunkten är att asylsökande barn och unga som placeras ska erbjudas två hälsoundersökningar, om inte arbetet i respektive region och kommun organiseras så att de i stället till exempel erbjuds en undersökning som uppfyller kraven i båda regelverken.

Förhållandet till bestämmelsen om läkarundersökning i LVU

Hälsoundersökningen i anslutning till en placering utanför hemmet motsvaras inte av den läkarundersökning som ska göras inför en ansökan om vård

¹⁹ Sekretessbrytande bestämmelser finns i 10 kap. 1 §, 10 kap. 2 §, 10 kap. 28 § samt 25 kap. 12–13 §§ OSL.

²⁰ Prop. 2016/17:59 s. 34.

²¹ Socialstyrelsen har föreskrifter och allmänna råd om dessa hälsoundersökningar, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökningar av asylsökande m.fl.

med stöd av LVU. Läkarundersökningen enligt 32 § LVU är mer begränsad och syftar till att identifiera sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som kan ha betydelse för behovet av vård enligt LVU och för planering av vården.²²

Krav på överenskommelser mellan kommuner och regioner

Kommunerna och regionerna har en lagstadgad skyldighet att ingå generella överenskommelser om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (5 kap. 1 d § SoL samt 16 kap. 3 § första stycket tredje punkten hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL).

Överenskommelserna bör enligt förarbetena syfta till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL och LVU. Det kan till exempel handla om gemensamma målsättningar, ansvarsfördelning och övergripande rutiner för samarbete. Överenskommelser bör avse samverkan och ansvarsfördelning såväl inför en placering som under genomförandet av vården och inför att vården ska avslutas. Under socialnämndens utredning av ett barns behov kan samarbetet handla om konsultation i frågor som kräver medicinsk kompetens och tvärprofessionell kompetens för att bedöma ett barns behov, till exempel rutiner för hälsoundersökningar.²³

Sammanfattning rättsliga förutsättningar

I avsnittet har de rättsliga förutsättningarna samt berörda aktörers ansvar för munhälsa och tandvård när det gäller barn som utreds och placeras enligt SoL eller LVU redovisats. Tabellen nedan är en översikt av vissa av de mest centrala bestämmelserna och illustrerar vad regionerna respektive kommunerna ansvarar för när det gäller placerade barns tandvård och munhälsa. Tabellen är inte en uttömmande checklista. Familjehemsföräldrar eller personal på HVB eller stödboende ansvarar för frågor som rör den dagliga omsorgen.

²² Jfr. prop. 2016/17:59 s. 35.

²³ Jfr. prop. 2016/17:59 s. 26.

Tabell 2. Regionernas och kommunernas ansvar för placerade barns tandvård och munhälsa

Vad ska göras?	Regioner	Kommuner
Grundläggande ansvar		
Verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden		5 kap. 1 § SoL
Erbjuda god tandvård åt dem som är bosatta inom regionen	5 § tandvårdslagen	
Ingå överenskommelse om ett samarbete i fråga om barn som vårdas utanför det egna hemmet	16 kap. 3 § HSL	5 kap. 1 d § SoL
Anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa	14 kap. 1 § SoL	
Under utredning om barns behov av skydd eller stöd		
Får vid behov konsultera sakkunniga, inom till exempel tandvård		11 kap. 2 § SoL
I samband med placeringstillfället		
Om det inte är obehövt, underrätta regionen om att ett barn eller en ung person ska erbjudas hälsoundersökning för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet		11 kap. 3 a § SoL
Erbjuda hälsoundersökning för ett barn eller en ung person som placeras	1 § lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet	
Hämta in uppgifter om barnets eller den unges orala hälsa som ett underlag inför hälsoundersökning	10 § HSLF-FS 2019:19	
Under placeringstiden		
Verka för att placerade barn får den hälso- och sjukvård som de behöver		6 kap. 7 § SoL
Samverka med andra samhällsorgan för att placerade barn och unga ska få sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedda		3 kap. 2 § SOSFS 2012:11
Socialnämnden ska noga följa vården av placerade barn och unga		6 kap. 7 b § SoL

Resultat

– kartläggning av arbetssätt

I det här avsnittet redovisas resultatet från kartläggningen av arbetssätt, det vill säga hur kommuner, regioner och tandvårdskliniker arbetar med tandvård och munhälsa för placerade barn och unga. I intervjuerna med kommuner medverkade en majoritet utredande socialsekreterare och några enstaka enhetschefer. För att öka läsbarheten benämns dock intervjupersonerna från kommunerna genomgående socialsekreterare.

Avsnittet är uppdelat i arbetssätt före placeringen, i samband med placeringstillfället och under placeringstiden.

Före placeringen

Tandvård och munhälsa under utredningsfasen

Socialtjänsten konsulterar tandvården för var femte barn som placeras

SKR:s och Socialstyrelsens enkät till kommunerna visar att konsultationer med tandvården gjordes i 22 procent av utredningarna som ledde till placering under 2019. Det är vanligare att tandvården konsulteras i samband med utredningar enligt LVU än enligt SoL. För ett stort antal av de placerade kan kommunerna inte lämna någon uppgift om huruvida tandvården konsulterats (se bilaga 2). Vid SKR:s senaste uppföljning framkom att konsultationer genomfördes vid 9,5 procent av utredningarna som ledde till placering 2016 [10].

Tabell 3. Andel placerade barn och unga som tandvården konsulterats för
Andelar i procent

År	Totalt (%)	Enligt LVU (%)	Enligt SoL (%)
2019	22	32	15
2016	9.5	18	5

Källa: Sveriges kommuner och regioner (2017). Nationell kartläggning om hälsoundersökningar av barn och unga inför placering, SKR:s och Socialstyrelsens enkät till kommuner.

Variation i hur socialtjänsten arbetar med konsultationer med tandvården

I intervjuer med socialsekreterare framgår att kommunerna har varierande kriterier för att besluta om att konsultera tandvården i samband med en utredning eller inte. De berättar att konsultationer kan göras

- endast om det finns särskild oro för barnets munhälsa
- endast om orosanmälan inkommit från tandvården
- i alla utredningar som inletts på grund av oro för omsorgssvikt
- inte vid några utredningar oavsett orsak eller känd hälsosituation.

Att arbetet med konsultationer varierar mellan kommunerna bekräftas också i enkäten till regionerna. Några regioner skriver i fria kommentarer att de önskar att socialtjänsten i högre grad tar kontakt med tandvården och att de upplever att det görs mer sällan än att kontakt tas med hälso- och sjukvården i samband med utredning eller placering. En region skriver dock att de känner till att det är vanligt med konsultationer och att de sker vid flera tillfällen varje vecka.

I enkäten till kommunerna ställdes också frågan om i hur många av de utredningar där socialtjänsten konsulterat tandvården som utredningen föregåtts av en orosanmälan från tandvården. I 13 procent av konsultationerna i en utredning enligt SoL och i 6 procent av utredningarna enligt LVU hade tandvården anmält oro för barnet eller den unge.

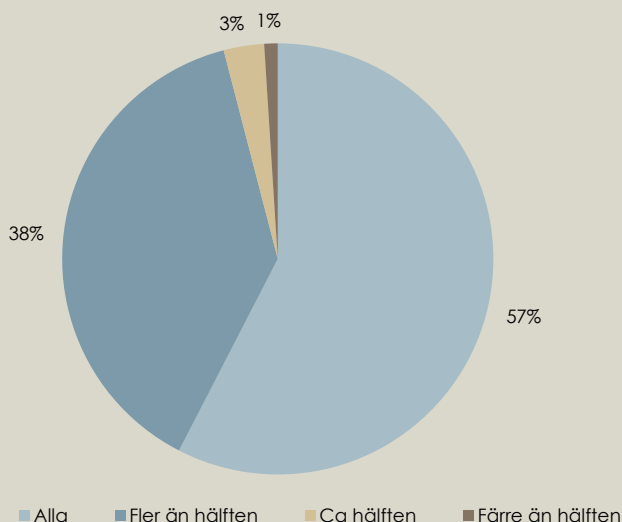
Orosanmälningar från tandvården

Många orosanmälningar från tandvården handlar om oro på grund av uteblivande från bokade tider

I enkäten till tandvårdskliniker svarar 98 procent att kliniken har gjort minst en orosanmälan till socialtjänsten under 2019, och 57 procent svarar att samtliga orosanmälningar som gjordes under året var på grund av uteblivande från bokade tider.

Figur 2. Orosanmälningar från tandvården som handlade om uteblivande från bokade tider under 2019

Av klinikerna uppskattad andel. Antal svarande: 221.



Svarsalternativen *Inga* och *Vet ej* ingick i enkäten men fick 0 procent svarsfrekvens.

Källa: Socialstyrelsens enkät till tandvårdskliniker

De kliniker (106 stycken) som svarade att de orosanmält under 2019 av andra skäl än uteblivande fick frågan om vilken annan oro som låg till grund för orosanmälningarna. Av dessa svarar 70 stycken, motsvarande 66 procent, att de anmält oro för omsorgssvikt som manifesteras oralt, det vill säga omfattande karies eller att munhygienråd inte blivit hörsammade. En mindre andel

svarar att de anmält oro på grund av misstanke om våld eller övergrepp (29 procent), eller omsorgssvikt som inte manifesteras oralt (18 procent).

Bilden att en stor del av orosanmälningarna från tandvården handlar om uteblivande från bokade tider bekräftas i intervjuer med tandvårdskliniker och socialsekreterare. Den generella uppfattningen hos dessa är att orosanmälningarna från tandvården har ökat under senare år. Några socialsekreterare svarar i intervjuerna att det är sällan som anmälningar från tandvården leder till att en utredning öppnas. Det vanligaste är istället att man då försöker motivera barnets föräldrar att se till att barnet kommer till tandvården.

Alla regioner och tandvårdskliniker har rutiner för orosanmälan när barn inte kommer till tandvården på bokade tider

Av enkäten till regioner framgår att det finns rutiner för orosanmälan till socialtjänsten när barn inte kommer till tandvården på bokade tider i alla regioner. Alla tandvårdskliniker svarade också i enkäten att de har rutiner för hur de ska agera om ett barn inte kommer till sina bokade tider.

En vanlig rutin som beskrivs i enkäter och intervjuer med regioner och tandvårdskliniker är att det vid andra kallelsen också bifogas ett brev med information om tandvårdens skyldighet att undersöka alla barn. Om barnet fortsatt uteblir, ibland efter flera påminnelser, går ett brev ut till vårdnadshavarna med uppmaning om att kontakta kliniken inom en viss tid, och att en orosanmälan därefter kommer att skickas till socialtjänsten. En region skriver i enkäten att om barnet inte kommit till tandvården inom tre år så görs en orosanmälan till socialtjänsten.

En region beskriver i enkätsvaren att det finns ett särskilt arbetssätt för barn som uteblir från kallade tider, där en grupp arbetar heltid med att fånga upp så kallade ej avhörda barn (EAB-grupp). Gruppen försöker etablera kontakt och boka tider eller kartlägga var barnet befinner sig. De gör också anmälningar till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa. En annan region skriver att de centralt från regionen tar kontakt med kliniker som har listade barn som inte varit på undersökning.

Flera regioner och tandvårdskliniker berättar i intervjuer och i fria kommentarer i enkäterna att de önskar mer återkoppling från socialtjänsten när de orosanmält. Ofta vet de inte vad som är orsaken till att barnen inte kommer. Det kan röra sig om barn som är placerade, är bosatta utomlands eller som av andra anledningar inte tar sig till kliniken på bokade tider.

I samband med placeringstillfället

Listning och kallelser i samband med placering

Regionernas rutiner för listning när barn flyttar till ny adress

Enkäten till regionerna visar att alla regioner har rutiner för listning av barn hos en tandvårdsklinik. Det är ett arbetssätt som regionerna har utvecklat för att säkerställa att alla barn som är bosatta i regionen erbjuds tandvård.

Av intervjuerna med regioner framgår att en vanlig rutin är att det år barnen fyller två eller tre år skickar regionen brev till barnens folkbokföringsadress. Då informeras barnets vårdnadshavare om att det råder fritt val av klinik inom tandvården och att de kan välja vilken klinik de vill lista barnet hos. Om inget aktivt val av vårdgivare görs så listas barnet passivt hos den klinik som ligger närmast barnets folkbokföringsadress. I de flesta regioner är det Folktandvården som barnen listas passivt hos, men det finns också i några regioner privata vårdgivare som också ansvarar för barn- och ungdomstandvård.

Information till klinikerna om listade barn

Av enkäten till regionerna framgår att i 11 av regionerna sker informationen till klinikerna om listade barn genom en kontinuerlig, automatisk uppdatering av listorna baserad på folkbokföringsregistret. I flera regioner sker uppdateringen månadsvis manuellt.

Tabell 4. Regionernas rutiner för uppdatering av klinikernas listor

Redovisat som antal och andel i procent

Uppdatering	Antal	Andel (%)
Kontinuerlig, automatisk uppdatering	11	52
Månadsvis manuellt	7	33
Veckovis manuellt	2	10
Årligen manuellt	1	5
Totalt	21	100

Källa: Socialstyrelsens enkät till regionerna

Den första kallelsen till en ny tandvårdsklinik

När ett barn har listats på en tandvårdsklinik har regionerna olika rutiner för när det ska kallas till kliniken första gången, vilket redovisas i tabell 5. I enkäten till regionerna svarar tio regioner att barnet ska kallas på undersökning inom en viss tid, vilket är den enskilt vanligaste rutinen. Av dessa anger sex regioner att barnet ska kallas inom sex månader, medan två regioner ser att barnet ska kallas inom tre månader. En region skriver ”så snart som möjligt” och en annan att de inte har någon särskild rutin, men att om ett barn inte fått undersökning inom två år måste det följas upp. En annan typ av rutin för när ett barn som nyligen listats på en klinik ska kallas är att kliniken gör en individuell bedömning av barnets tandvårdsbehov, vilket fem regioner svarar. I tre av regionerna ska barnet kallas när det uppnår en så kallad indexålder²⁴, beslutad av regionerna.

²⁴ Tandvård för barn och unga innebär oftast att frekvensen för tandvårdsbesök baseras på barnens risk för munsjukdomar. I vissa åldrar kallas största delen av folkbokförda barn i regionen till tandvården för undersökning oavsett risk och dessa åldrar kallas indexålder.

Tabell 5. Vilken bedömning som ligger till grund för att ett nylistat barn äldre än 3 år ska ha en erbjuden tid för undersökning

Redovisat som antal och andel i procent

Bedömning	Antal	Andel (%)
Inom en viss tid efter listning, varav:	10	48
Inom 1 månad	(0)	(0)
Inom 3 månader	(2)	(10)
Inom 6 månader	(6)	(29)
Inom 1 år	(0)	(0)
Annat, nämligen	(2)	(10)
Individuell bedömning av tandvårdsbehov	5	24
Vid nästa indexålder	3	14
Annat sätt	3	14
Vet ej	0	0
Totalt	21	100

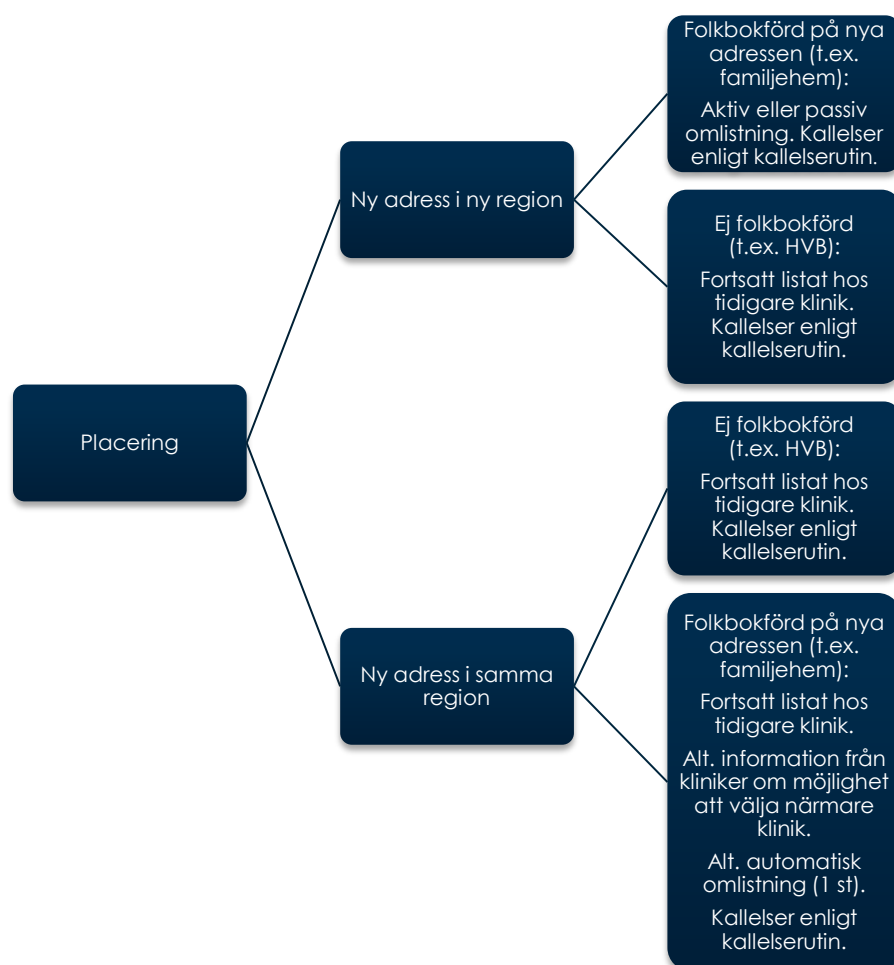
Källa: Socialstyrelsens enkät till regionerna

Listning och kallelser när ett barn flyttar

I figur 3 beskrivs regionernas listnings- och kallelseförfarande när ett barn flyttar till en ny region, respektive inom samma region. Figuren bygger på enkäten till regionerna och illustrerar en sammanvägning av regionernas svar²⁵.

²⁵ Samtliga regioner svarade på enkäten och figuren illustrerar en sammanvägning av deras svar. Av enkätsvaren framgår att i Region Örebro erbjuds alla barn och unga som är placerade tandvård på avdelningen för pedodonti. Det innebär att bilden ovan innefattar deras listnings- och kallelseförfarande, men inte hur det påverkar placerade barn och unga i regionen.

Figur 3.



- *Barn som flyttar från en region till en annan:* Av figuren ovan framgår att regionerna ser till att ett barn som flyttar från en region till en annan listas om hos en tandvårdsklinik i den nya regionen. Omlistningen kan göras antingen genom att barnet eller vårdnadshavare väljer en ny klinik, alternativt genom passiv listning (att regionen listar barnet på den klinik som ligger närmast folkbokföringsadressen). Därefter följer kallelser enligt rutiner. För placerade barn gäller det exempelvis familjehemsplaceringar under längre tid, då dessa barn i regel folkbokförs i familjehemmet.
- *Barn som flyttar till en annan region men inte är folkbokförda där:* När det gäller barn som placeras i en annan region men som inte är folkbokförda i denna är det fortfarande deras hemregion som ansvarar för barnets tandvård (jfr. 5 § tandvårdslagen). Om ingen manuell ändring görs fortsätter den klinik som barnet är listat hos att kalla barnet och kallelserna skickas till barnets folkbokföringsadress. Det beskrivs som en potentiell svårighet i intervjuer med regioner, kommuner, kliniker och familjehem, samt i enkäten till kliniker. Risker när kallelserna kommer till barnets folkbokföringsadress, och inte dit barnet vistas, är att de inte når fram till barnet eller att det finns svårigheter förknippade med att barnet behöver resa till sin hemregion för att få tandvård. För placerade barn kan detta till exempel, som

nämnts i bakgrundsavsnittet, röra sig om barn som placeras i jourhem eller HVB i annan region.

- *Barn som flyttar inom sin hemregion:* Om ett barn flyttar inom sin hemregion görs i de flesta regioner ingen ändring i listningen om ingen manuell ändring görs, oavsett om folkbokföringsadressen ändras eller inte. Den klinik som har barnet listat fortsätter att skicka kallelser till barnets folkbokföringsadress. En region svarar i enkäten att barnet automatiskt listas om till den ansvariga klinik som är belägen närmast folkbokföringsadressen, om de inte tidigare gjort ett aktivt val av klinik. Övriga regioner nämner inte något automatiserat system för utskick av till exempel informationsbrev vid folkbokföringsadressändring inom regionen i enkätsvaren. Några andra regioner beskriver dock att klinikerna har ett arbetssätt som innebär att de informerar barnet eller vårdnadshavaren om att det finns en klinik närmare folkbokföringsadressen, och att de därefter kan göra valet att byta klinik om de vill. Om folkbokföringsadressen inte är ändrad men barnet bor på ny adress beskrivs av några regioner att det kan lösas så att barnet får gå på den klinik som önskas. Det krävs dock att tandvården informeras om att barnet vistas på den nya adressen.

Regioner och kliniker får inte automatiskt kännedom om vilka barn som är placerade

Regionerna och tandvårdsklinikerna får inte automatiskt kännedom om vilka barn som är placerade. Detta beskrivs i enkäter och intervjuer med både regioner och kliniker som ett potentiellt problem, då risken är att barn som har sin adress i en region men vistas i en annan inte fångas upp av listnings- och kallelsesystemet. En av klinikcheferna skriver i enkätsvaren:

Vi upplever att barn som placeras, oavsett om de flyttar in eller ut från vårt område, lätt hamnar mellan stolarna. Barn som flyttar ut men som kvarstår som skrivna i vårt område kallar vi och ibland lyckas vi luska reda på att de är placerade någon annanstans. Alla barn som folkbokförs här kallar vi men får de en placering i kommunen utan att skrivas här har vi ingen aning om dem.

Flera av de intervjuade familjehemsföräldrarna har erfarenheter av kallelser som hamnar fel. En berättar till exempel om att kallelser fortsatte komma till deras adress trots att barnet flyttat för många månader sedan. När kallelser från tandvården kommer till placerade barns föräldrar så händer det att föräldrarna meddelar det, berättar familjehemsföräldrarna i intervjun. Vid de tillfällena har föräldrarna kontaktat familjehemmet direkt och inte gått genom socialtjänsten.

Ibland behandlar tandvården barn som är skrivna i en annan region men det kräver kännedom om var barnen befinner sig

För barn som söker annan tandvård än akuttandvård i en annan region än där barnet är folkbokfört gäller olika rutiner i de olika regionerna när det gäller

vårdgivarens ersättning. I intervjuerna med regioner, och i kommentarer i enkäten till regioner och tandvårdskliniker, framkom att i vissa regioner finns avtal med andra regioner eller med vårdgivare i andra regioner vilket innebär att tandvårdskliniken kan få ersättning för utförd tandvård på barn som är folkbokförda och listade i en annan region. I vissa regioner krävs att en bedömning görs innan tandvården utförs, och att ett kostnadsförslag då behöver lämnas. I andra regioner beskrivs att de ofta betalar för utomlänstandvård och att om det är sådan tandvård som regionen själv hade utfört ersätts hela kostnaden, och inte bara barnpengen (den fasta ersättningen per barn). I en intervju resonerar en representant för regionen kring att om det rör ett i regionen listat barn som är boende på HVB i en annan region finns det inget egenvärde i att barnet ska åka ”hem” för att få tandvård, medan en annan säger att huvudregeln är att barnet ska få tandvård där det är listat. I en intervju med en tandvårdsklinik berättades att de utför tandvård utan ersättning på barn som är placerade i deras närområde av humanitära skäl.

Även om det finns regioner som utför fullständig tandvård och ersätter tandvård för barn som är listade på en tandvårdsklinik i en annan region, så förutsätter det att tandvården har kännedom om var barnet befinner sig, och tandvården behöver informeras om var barnet finns. Det beskrivs som en svårighet för att barn som är placerade ska få regelbunden tandvård.

Ovanligt att socialtjänsten listar om barn på en ny klinik i samband med placering

I de överenskommelser om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet som skickats till Socialstyrelsen är det i 8 stycken [30-38] specificerat att socialnämnden har till uppgift att informera tandvården att ett barn ska komma att flytta i samband med placering. I enkäten till tandvårdsklinikerna svarar 77 procent att de under 2019 inte informerats av socialtjänsten om flytt. En procent svarar att de blivit kontaktade vid ett flertal tillfällen. I underlaget har vi ingen kunskap om hur många barn som flyttat i samband med placering. Vid en jämförelse av enkätsvaren från de kliniker som är belägna i de åtta regioner som har skrivningar om information i samband med flytt i sina överenskommelser, och enkätsvaren från kliniker i andra regioner, så syns inga skillnader i andel som svarar att de informerats om flytt.

Bilden bekräftas i intervjuer med tandvårdskliniker, socialsekreterare och familjehemsföräldrar samt i enkäten till tandvårdskliniker. Där framgår att det generellt är ovanligt att socialtjänsten listar om barn hos en ny klinik eller tar kontakt med tandvården för att informera om flytt i samband med placering.

Socialtjänsten förutsätter att familjehemmen tar kontakt med tandvården

I intervjuer med socialsekreterare och familjehemsföräldrar framgår att socialtjänsten ofta antar att familjehemmen ska se till att ett placerat barn blir listat på den tandvårdsklinik som övriga i familjehemmet går till, eller på annat sätt ta kontakt med tandvården. Av intervjuerna framgår också att detta inte är något som socialtjänsten uppdragit familjehemmen att göra, eller något som socialtjänsten följer upp. En uppfattning hos socialsekreterarna är att

det ingår i rollen som familjehemsförälder att se till att barnen får den hälso- och sjukvård och tandvård som de behöver. På intervjufrågan om socialtjänsten följer upp om barnen listats på en klinik eller att kontakt tagits med tandvården på annat sätt svarar socialsekreterarna som intervjuats att det generellt inte sker. Det skulle dock kunna göras om man känner till att barnen har ett stort behandlingsbehov som behöver omhändertas, menar några.

Familjehem berättar om dålig munhälsa vid ankomst

Vid gruppintervjun med familjehemsföräldrar framkommer den generella uppfattningen att barn som placerats hos dem ofta haft dålig munhälsa och bristande rutiner för att sköta sin munhygien vid ankomst. De berättar till exempel om att många barn haft för vana att dricka söta drycker vid sänggåendet, och att det kan vara svårt att få tandborstningen att fungera. Ansiktet, och i synnerhet munnen, upplevs också som mycket privat, vilket innebär att förtroende kan behöva byggas upp hos mindre barn innan man kan hjälpa dem med tandborstningen. Några berättar om att de köper färgglada tandborstar och tandkräm för att locka till tandborstning. Vissa placeringar är turbulenta och behäftade med olika typer av problematik och tandborstning eller bokning av tandvårdsbesök är inte alltid heller det första som prioriteras av familjehemmen.

Ingen vikt åt tandvård och munhälsa i utbildningar för familjehem

I intervjun med familjehemsföräldrar framgår att ingen vikt har lagts vid tandvård och munhälsa i samband med utbildningar och fortbildningar för familjehemmen. De menar att det istället ses som en självklarhet hos socialtjänsten att familjehemmen ska ta hand om sådant som rör munhälsa och tandvård. Boken *Ett hem att växa i* [12] som är en grundutbildning för familje- och jourhem innehåller begränsad information om hur man ska tänka om tandborstning och tandvård som familjehemsförälder.

HVB har olika arbetssätt

I intervjuer med socialsekreterare framkommer att HVB har olika arbetssätt när det gäller rutiner för tandvårdsbesök. I intervjuer med flera socialsekreterare har framkommit att kommunerna som de arbetar i inte har några särskilda bestämmelser eller rutiner, utan att det är upp till HVB att utforma egna rutiner för kontakter med tandvården. Några HVB beskrivs ha upparbetade kontakter med tandvårdskliniker och bokar rutinmässigt in undersökningar för alla barn. Andra tar endast kontakt med tandvården i akuta fall, till exempel om ett barn har smärta i munnen. Socialstyrelsen har inte gjort någon kartläggning av hur HVB arbetar med munhälsa och tandvårdskontakt för placerade barn.

Hälsundersökningar av munhälsan i samband med placering

I många län finns rutiner för hälsundersökning av munhälsan

Vid årsskiftet 2019–2020 fanns överenskommelse mellan regionen och länets kommuner om samarbete i fråga om barn som vårdas utanför det egna hemmet som omfattade hälsundersökning i samtliga 21 län. I SKR:s senaste uppföljning 2016 fanns motsvarande överenskommelse i alla län utom ett [10], vilket var en ökning från 2014 då en sådan fanns i 15 av 21 län [26].

Den delen av hälsundersökningen som omfattar munhälsan är beskrivet i de inskickade överenskommelserna från 18 av länen²⁶.

Tabell 6. Län som har överenskommelse om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet som omfattar beskrivning av undersökning av munhälsan

Rutin för undersökning av munhälsan	Antal län
Ja	17
Nej	2 (revideras)
Delvis	1
Totalt	21

Källa: Inkomna överenskommelser om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Hälsundersökning av munhälsan gjordes för 13 procent av barnen som placerades under 2019

Enligt SKR:s och Socialstyrelsens gemensamma enkät till kommunerna genomfördes hälsundersökning av munhälsan för 13 procent av de ej ensamkommande barn och unga som placerades under 2019. I tabell 7 visas att det är en större andel av dessa som placerats enligt LVU som genomgått hälsundersökning av munhälsan än de som placerats enligt SoL. För många av de som placerades under 2019 kan kommunerna inte svara på om huruvida de genomgick en hälsundersökning av munhälsan eller inte (se bilaga 2).

Tabell 7. Hälsundersökningar av munhälsan i samband med placering

Andel ej ensamkommande barn och unga i som i samband med placeringen genomgått en hälsundersökning av munhälsan 2019. Andelar i procent. Uppdelat på lagrum.

År	Totalt (%)	Enligt LVU (%)	Enligt SoL (%)
2019	13	17	10
2016	11	17	8

Källa: Nationell kartläggning om hälsundersökningar av barn och unga inför placering. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner (2017); SKR:s och Socialstyrelsens enkät till kommunerna

Enkäten till kommuner visade också att av de barn och unga som hade genomgått en hälsundersökning av munhälsan 2019 var det 24 respektive 57

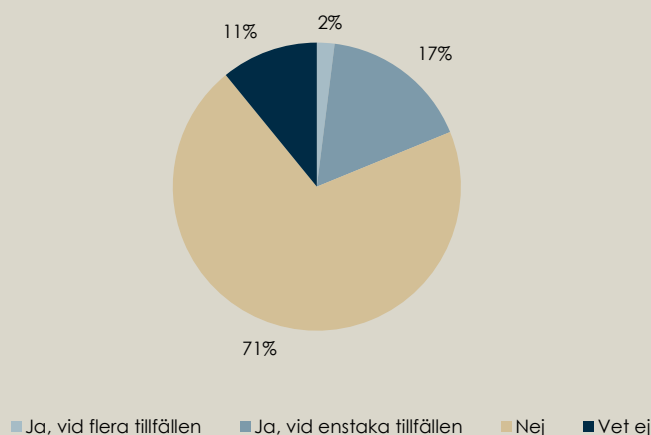
²⁶ Uppgifterna samlades in under hösten 2019. Sedan dess har komplettering inkommit från Region Örebro län.

procent av de ej ensamkommande barnen som placerades enligt SoL och LVU som hade behov av fortsatta insatser inom tandvården.

På enkäten till tandvårdskliniker svarade 17 procent att de under 2019 fick begäran från socialtjänsten om undersökning i samband med placering. Av dessa var det 4 stycken, motsvarande 2 procent, som angav att det skett vid flera tillfällen. 82 procent svarar nej eller vet ej.

Figur 4. Andel kliniker som under 2019 blivit kontaktade av socialtjänsten med en begäran om att utföra hälsoundersökning i samband med att ett barn placerats

Andelar i procent. Antal svarande kliniker: 232



Källa: Socialstyrelsens enkät till tandvårdskliniker

Socialtjänsten kontakter sällan tandvården för att bedöma behovet av hälsoundersökning

Enligt flera av regionernas och kommunernas överenskommelser om samarbete i fråga om barn som är placerade kan hälsoundersökning på tandvårdsklinik anses vara obehövlig till exempel om barnet följt den normala besöksrutinen och om det inte finns någon särskild anledning att oroa sig för barnets munhälsa. Det krävs att socialtjänsten kontaktat tandvården för att hämta in underlag för bedömningen av behovet av en förnyad undersökning på tandvårdsklinik. Denna kontakt kan antingen tas i utredningsfasen eller när beslut om placering fattats. De tandvårdskliniker som svarade att de inte blivit kontaktade av socialtjänsten med begäran om hälsoundersökning under 2019 (se figur 4 ovan) fick också frågan om huruvida socialtjänsten efterfrågat uppgifter för att bedöma om en hälsoundersökning är behövlig eller inte. Av dessa svarade 86 procent nej och 7 procent att de inte vet.

Varierande arbetssätt hos socialtjänsten för att välja att initiera hälsoundersökningar på tandvårdsklinik

I intervjuerna med socialsekreterare framgår att det finns varierande arbetssätt för att välja att initiera en hälsoundersökning. De olika arbetssätt som framkommit är att hälsoundersökning på tandvårdsklinik

- initieras vid samtliga placeringar
- initieras vid placeringar där omsorgsbrist föreligger

- initieras vid samtliga somatiska hälsoundersökningar
- initieras om läkaren vid den somatiska hälsoundersökningen bedömer att det behövs
- initieras genom att uppmana familjehemmen att ta kontakt med tandvården (motsvarar inte hälsoundersökning)
- initieras om det finns känd oro för barnets munhälsa
- inte initieras vid någon placering, oavsett orsak till placeringen eller känd hälsosituation.

Svårigheter för socialtjänstens initiering av hälsoundersökningar av munhälsan

I intervjuer med socialsekreterare kom ett antal orsaker upp till varför hälsoundersökningar inom tandvården inte initieras. Följande olika kategorier av orsaker har identifierats.

1. *Litar på tandvårdssystemet.* Några av socialsekreterarna uttrycker uppfattningen att tandvården kallar alla barn till undersökning och behandling och också orosanmäler till socialtjänsten om barnen som de ansvarar för uteblir från kallade tider. En uppfattning hos de intervjuade är att det i princip är omöjligt för barn att falla mellan stolarna mot bakgrund av barntandvårdens kallelsesystem.
2. *Litar på familjehemmen.* En uppfattning hos några de intervjuade är att det inte finns behov av att initiera hälsoundersökning inom tandvården eftersom hemmen (familjehem, HVB eller stödboende) förväntas se till att barnet får tandvård.
3. *Känner inte till möjligheten att initiera hälsoundersökning.* Inte alla socialsekreterare som intervjuats känner till möjligheten att initiera hälsoundersökning inom tandvården. En uppfattning är också att hälsoundersökning är genomförd när ett familjehem uppmanats att ta kontakt med en tandvårdsklinik (motsvarar inte hälsoundersökning).
4. *Har inte sett indikationer på att munhälsan skulle vara bristande.* En uppfattning hos vissa av de intervjuade socialsekreterarna är att det inte finns behov av att genomföra konsultationer och hälsoundersökningar eftersom de inte har sett några indikationer på att det skulle finnas problem med munhälsan hos målgruppen.
5. *Mycket att tänka på och hög belastning.* Utrednings- och placeringssituationen beskrivs som krävande och det är mycket som socialsekreterarna ska tänka på, och hinna med, i samband med placeringen.
6. *Svårt att veta vilken klinik man ska kontakta.* Det kan vara oklart vilken tandvårdsklinik som ska kontaktas, särskilt om ett placerat barns föräldrar inte medverkar. I intervjuerna framkom att socialsekreterare fått ringa runt till flera tandvårdskliniker för att kunna hämta in journaler.

Rutiner för att ensamkommande asylsökande barn ska få hälsoundersökning av munhälsan

SKR:s och Socialstyrelsens gemensamma enkät till kommunerna visar att av de ensamkommande barn och unga som placerades enligt SoL 2019 genomgick 65 procent en hälsoundersökning av munhälsan. Uppgifter om de som placerades enligt LVU kan inte redovisas eftersom underlaget är för litet. Av

de ensamkommande som placerades enligt SoL var det 34 procent som i sin tur hade behov av vidare insatser inom tandvården.

Tabell 8. Hälsoundersökningar av munhälsan i samband med placering

År	Totalt	LVU	SoL
2019	.	.	65
2016	.	.	47

Källa: Nationell kartläggning om hälsoundersökningar av barn och unga inför placering. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner (2017); SKR:s och Socialstyrelsens enkät till kommunerna

I intervjuerna med socialsekreterare framgår att det finns varierande arbetssätt när det gäller att se till att ensamkommande asylsökande barn som placeras får tillgång till tandvård. Endast en av de kommuner som medverkat i intervjustudien berättar att de initierar hälsoundersökning på tandvårdsklinik för asylsökande placerade barn. Istället är det vanligaste att den som har ansvar för den dagliga vården av eller fungerar som vårdnadshavare för barnet, det vill säga gode män, familjehemsföräldrar eller personal på HVB eller stödboende tar nödvändiga kontakter med tandvården. Vilka kontakter som tas med tandvården beskrivs dock som något som inte följs upp av socialtjänsten. I intervjuerna kom följande arbetssätt upp:

- Alla ensamkommande får en hälsoundersökning på tandvårdsklinik som initieras av socialtjänsten. Socialtjänsten begär utlåtande om barnets munhälsa.
- Vid läkarundersökning för asylsökande remitteras barnet till tandvården vid behov.
- Personalen på HVB för ensamkommande, gode män eller familjehem ser till att ta kontakter med tandvården (motsvarar inte hälsoundersökning).

Socialstyrelsens förstudie från 2019 [11] om hälsoundersökningar för asylsökande barn och unga som placeras visade också på varierande arbetssätt. I förstudien konstateras bl.a. att det finns en del oklarheter bland kommuner och regioner om lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Deras kännedom om att asylsökande barn som utgångspunkt ska erbjudas två hälsoundersökningar är låg.[11]

I intervjuer med socialsekreterare, regioner och tandvårdskliniker beskrivs att när ett asylsökande barn väl är placerat och har ett personnummer behandlas de precis som alla andra barn. Det vill säga att de ingår i tandvårdens listnings- och kallelsesystem. I intervjuerna med socialsekreterare berättar många också att målgruppen ofta har stort behov av tandvård när de anländer till Sverige. Det kan också vara svårt att motivera till förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården och tandvården då många är vana vid att ha vårdkontakter främst vid mer akuta tillstånd.

Tandvårdsklinikerna fortsätter behandla hälsoundersökta barn om de har vårdansvaret

I enkäten till tandvårdsklinikerna beskriver de allra flesta att barn som varit hos kliniken på en hälsoundersökning därefter får fullständig behandling baserad på deras tandvårdsbehov. Det innebär att de fortsätter att kalla barnet för regelbundna undersökningar förutsatt att kliniken har vårdansvaret, det

vill säga att barnet är listat hos kliniken. Några skriver i de fria kommentarerna att det förekommer att barnet listas om hos kliniken i samband med hälsoundersökningen och att de därmed tar över vårdansvaret.

Under placeringstiden

Socialtjänstens uppföljning av munhälsa under placeringstiden

Ovanligt med specificerade mål om tandvård och munhälsa i vård- och genomförandeplaner

Socialsekreterarna berättar i intervjuerna att det är mycket ovanligt att specificerade mål om tandvård och munhälsa finns med i vård- och genomförandeplaner. De består istället i regel av generella skrivningar om att de som vårdar barnet ska tillgodose barnens behov av hälsoinsatser. I några av kommunerna ingår tandvården under paraplybegreppet hälsa, och i några skrivs exempelvis om att behovet av hälso- och sjukvård och tandvård ska tillgodoses. Specificerade mål om tandvård eller munhälsa kan finnas med i genomförandeplanerna om det finns någon särskild oro för barnet, men det beskrivs som mycket ovanligt. En socialsekreterare nämner att den ibland glömmer bort att fråga om barnet till exempel har besökt tandvården och om tandborstning vid uppföljningen om det inte finns med i genomförandeplanen.

Socialtjänstens uppföljning av munhälsa och tandvård under placeringstiden

Socialnämnden ska noga följa vården av de barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och ska särskilt uppmärksamma bland annat barnets eller den unges hälsa (6 kap. 7 b § SoL). I intervjuerna med socialsekreterare nämndes olika arbetssätt för uppföljning av munhygien och tandvårdsbesök. I vissa kommuner följs detta upp vid samtliga placeringar, i andra följs det inte upp vid några placeringar och i ytterligare andra följs det upp om det finns särskilda behov av det, till exempel om utredningen visat att barnet har behov av tandvård.

I intervjuerna framgår det att uppföljning av munhälsa och tandvård främst görs genom att vända sig till barnet eller den som vårdar barnet med frågor om munhälsa eller tandvård. Det är sällsynt att socialsekreterarna vänder sig till tandvårdskliniker för att följa upp ett barns munhälsa eller tandvård under placeringstiden. I gruppintervjun med familjehemsföräldrar framkom det att ingen av dem har fått uppföljande frågor om munhälsa eller tandvård för något placerat barn.

Regioner och tandvårdskliniker

Enligt enkäten till regioner fortsätter de flesta regioners och tandvårdsklinikers arbete under placeringstiden med att erbjuda tandvård till alla barn. Det innebär att arbetet med kallelser till tandvården fortgår enligt regionernas och tandvårdsklinikernas rutiner. En region (region Örebro) beskriver ett annat arbetssätt, som är att alla barn och unga som är placerade ska få sin tandvård

på avdelningen för pedodonti. Socialstyrelsen har inte gjort någon fördjupning av hur det arbetet är upplagt eller av deras erfarenheter av arbetssättet.

Pågående insatser och utvecklingsarbete

Utvecklingsarbete

Av enkäten riktad till regioner framgår att i det i flera av regionerna pågår utvecklingsarbete kring placerade barns tandvård och munhälsa. Regionerna beskriver nedanstående exempel:

- revidering av överenskommelser om hälsoundersökningar för placerade barn
- regelbunden information till och utbildning på tandvårdsklinikerna om rutin för orosanmälan vid uteblivande eller stora vårdbehov
- rutiner vid uteblivande revideras
- EAB-grupp under utveckling och riktat statsbidrag för ökad tillgänglighet inom barnhälsovården, vilket har lett till att gruppen också omfattar uteblivande från behandling och inte bara undersökning
- uteblivandeavgift, respektive höjning av uteblivandeavgift, diskuteras
- arbete med sms-påminnelser
- samarbete med barnskyddsteam
- samarbete med barnhälsovården om små barn som uteblir
- uppföljning av orosanmälningar inom regionen
- uppföljning av barn som uteblivit
- kontinuerlig dialog med socialtjänst
- framtagande av överenskommelse om att regionerna inte ska fakturera varandra för barn med skyddade personuppgifter då det är risk att de röjs.

Identifierade fungerande arbetssätt och rutiner

Regioner, tandvårdskliniker och kommuner har i intervjuer och enkäter nämnt olika arbetssätt eller rutiner som de menar fungerar särskilt bra för att säkerställa att placerade barns behov av tandvård och munhälsa tillgodoses.

De är:

- munhälsoteam
- checklistor inom socialtjänsten
- administrativ personal inom socialtjänsten som arbetar med bokningar av hälsoundersökningar med mera
- regionen är kontaktperson för socialtjänsten
- alla placerade barn omhändertas av avdelningen för pedodonti (region Örebro).

Identifierade behov av stöd

I Socialstyrelsens och SKR:s enkät till kommuner ställdes frågan om socialtjänsten skulle behöva något stöd för att bli ännu bättre på att uppmärksamma placerade barn och ungas behov av tandvård och munhälsa. I kommentarerna nämndes:

- *Lättillgängligt stöd.* Många efterfrågar lättillgängliga skriftliga stöd, till exempel informationsbroschyrer eller kortare faktatexter som kan användas i det praktiska arbetet.
- *Utbildningar och informationsinsatser.* Flera nämner att utbildningar eller ett material som kan användas vid utbildningar önskas. Här nämns också att tandvården skulle kunna föreläsa om munhälsa och tandvård.
- *Uppmärksamma frågan.* Några nämner att frågan om munhälsa och tandvård för placerade barn behöver uppmärksammas mer i organisationen och att det är viktigt att de rutiner som finns följs.
- *Information från tandvården.* Förenklade kontaktvägar till tandvården och snabbare återkoppling önskas.
- *Digitala stöd.* Några skriver att de önskar digitala stöd för att bättre uppmärksamma placerade barn och ungas munhälsa och tandvård. Här nämns blanketter, hälsokort och att it-system påminner om frågan.

Utbildningsinsatser

I enkäten till regionerna framgår att tre regioner har genomfört utbildningsinsatser under 2019 riktade till socialtjänstpersonal som handlar om tandvård eller munhälsa för placerade barn. De 18 regioner som svarade nej eller vet ej fick också frågan om huruvida de planerar framtida utbildningsinsatser, och av dessa var det två som svarade ja.

Tabell 9. Antal regioner som har genomfört (2019) eller ska genomföra utbildningar för socialsekreterare om munhälsa och tandvård för placerade barn

	Ja	Nej	Vet ej	Totalt
Utbildningar 2019	3	17	1	21
Planerade utbildningar	2	13	3	18

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner

Av Socialstyrelsens och SKR:s gemensamma enkät till kommuner framgår att 43 procent av kommunerna under 2019 genomförde utbildningsinsatser för socialtjänstpersonal om munhälsa och tandvård för placerade barn.

Tabell 10. Andel kommuner som har genomfört (2019) utbildningar för socialtjänstpersonal om munhälsa och tandvård för placerade barn

Antal svarande: 191 kommuner. Andelar i procent.

	Ja (%)	Nej (%)	Vet ej (%)
Utbildningar 2019	43	47	9

Källa: SKR:s och Socialstyrelsens enkät till kommuner

Resultat – munhälsa och tandvårdskontakt hos placerade barn

I det här avsnittet redovisas resultaten från registeranalysen. Avsnittet är uppdelat i två delar som omfattar munhälsa respektive tandvårdskontakt hos placerade barn.

Munhälsa hos placerade barn

Sämre munhälsa hos barn vid placering än hos barn som inte är placerade

Analyserna av munhälsa och tandvårdskontakt i samband med placering baseras på studiepopulation 1, det vill säga barn som placerats i åldern 6–17 år under perioden 2010–2015. Tabell 11 visar antalet barn som ingår analysen uppdelat på ålder och kön.

Tabell 11. Antal placerade och ej placerade barn, efter ålder och kön

Avser barn som inkluderats i analysen av munhälsa i samband med placeringsdatum för 6–17-åringar under perioden 2010–2015

Ålder	Antal placerade barn			Antal ej placerade barn		
	Båda könen	Pojkar	Flickor	Båda könen	Pojkar	Flickor
6	668	357	311	348 038	178 859	169 179
7	763	408	355	409 796	210 242	199 554
8	756	398	358	355 571	183 001	172 570
9	792	441	351	418 654	214 629	204 025
10	736	412	324	343 959	176 355	167 604
11	850	487	363	385 470	198 038	187 432
12	949	506	443	338 702	173 974	164 728
13	1 324	610	714	361 488	186 139	175 349
14	1 980	919	1 061	310 477	159 450	151 027
15	3 013	1 490	1 523	358 733	184 571	174 162
16	3 356	1 915	1 441	319 127	163 329	155 798
17	3 425	1 984	1 441	376 583	192 951	183 632

Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

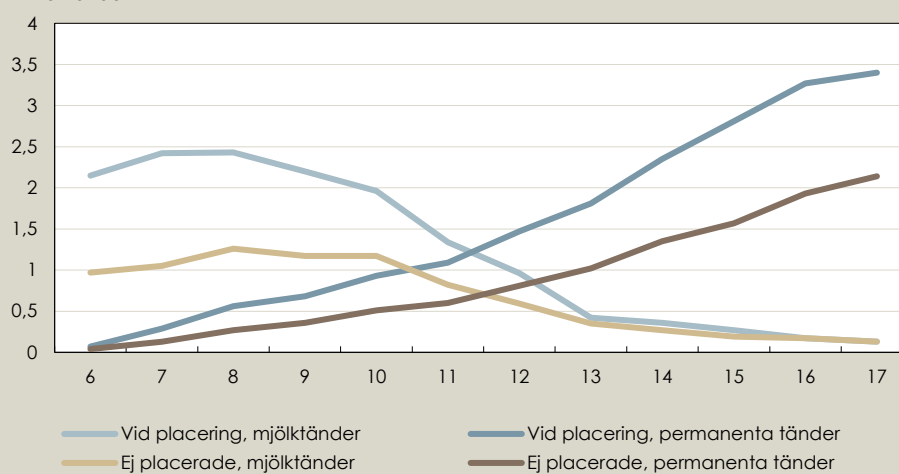
Resultaten visar att placerade barn har sämre munhälsa i anslutning till placeringstillfället än barn i jämförbar ålder som inte är placerade. Figur 5 visar munhälsan, mätt som antal kariesskadade mjölk- och permanenta tänder, hos barn samma år som en ny placering har påbörjats. Som jämförelse redovisas

munhälsan bland barn i samma ålder som inte varit placerade. Skillnaderna är tydliga för alla åldersgrupper, både gällande antal kariesangrepp i mjölk-tänderna (dft=decayed, filled teeth) och i de permanenta tänderna (DFT=decayed, filled teeth). Störst är skillnaderna för barn i åldrarna 6–10 och 13–17 år. Förklaringen till att skillnaderna minskar i åldern 11–12 år kan vara att under den perioden har barnen så kallat växelbett, det vill säga att de senaste mjölk-tänderna tappas och de resterande permanenta tänderna kommer upp.

Figur 5. Antal kariesskadade tänder* hos barn i samband med placering jämfört med barn i jämförbar ålder som inte placerats

Avser barn 6–17 år under perioden 2010-2015

Antal tänder



* Avser mjölk-tänder (dft) och permanenta tänder (DFT)

Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Mjölk-tänderna börjar oftast komma i munnen under första levnadsåret, och lite före treårsåldern har alla 20 mjölk-tänder oftast kommit fram. Enligt Socialstyrelsens sammanställningar är 95 procent av alla treåringar i Sverige kariesfria [20]. Bland resterande fem procent har däremot de första kariesangreppen redan kommit. Hos de barn som haft sina första kariesangrepp i så tidig ålder kan kariesutvecklingen gå fort och leda till att tänder måste tas bort. Skillnaderna i munhälsa ökar därför allt eftersom barnen blir äldre och redan bland sexåringar kan antalet kariesskadade tänder variera avsevärt.

I dft-talet räknas de mjölk-tänder som har kariesangrepp eller fyllningar och finns kvar i munnen. Allt eftersom tänderna tappas i samband med att de permanenta tänderna kommer upp minskar antalet mjölk-tänder i munnen. Om tänderna som tappas har kariesangrepp eller fyllningar minskar dft-talet. Bland barn som har så stora kariesskador att tänderna måste dras ut kan därför dft-talet minska innan den naturliga processen sätter igång.

I figur 5 syns skillnader mellan placerade och ej placerade barn. Skillnaden syns till exempel tydligt för barn i 7–8-årsåldern där barnen som placerats i genomsnitt har 2,4 kariesskadade tänder jämfört med 1,2 tänder för barn som inte är placerade. Bland de som placerats som tioåringar har dft-talet redan

börjat sjunka medan de ej placerade barnen i tioårsåldern fortfarande har liknande dft-tal som nioåringarna. Detta kan därför vara ett tecken på att tänder försvinner till följd av omfattande kariesskador och kan vittna om ännu sämre munhälsa bland barnen som placerats snarare än att skillnaderna i munhälsan är mindre för den åldersgruppen.

De första permanenta tänderna kommer i munnen omkring sexårsåldern och vid trettonårsåldern har oftast alla permanenta tänder utom visdomständerna kommit upp. I figur 5 syns skillnader i antal kariesskadade permanenta tänder (DFT) redan hos åttaåringar som placerats jämfört med ej placerade barn, och skillnaderna ökar för varje åldersgrupp upp till 17 år. Munhälsan är därför sämre hos barn vid placering än genomsnittet hos ej placerade i alla åldersgrupper mellan 6 och 17 år.

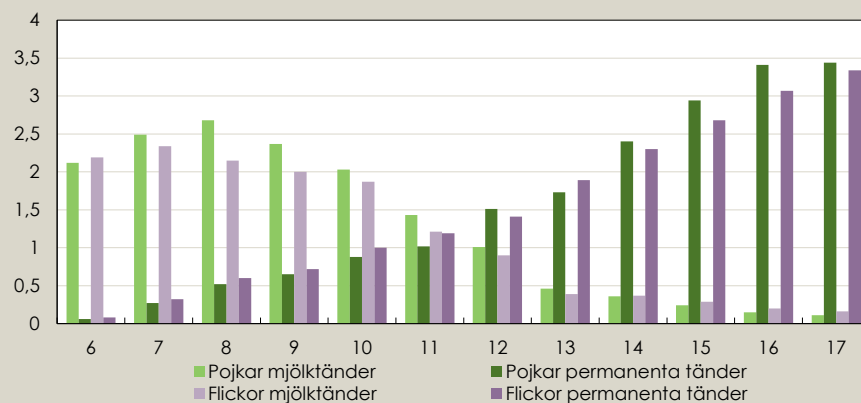
Pojkar har generellt fler kariesskadade tänder än flickor i anslutning till placeringstillfället

Munhälsan skiljer sig mellan flickor och pojkar som placerats. Pojkar har generellt fler kariesskadade tänder än flickor när de placeras. Det gäller för de flesta åldersgrupperna. Bland yngre barn har pojkar fler kariesskadade mjölkttänder och bland barn äldre än 13 år har de också fler kariesskadade permanenta tänder än flickor. I åldern 10–13 år är skillnaden mellan könen mindre vilket kan förklaras av växelbettet. Hos barn 6–11 år har flickor fler kariesskadade permanenta tänder än pojkar. Detta kan sannolikt förklaras av en viss skillnad i tandväxlingen mellan pojkar och flickor. Generellt sker tandväxlingen något tidigare hos flickor än pojkar, därför kan kariesskador i de permanenta tänderna uppstå tidigare bland flickorna.

Figur 6. Antal kariesskadade tänder* hos barn i samband med placering, efter ålder och kön

Avser barn 6–17 år under perioden 2010–2015

Antal tänder



*Avser mjölkttänder (dft) och permanenta tänder (DFT)

Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Skillnader i föräldrarnas utbildningsnivå hos placerade och ej placerade barn

Barns munhälsa har visat sig ha ett samband med föräldrarnas eller vårdnadshavarnas socioekonomi. Föräldrarnas utbildningsbakgrund kan användas som ett grovt mått på social uppväxtbakgrund. Barn till föräldrar med kort utbildning har i tidigare studier visat sig ha större risk än genomsnittet för att få karies i sina tänder [21]. Placerade barn bor oftast hos sina föräldrar fram till det datum de placeras och munhälsan vid placeringsdatum kan därför förväntas ha ett samband med föräldrarnas socioekonomi. Stannar barnet i placering under en längre period kan sambandet med föräldrarnas socioekonomi förväntas minska i takt med att de som vårdar barnet, såsom familjehemsföräldrar, får större inflytande på munhälsoutvecklingen.

Bland placerade barn som inkluderats i analysen har föräldrarna generellt kortare utbildning än föräldrar till barnen som inte placerats, vilket visas i tabell 12. Medan 21 procent av föräldrar till placerade barn har eftergymnasial utbildning, så är samma siffra för föräldrar som ej har placerade barn 55 procent. Barnen som placerats kommer därför generellt från hem med kortare utbildning än icke-placerade vilket har en koppling till ökad risk för munsjukdomar.

Tabell 12. Utbildningsbakgrund bland föräldrar till placerade och ej placerade barn

Bland barn som inkluderats i analysen av munhälsa i samband med placeringsdatum för 6–17-åringar under perioden 2010–2015

	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Okänd utbildning	19 286	0	3 190	17
Förgymnasial utbildning	228 502	5	3 114	17
Gymnasial utbildning	1 708 685	39	8 407	45
Eftergymnasial utbildning	2 370 125	55	3 901	21

Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Munhälsan hos yngre barn

Fler långtidsplacerade barn är kariesfria än barn i kort och medellång placering

Genom placering i heldygnsvård borde en trend av bristande munhygien, dåliga levnadsvanor och oregelbunden kontakt med tandvården kunna brytas och önskvärt leda till bättre munhälsa på sikt. Kariesproblem tidigt i livet har dock ett samband med sämre munhälsoutveckling. Den dåliga munhälsan som visats i samband med placeringstillfället kan därför tänkas ha negativ effekt på munhälsan längre fram.

För att undersöka om munhälsan skiljer sig mellan grupper av yngre barn som har varit olika länge i placering har analyser gjorts på barn som var 6–8 år under perioden 2010–2015. Barnen som var placerade delades upp i tre grupper efter placeringslängd:

- Korttidsplacering: placerade ett år eller kortare
- Medellång placering: placerade längre än ett år men kortare än halva livet
- Långtidsplacering: placerade halva livet eller längre.

I tabell 13 redovisas antalet barn som inkluderats i analysen, efter kön och föräldrarnas utbildningsnivå.

Tabell 13. Antal placerade och ej placerade 6–8-åringar, efter kön och föräldrarnas utbildningsnivå

Avser barn som inkluderats i analysen av munhälsa och tandvårdskontakt för 6–8-åringar under perioden 2010–2015

	Korttids-placering	Medellång placering	Långtids-placering	Ingen placering
Båda könen	1 261	1 094	836	349 382
Varav pojkar	674	581	449	179 356
Varav flickor	587	513	387	170 026
Okänd utbildning	45	56	18	1 179
Förgymnasial utbildning	260	287	267	15 621
Gymnasial utbildning	640	573	469	121 313
Eftergymnasial utbildning	316	178	82	211 269

Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

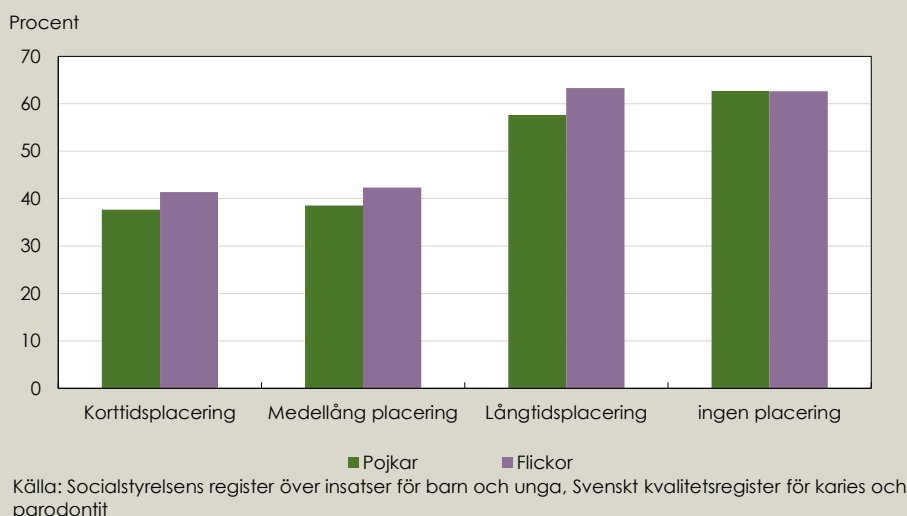
Nedan redovisas andelen barn som är kariesfria (figur 7), och genomsnittsantalet kariesskadade tänder (figur 8) hos 6–8-åringar uppdelat på placeringslängd och kön. Resultaten visar att munhälsan bland långtidsplacerade barn är bättre än bland andra grupper placerade barn och i nivå med barn som inte är placerade. Detta gäller både sett till andel kariesfria barn och antalet kariesskadade tänder.

Andelen kariesfria barn är minst bland de som varit i kort eller medellång placering och en majoritet av dessa barn har haft karies i sina tänder redan i åldern 6–8 år (figur 7). Dessa barn har också i genomsnitt fler kariesskadade tänder än både långtidsplacerade och ej placerade barn (figur 8).

Vissa skillnader visas mellan pojkar och flickor. Generellt är det en mindre andel av pojkarna som är kariesfria jämfört med flickor (figur 7). Pojkar har också i genomsnitt fler kariesskadade tänder än flickor (figur 8).

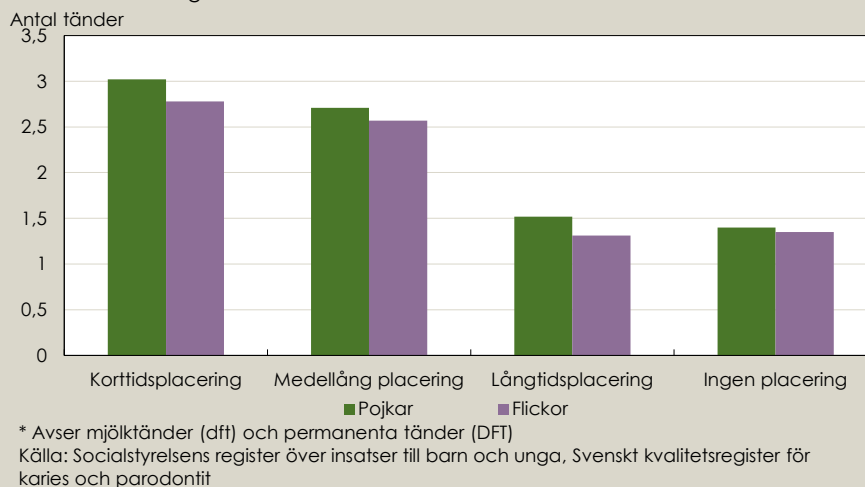
Figur 7. Andel kariesfria 6–8-åringar, efter placeringslängd och kön

Avser barn 6–8 år under perioden 2010–2015. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018



Figur 8. Antal kariesskadade tänder* hos 6–8-åringar, efter placeringslängd och kön

Avser barn 6–8 år under perioden 2010–2015 som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018



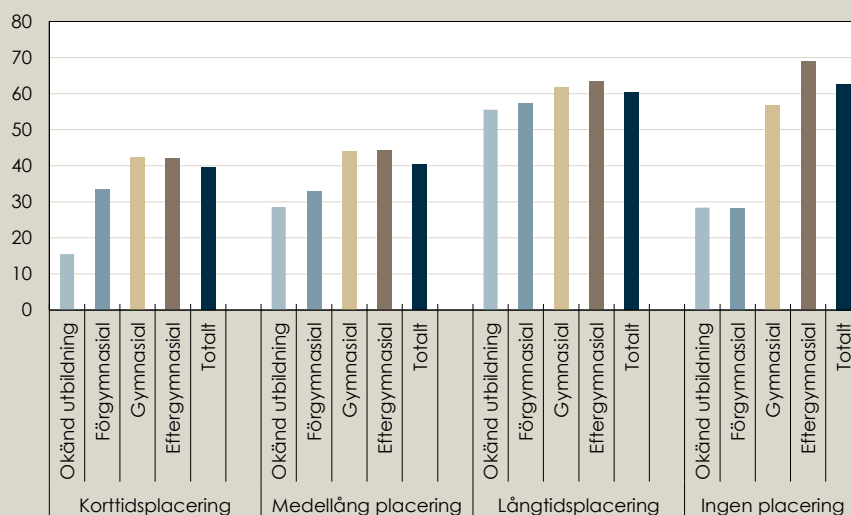
I figur 9 redovisas andelen kariesfria 6–8-åringar uppdelat på placeringslängd och föräldrarnas utbildningsbakgrund. Andelen kariesfria visar ett tydligt samband till föräldrarnas utbildningsnivå bland gruppen i kort och medellång placering samt hos barnen som ej är placerade. Sambandet med föräldrarnas utbildningsnivå är svagare hos barn som varit långtidsplacerade. Resultaten tyder på att föräldrarnas utbildningsnivå har svagare samband med barnens kariessituation när de varit länge i placering.

Hos långtidsplacerade är andelen större som är kariesfria jämfört med andra grupper av placerade barn. De har även större andel kariesfria än icke-placerade barn vars föräldrar har en förgymnasial eller gymnasial utbildning.

Figur 9. Andel kariesfria 6–8-åringar efter placeringslängd och föräldrarnas utbildningsnivå

Avser barn 6–8 år under perioden 2010–2015. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018

Procent



Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Störst andel av barn i kort och medellång placering med allvarlig kariessituation

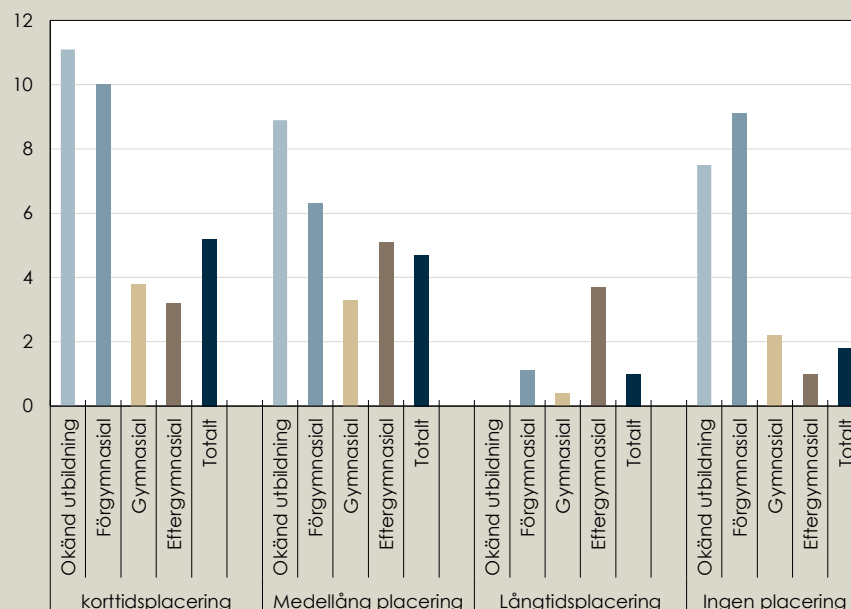
Kariessjukdomen hos yngre barn börjar ofta med skador i mjölkttänderna i överkäken. När sjukdomen fortskrider påverkas allt fler tänder. När tio tänder eller fler har skador på grund av karies har barnet sannolikt fått karies i alla delar av munnen. De flesta barn i 6–8-årsåldern har 20–24 tänder i munnen. Tio eller fler kariesskadade tänder hos ett barn i 6–8-årsåldern betyder därför att nästan hälften eller fler av barnets tänder har påverkats av karies och kan därför anses vara en mycket allvarlig kariessituation.

I figur 10 redovisas andelen 6–8-åringar som har tio eller fler karies-skadade tänder efter placeringslängd och föräldrarnas utbildningsbakgrund. Figuren visar andelen barn som har tio eller fler kariesskadade tänder vid 6–8-årsåldern efter placeringslängd och föräldrarnas utbildningsnivå.

Figur 10. Andel 6–8-åringar med 10 eller fler kariesskadade tänder* efter placeringslängd och föräldrarnas utbildningsnivå

Avser barn 6–8 år under perioden 2010–2015. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018

Procent



* Avser mjölk tänder (dft) och permanenta tänder (DFT)

Källa: Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Resultaten visar att fem procent av alla barn i kort eller medellång placering har en så allvarlig kariessituation. Bland de barn vars föräldrar har kort utbildning är andelen närmare 10 procent. Långtidsplacerade barn har i en lägre grad den typen av kariessituation, runt 1 procent. Som jämförelse är det runt 2 procent av alla icke-placerade barn som har fått kariesskador i 10 eller fler tänder vid 6–8-årsåldern, och en ännu större andel bland de barn som har föräldrar med förgymnasial utbildning.

Munhälsa hos tonåringar

Fler placerade 15–17-åringar har karies än ej placerade, oavsett placeringslängd

I Socialstyrelsens sammanställning av munhälsan bland barn i Sverige år 2018 [20] framkom att andelen kariesfria barn i tolvårsåldern är 68 procent, och 40 procent bland nittonåringar. Trots att andelen kariesfria nittonåringar har ökat kontinuerligt de senaste åren sker en tydlig minskning i antal kariesfria och en försämring i munhälsan under tonåren.

För att undersöka om munhälsan hos placerade tonåringar skiljer sig från de som aldrig varit placerade har 15–17-åringar studerats. Studien undersökte om det finns skillnader i munhälsan mellan grupper av tonåringar som varit olika länge i placering. De placerade delades upp i tre grupper efter placeringslängd.

- Korttidsplacering: placerade ett år eller kortare
- Medellång placering: placerade längre än ett år men kortare än fem år
- Långtidsplacering: placerade fem år eller längre.

I tabell 14 redovisas antalet 15–17-åringar som ingick i analysen.

Tabell 14. Antal placerade och ej placerade 15–17-åringar, efter kön och föräldrarnas utbildningsbakgrund

Avser tonåringar som inkluderats i analysen av munhälsa och tandvårdskontakt för 15–17-åringar under perioden 2010–2015

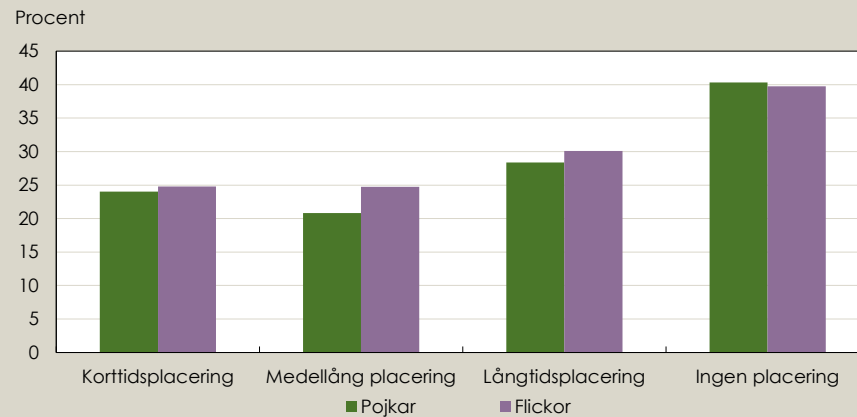
	Korttids-placering	Medellång placering	Långtids-placering	Ingen placering
Båda könen	4 385	7 115	1 731	308 041
Pojkar	2 353	4 562	903	158 637
Flickor	2 032	2 553	828	149 404
Okänd utbildning	1 030	2 850	101	2 276
Förgymnasial utbildning	608	913	476	18 063
Gymnasial utbildning	1 747	2 337	979	130 333
Eftergymnasial utbildning	1 000	1 015	175	157 369

Källa: Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Nedan redovisas andelen 15–17-åringar som är kariesfria (figur 11), och genomsnittsantalet kariesskadade tänder (figur 12) uppdelat på placeringslängd och kön. Resultaten visar att det är vanligare att de 15–17-åringar som varit placerade, oavsett placeringslängd, har fått karies jämfört med jämnåriga som inte varit placerade. Andelen kariesfria är även mindre bland placerade pojkar än bland placerade flickor. Gruppen 15–17-åringar i kort eller medellång placering har lägst andel kariesfria, och har även fått störst antal kariesskadade tänder av de undersökta grupperna vilket visas i figur 12. Kariessituationen bland långtidsplacerade 15–17-åringar är något bättre än bland de andra grupperna placerade 15–17-åringar men något sämre än hos de som inte placerats. Resultaten för åldersgruppen skiljer sig därför från resultaten för de yngre barnen, 6–8 år, där de långtidsplacerade barnen hade liknande kariessituation som barn som inte varit placerade. En möjlig förklaring kan vara att bland tonåringar har deras eget beteende börjat ha större effekt på munhälsan än föräldrarnas attityd till munhygien och tandvård. Faktorer som ökad läkemedels- och droganvändning [39, 40] som visat sig vara vanligare bland placerade ungdomar påverkar munhälsan negativt och kan vara en del av förklaringen.

Figur 11. Andel kariesfria 15–17-åringar efter placeringslängd och kön

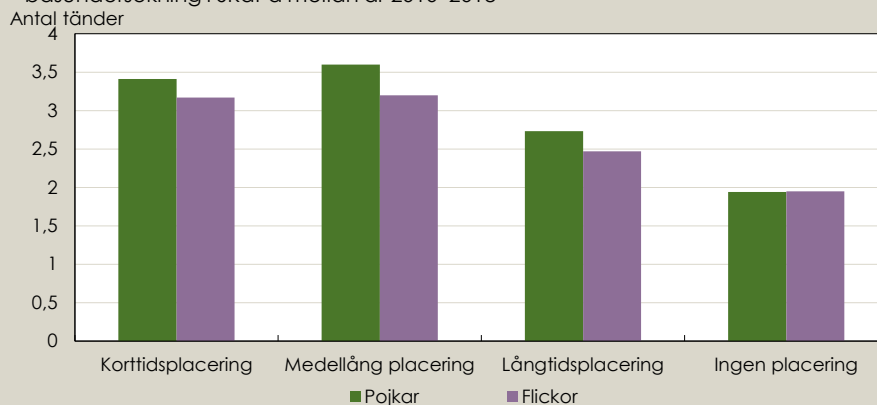
Avser barn 15–17 år under perioden 2010–2015. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018



Källa: Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Figur 12. Antal kariesskadade tänder* bland 15–17-åringar efter placeringslängd och kön

Avser barn 15–17 år under perioden 2010–2015 som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018



*Avser permanenta tänder (DFT)

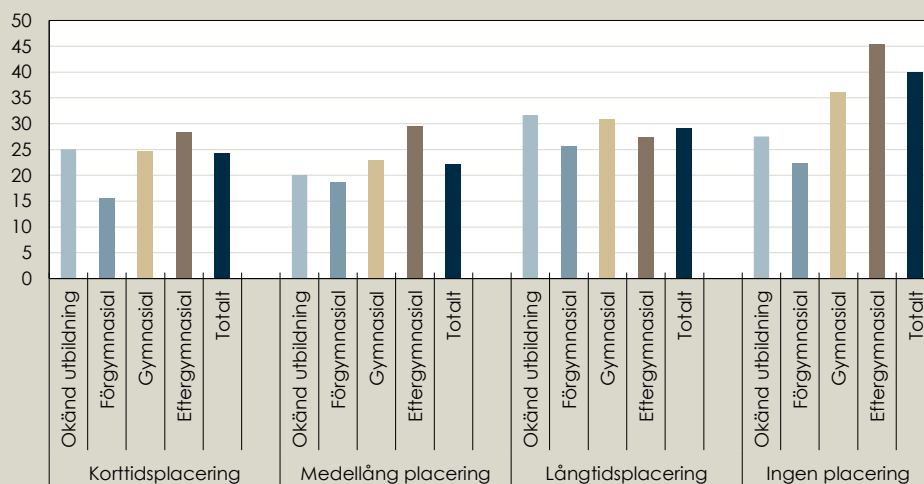
Källa: Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

I figur 13 redovisas andelen kariesfria placerade och ej placerade 15–17-åringar uppdelat på placeringslängd och på föräldrarnas utbildningsbakgrund. Ett tydligt samband visas mellan andel kariesfria tonåringar (figur 11) och föräldrarnas utbildningsbakgrund för alla grupper utom för de långtids-placerade.

Figur 13. Andel kariesfria 15–17-åringar efter placeringslängd och föräldrarnas utbildningsnivå

Avser barn 15–17 år under perioden 2010–2015. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018

Procent



Källa: Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Skillnad i kariessjukdomens allvarlighetsgrad mellan placerade och ej placerade tonåringar

I tabell 15 visas fördelning av antalet kariesskadade tänder bland tonåringar 15–17 år. Tabellen visar en tydlig skillnad i kariessjukdomens allvarlighetsgrad mellan grupperna. De långtidsplacerade barnen har något bättre karies-situation än de andra två grupperna placerade barn dock tydligt sämre än ej placerade tonåringar.

Tabell 15. Antal kariesskadade tänder (DFT) bland 15–17-åringar

Redovisat som 25:e och 75:e percentilerna, medianen samt medelvärdet

Placeringslängd	Antal barn*	P25	Median	P75	Medel-värde
Korttidsplacering	4 385	1	2	5	3,3
Medellång placering	7 116	1	3	5	3,45
Långtidsplacering	1 731	0	2	4	2,6
Ingen placering	308 041	0	1	3	1,94

*Antal barn som registrerats i kvalitetsregistret SKaPa under perioden 2010–2015.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Tonåringar i familjehem har färre kariesskadade tänder än tonåringar i andra placeringsformer

Barn och unga kan placeras i heldygnsvård av olika anledningar. Det vanligaste är att yngre barn placeras på grund av förhållandena i hemmet medan ungefär varannan tonåring placeras på grund av eget riskbeteende. Anledningen till en placering varierar därför ännu mer för tonåringar än för yngre barn. De som placeras enbart i HVB placeras oftast först i tonåren medan barn som är placerade i ett familjehem kan ha placerats tidigare i barndomen

och bor kvar i familjehemmet. Barn som placeras i de olika placeringsformerna kan därför antas ha olika bakgrund och varierande skäl till placeringen.

Den analys som har gjorts baseras på placerade sjuttonåringar och deras munhälsa i olika placeringsformer. Resultaten visas i tabell 16. Kariessituationen bland barnen skiljer sig inte i stort mellan de olika placeringsformerna. Inom alla placeringsformer visas bättre kariessituation bland barn till föräldrar med högre utbildningsnivå, samtidigt som antal kariesskadade tänder varierar inom grupperna. Genomsnittsantalet kariesskadade tänder är något lägre bland barn som bor i familjehem men även den gruppen visar en skillnad i antal kariesskadade tänder som samvarierar med föräldrarnas utbildningsnivå.

Tabell 16. Antal kariesskadade tänder* bland sjuttonåringar i olika placeringsformer

Redovisat som 25:e och 75:e percentilerna samt medianen, efter kön

Placeringsform	Kön	Antal barn	P25	Median	P75
Endast HVB	Pojkar	2 324	1	3	5
	Flickor	570	0	2	5
Endast familjehem	Pojkar	1 216	0	2	4,5
	Flickor	1 397	0	2	5
Annan eller blandad placeringsform	Pojkar	2 470	1	3	5
	Flickor	1 741	1	2	5

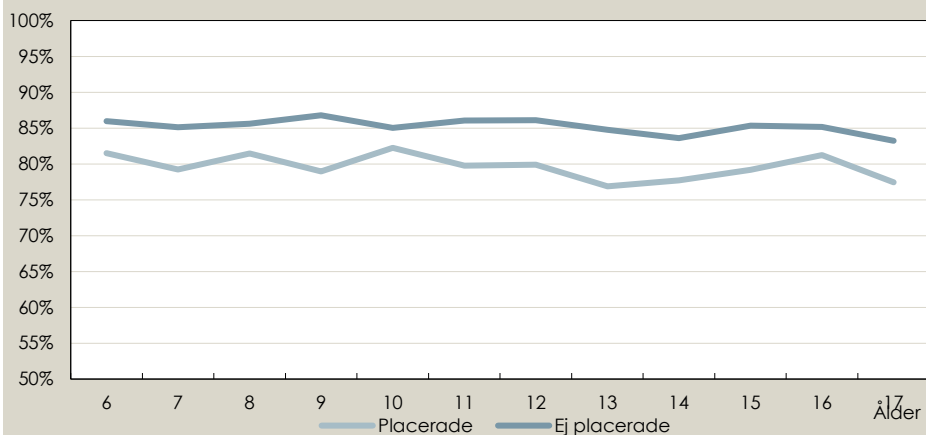
*Avser permanenta tänder (DFT). Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Tandvårdskontakt hos placerade barn

För att se om barn som placeras kommer till tandvården i samband med placering undersöktes hur stor andel barn som kommit till tandvården för en basundersökning inom 1, 2 eller 3 år efter det datum de placerats. Ungefär 80 procent av alla barn som placerats och som finns i SKaPa har besökt tandvården för en basundersökning inom två år efter placeringsdatumet. För barn i samma ålder som inte varit placerade gäller att ungefär 85 procent besökt tandvården (figur 14).

Figur 14. Andel barn som gjort minst en basundersökning inom 2 år

Avser tvåårsperiod efter placeringsdatum hos barn i åldern 6–17 år som är placerade jämfört med barn i samma ålder som inte varit placerade. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018

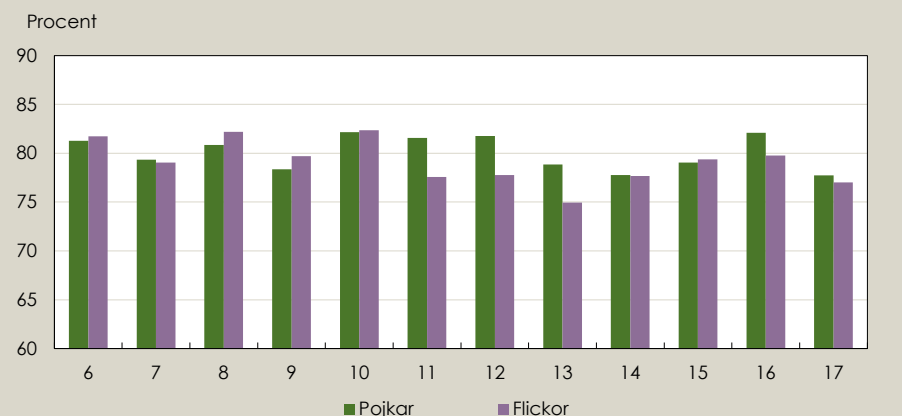


Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

I figur 15 visas andelen barn som kommit för undersökning inom två år, uppdelat på ålder och kön. Bland de barn som placerats är andelen pojkar och flickor som kommit för undersökning ungefär lika stora. Detta gäller för de flesta åldersgrupperna utom för 11–13-åringarna där det är en något större andel av pojkarna som kommit för undersökning jämfört med flickorna.

Figur 15. Andel barn som gjort minst en basundersökning inom 2 år, efter ålder och kön

Avser barn i åldern 6–17 år under perioden 2010–2015. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018



Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

I tabell 17 redovisas andelen barn som kommit för en eller fler basundersökningar inom ett, två respektive tre år efter placeringsdatum. Skillnaderna mellan andelen barn som kommit inom ett år från placering och jämnåriga

icke-placerade är olika i de olika åldersgrupperna. Bland hälften av åldersgrupperna är det en större andel av de placerade barnen som har besökt tandvården. Sett till andel som kommit inom en två-, eller treårsperiod visas däremot att en större andel av de ej placerade har kommit för undersökning. Skillnaderna mellan de icke-placerade och placerade är dock små för flesta åldersgrupper gällande alla tre tidsperioderna.

Tabell 17. Andel barn som gjort minst en basundersökning inom 1, 2 respektive 3 år

Andelar i procent. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018

Ålder	1 år		2 år		3 år	
	Placerade	Ej placerade	Placerade	Ej placerade	Placerade	Ej placerade
6	58	50	81	86	87	91
7	55	61	79	85	87	91
8	57	48	81	86	89	90
9	57	68	79	87	88	91
10	60	48	82	85	89	90
11	56	62	80	86	88	91
12	53	52	80	86	87	91
13	49	61	77	85	86	90
14	52	48	78	84	88	89
15	53	61	79	85	89	91
16	56	51	81	85	89	90
17	53	60	77	83	86	91

Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Tandvårdskontakt hos yngre barn

För att undersöka om placerade barn har fortsatt kontakt med tandvården har andelen barn som kommit för undersökning inom ett, två eller tre år tagits fram för barn med olika placeringshistorik och jämförts med barn som inte varit placerade. Hur ofta barn kallas till tandvården beror i regel på deras munhälsa och risk för munsjukdomar. Barn med sämre munhälsa brukar därför kallas oftare till tandvården än barn som inte visat några tecken på munsjukdomar. Andelen som besökt tandvården inom en viss period kan därför återspegla munhälsosituationen hos de olika grupperna. De flesta barn kommer till tandvården för regelbunden undersökning någon gång inom en två- till treårsperiod [20].

Resultaten för gruppen 6–8-åringar visar att ungefär hälften av alla barn i åldersgruppen har kommit för undersökning inom ett år (figur 16). Störst är andelen bland korttidsplacerade och barn i medellång placering. Detta kan vara ett resultat av sämre munhälsosituation bland dessa barn jämfört med både långtidsplacerade och ej placerade barn.

I figur 17 visas andelen barn i åldersgruppen 6–8 år som kommit för basundersökning inom en tvåårsperiod, uppdelat på placeringslängd och kön. Där framgår att bland barnen i kort och medellång placering är det en mindre

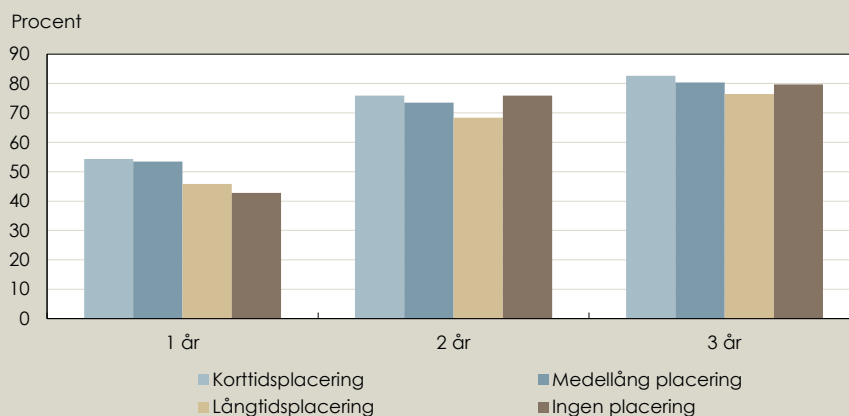
andel pojkar än flickor som kommit för undersökning. Detta bör dock inte baseras på deras munhälsosituation, eftersom pojkar har visat sig ha sämre munhälsa än flickor (figur 7–8).

Analysen av munhälsan hos yngre barn visade att barn i långtidsplacering har en bättre munhälsosituation än barn i kortare placeringar (figur 7–8). En mindre andel av de långtidsplacerade kommer också för undersökning inom en ett-, två- eller treårsperiod jämfört med barn i andra placeringslängder. Bland de långtidsplacerade barnen är det pojkar som har en sämre kariessituation och som kommer för undersökning i större utsträckning. Därför verkar besöksfrekvensen ha ett större samband med munhälsosituationen hos långtidsplacerade än för de andra grupperna placerade barn.

Resultaten visar även att efter en treårsperiod är det fortfarande 10–15 procent av barnen som inte kommit för undersökning och störst är andelen bland långtidsplacerade barn.

Figur 16. Andel 6–8-åringar som har gjort minst en basundersökning inom 1–3 år, efter placeringslängd

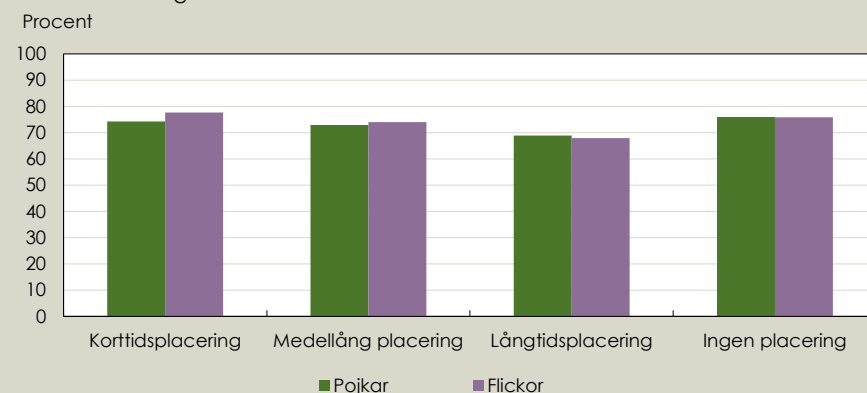
Avser barn 6–8 år under perioden 2010–2015. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018



Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Figur 17. Andel 6–8-åringar som gjort minst en basundersökning inom 2 år, efter placeringslängd och kön

Avser barn 6–8 år under perioden 2010–2015. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018



Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Tandvårdskontakt hos tonåringar

Var tionde tonåring har inte undersökts på tre år

För åldersgruppen 15–17-åringar visas liknande resultat som för åldersgruppen 6–8 år. Figur 18 visar att andelen som kommer för undersökning är större bland korttidsplacerade och barn i medellång placering jämfört med långtidsplacerade. Detta kan förklaras av att munhälsan bland barn i kort och medellång placering har visat sig vara sämre jämfört med långtidsplacerade (figur 11–12).

I figur 19 visas andelen barn i åldersgruppen 15–17 år som kommit för undersökning inom en tvåårsperiod, uppdelat på placeringslängd och kön. Figuren visar att pojkar i kort och medellång placering besöker tandvården för undersökning i något större utsträckning än flickor. Bland dessa grupper har också pojkarna en sämre kariessituation än flickor (figur 11–12). Bland långtidsplacerade är det istället en minde andel pojkar än flickor som kommer för undersökning inom en tvåårsperiod trots att de har visats sig ha sämre munhälsosituation än flickor.

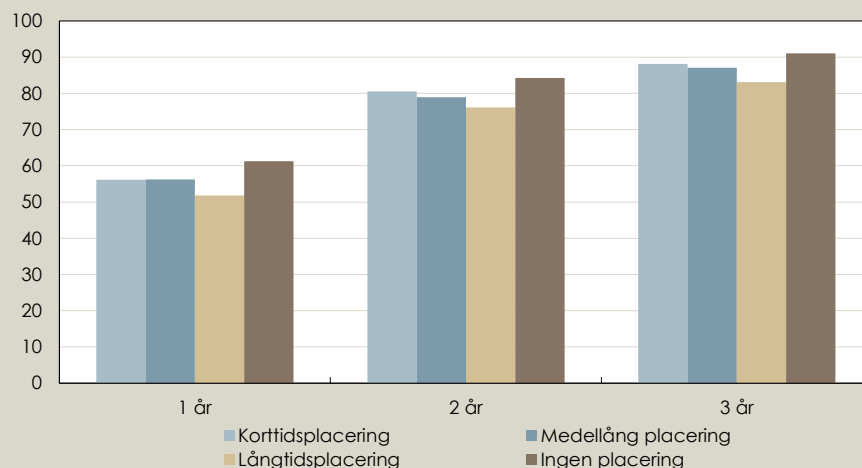
Figur 18 visar också att inom en treårsperiod har mellan 83 och 91 procent av alla grupper kommit för undersökning. Generellt tyder därför resultaten på att inga större skillnader föreligger i barnens kontakt med tandvården mellan placerade och ej placerade barn.

Samtidigt som större delen av åldersgruppen har kommit till tandvården inom en treårsperiod, eller 85–90 procent, betyder det att mer än var tionde barn inte har varit på undersökning på tre år. Munhälsan bland de placerade barnen i åldersgruppen 15–17 år visades vara betydligt sämre än genomsnittet för ej placerade barn, vilket tyder på att behovet av tandvårdskontakt på gruppnivå är större än det bland ej placerade. Skälet till att de placerade barnen inte kommit till tandvården kan därför förväntas vara uteblivna besök snarare än glesare revisionsintervaller.

Figur 18. Andel 15–17-åringar som har gjort minst en basundersökning inom 1–3 år, efter placeringslängd

Avser barn som varit placerade vid 15–17-årsåldern under perioden 2010–2015. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018

Procent

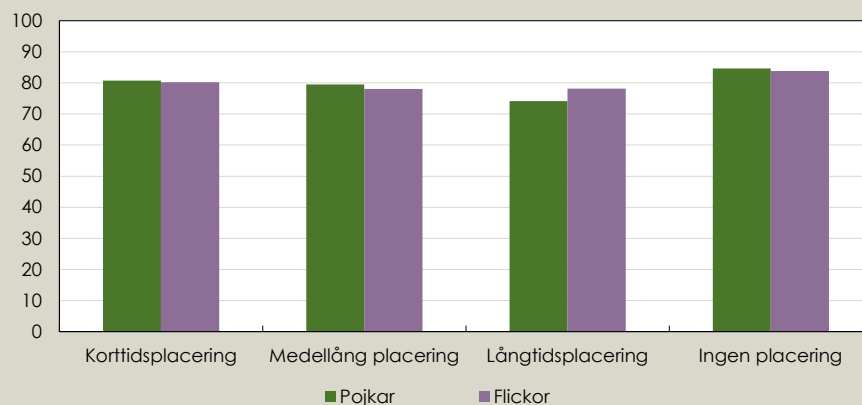


Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Figur 19. Andel 15–17-åringar som gjort minst en basundersökning inom 2 år, efter placeringslängd och kön

Avser barn som varit placerade vid 15–17-årsåldern under perioden 2012–2015. Andel av barn som finns registrerade med basundersökning i SKaPa mellan år 2010–2018

Procent



Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

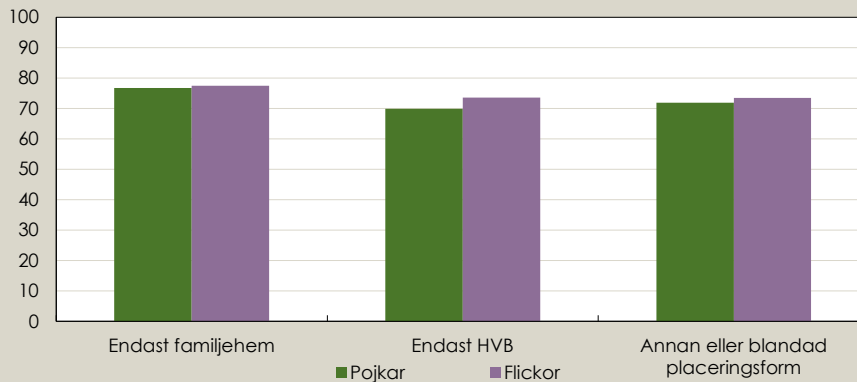
Något större andel tonåringar i familjehem kommer för regelbundna undersökningar jämfört med de som bor i andra boendeformer

I figur 20 redovisas andel 17-åringar som kommit för undersökning i tandvården inom en tvåårsperiod, uppdelat på placeringsform och kön. Av dessa har mellan 72 och 78 procent kommit för undersökning, och andelen är störst bland barn i familjehem. Pojkar kommer i något lägre utsträckning än flickor oberoende av placeringsform.

Figur 20. Andel av 17-åringar som gjort minst en basundersökning inom 2 år, efter placeringsform och kön

Avser barn som varit placerade vid 17-årsåldern under perioden 2012-2015.

Procent



Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Bortfallsanalys

I bilaga 2 redovisas en bortfallsanalys. Det finns barn som ingår i studiepopulationerna ovan men som inte återfinns i SKaPa. Dessa barn kan saknas i registret av två olika anledningar: att de har fått sin tandvård hos en vårdgivare som inte varit ansluten till SKaPa eller att de inte har besökt tandvården alls under perioden som analysen sträcker sig över, år 2010–2018. I bortfallsanalysen undersöks hur stor andelen barn är som saknas i SKaPa för barn i olika åldrar, placeringslängder, placeringsformer och baserat på föräldrarnas utbildning. Analysen av bortfallet görs för att skatta risk för systematisk snedvridning.

Bortfallsanalysen visar sammanfattningsvis att andelen som inte återfinns i SKaPa är större bland ej placerade barn än alla undersökta grupper av placerade barn. Gruppen ej placerade barn har en större andel föräldrar med längre utbildning jämfört med de placerade barnen. Bortfallet skiljer sig därför mellan grupperna placerade och ej placerade både gällande bortfallets storlek och föräldrarnas utbildningsnivå. Det finns därför en ökad risk för systematisk snedvridning på grund av de identifierade skillnaderna mellan grupperna.

Analys och slutsatser

I denna rapport har Socialstyrelsen gjort en kartläggning av på vilket sätt som regioner, tandvårdskliniker och kommuner arbetar med tandvård och munhälsa för placerade barn samt undersökt munhälsa och tandvårdskontakt hos placerade barn. Detta avsnitt innehåller de viktigaste resultaten från undersökningen, analys och förbättringsförslag. Avsnittet är uppdelat i fyra delar.

- Barnen i placering
- De som vårdar barnen i placering
- Socialtjänsten
- Regioner och tandvårdskliniker.

Avslutningsvis sammanfattas Socialstyrelsens centrala analyser och slutsatser.

Barnen i placering

Sämre hälsa, inklusive munhälsa, än andra barn

När ett barn inte kan bo kvar i det egna hemmet kan det placeras i familjehem, HVB eller stödboende. Ungefär 3–4 procent av alla barn i Sverige placeras i heldygnsvård någon gång under sin uppväxt, och varje år rör det sig om runt 30 000 barn som är i placering [6, 7]. Barn som är placerade ska inte riskera en sämre hälsa eller sämre tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård än andra. Rätten att åtnjuta högsta uppnåbara fysiska och psykiska hälsa är en grundläggande del av våra mänskliga rättigheter och finns bland annat reglerat i internationella överenskommelser. En rad tidigare undersökningar har dock uppmärksammat att barn i placering är överrepresenterade när det kommer till olika hälsoproblem och att den allmänna hälsovården inte har lyckats nå fram till dessa barn i tillräckligt stor utsträckning [1, 2, 5, 8, 9].

Även i denna undersökning kan konstateras att hälsosituationen hos placerade barn är sämre än den hos jämnåriga. Registeranalysen har visat att placerade barn har sämre munhälsa och besöker tandvården mer sällan än barn som inte är placerade. Det gäller både pojkar och flickor och yngre barn och tonåringar. Placerade barn har dessutom sämre munhälsa redan i anslutning till placeringstillfället än andra barn i jämförbara åldersgrupper. Analysen visade också att placerade pojkar har något sämre munhälsa än placerade flickor, medan det inte syns några tydliga skillnader mellan könen för barn som inte är i placering.

Detta är den första svenska studie som undersökt munhälsa och tandvårdskontakt hos placerade barn på nationell nivå. Mindre regionala undersökningar har tidigare indikerat att dessa barn som grupp har bristande munhälsa, stora behov av tandvård, behandlingssvårigheter och tandvårdsrådslä [2, 4]. Socialstyrelsen har också tidigare konstaterat att unga vuxna som varit placerade under uppväxten har en sämre hälsosituation än andra jämnåriga [5].

Dålig munhälsa går till stor del att förebygga

Den dagliga munhygien är en förutsättning för en god munhälsa, och regelbundna hygienrutiner, bra kostvanor och regelbunden kontakt med tandvården kan till stor del förebygga olika munhälsoproblem. Det är viktigt att karies förebyggs tidigt i livet, eftersom barn som en gång har utvecklat karies löper högre risk för att utveckla det även i framtiden. Sjukdomar i munnen kan påverka allmän hälsa och livskvalitet genom smärta, försämrad tal- och tuggfunktion och andra kroniska och akuta medicinska tillstånd.

De som vårdar barnen i placering

De som vårdar barnen i placering lämnas stort ansvar för munhälsa och tandvård

Kartläggningen har visat att den som utövar den dagliga omsorgen om placerade barn, såsom familjehemsföräldrar och personal på HVB eller stödboende, i praktiken lämnas stort ansvar för placerade barns tandvård och munhälsa. Barn som placeras i heldygnsvård kan komma från olika bakgrunder, ha varierande skäl till placeringen och olika typer av problematik och en dålig munhälsa och försummade tandvårdsbehov kan vara en av flera pusselbitar i en bristande omsorgssituation.

Grunderna till en god munhälsa läggs i första hand genom den dagliga munhygien i hemmet, det vill säga med regelbundna munhygienrutiner och bra kostvanor. Det kan dock vara svårt för den som vårdar ett placerat barn att få detta att fungera, både för yngre barn som kan behöva praktisk hjälp med exempelvis tandborstning och för tonåringar vars egen attityd till munhälsa och tandvård kan prägla rutinerna och munhälsan. Vid gruppintervjun med familjehemsföräldrar framkom också att vissa placeringar är turbulenta och behäftade med flera olika typer av problematik och att munhälsan, såsom tandborstning eller bokning av tandvårdsbesök, inte alltid heller är det första som prioriteras. Familjehemsföräldrarna berättade också om att barn som har placerats hos dem ofta haft dålig munhälsa och bristande rutiner för att sköta sin munhygien vid ankomst. Det resultatet bekräftas i registeranalysen som visade att både yngre barn och tonåringar som är placerade har sämre munhälsa än barn som inte är placerade redan i anslutning till placeringens start.

Kontinuitet i placeringen bidrar till bättre munhälsoutveckling för yngre barn

Vid en jämförelse mellan olika placeringslängder för yngre barn visade registeranalysen att munhälsosituationen är bättre hos långtidsplacerade pojkar och flickor än hos barn i kortare placeringar. En förklaring till detta kan vara att kontinuiteten i omhändertagandet av långtidsplacerade barn skapar möjligheter att uppmärksamma munhälsan och att implementera goda munhygienvanor i hemmet över tid, vilket i sin tur bidrar till en bättre munhälsoutveckling. Socialstyrelsen har också tidigare visat att det finns ett samband mellan längre placeringstider och en bättre munhälsosituation för unga vuxna som varit placerade under uppväxten, men att även de som har spenderat

nästan hela uppväxten i placering har en sämre munhälsa i jämförelse med de som aldrig varit placerade [5]. Det finns ett samband mellan barns munhälsa och föräldrarnas munhälsa och socioekonomiska bakgrund såsom utbildning eller inkomst, vilket också tidigare konstaterats [21]. För barn som till stora delar växer upp i placering är det sannolikt att sambandet mellan barnets och föräldrarnas munhälsa minskar, och att sambandet med munhälsan hos den som vårdar barnet, till exempel familjehemsföräldrar, ökar.

För långtidsplacerade tonåringar är munhälsoutvecklingen inte lika gynnsam som den för yngre barn, visar registeranalysen. En möjlig förklaring kan vara att tonåringars eget beteende har börjat få större effekt på munhälsan än föräldrarnas eller den som vårdar barnets attityd till munhygien och tandvård. Tidigare studier har också visat att placerade tonåringar har en ökad läkemedels- och droganvändning än jämnåriga som inte är placerade och en högre nivå av psykisk ohälsa vilket kan påverka munhälsan och rutiner kring munhygien och tandvårdsbesök.

Behov av utbildning och stöd från socialtjänsten

De som vårdar barn i placering, det vill säga familjehemsföräldrar och personal på HVB och stödboende, får lite stöd när det gäller de placerade barnens munhälsa och tandvård. Det är ovanligt att socialtjänsten formulerar mål om tandvård eller munhälsa i vård- och genomförandeplaner eller på andra sätt uppdrar de som vårdar barnen att särskilt uppmärksamma munhälsan under placeringstiden. Det är istället vanligare att socialtjänsten förutsätter att de ska sköta sådant som har med munhälsa eller tandvård att göra, exempelvis boka tandvårdsbesök eller se till att tandborstningen fungerar. Detta beskrivs också som något som inte följs upp av socialtjänsten i någon större utsträckning.

Munhälsa och tandvård beskrivs också som något som inte uppmärksammas vid familjehemsutbildningar. *Ett hem att växa i* [12], som är en grundutbildning för familj- och jourhem, innehåller begränsad information om munhygien och tandvård. Mot bakgrund av att placerade barn har sämre munhälsa än andra barn och att munhygien har en stor påverkan på barns munhälsosituation är det viktigt att de som vårdar placerade barn, det vill säga familjehemsföräldrar och personal på HVB och stödboende, får stöd och utbildning. Det kan till exempel handla om praktiska råd om munhygien och om konsekvenserna av en bristande tandvård och munhälsa. För att bidra till detta ser Socialstyrelsen ett behov av att utvidga familjehemsutbildningen så att den innehåller mer om betydelsen av god munhygien och regelbunden tandvård.

Socialtjänst

Angeläget att socialtjänsten uppmärksammar munhälsa och tandvård mer

Eftersom placerade barn som grupp har visat sig ha sämre munhälsa och besöker tandvården mer sällan än andra jämnåriga är det särskilt angeläget att deras munhälsosituation uppmärksammas. Många sjukdomar i munnen går

att förebygga genom bra kosthållning, munhygien och regelbunden kontakt med tandvården vilket minskar risken för allvarliga hälsoproblem.

Socialtjänsten har möjlighet att fånga upp munhälsan och tandvårdskontakten hos placerade barn på flera sätt. Det handlar bland annat om att konsultera ett barns tandvårdsklinik i samband med utredning, initiera hälsoundersökning av munhälsan i samband med placering, inkludera munhälsa och tandvård i vård- och genomförandeplaner, informera tandvården om att ett barn ska komma att flytta i samband med placering, följa upp tandvårdsbesök eller att på andra sätt beakta munhälsosituationen. Socialstyrelsen kan sammanfattningsvis konstatera att munhälsan och tandvårdskontakten generellt lämnas lite uppmärksamhet av socialtjänsten, även om det också finns kommuner som beskriver välfungerande rutiner och arbetssätt. Enligt kartläggningen konsulteras tandvården sällan i samband med utredning och få barn och unga genomgår en hälsoundersökning av munhälsan vid placering. Mål om tandvård och munhälsa finns i regel inte i vård- och genomförandeplaner, utan istället förutsätter socialtjänsten ofta att den som vårdar ett placerat barn ska ta nödvändiga vårdkontakter. Dessutom visar kartläggningen att socialtjänsten sällan följer upp munhygienrutiner eller tandvårdsbesök under tiden barnen är placerade. Socialstyrelsen kommer att se över stödet i BBIC till socialtjänsten gällande placerade barn och deras munhälsa och tandvård.

Kommuner arbetar på olika sätt

Kartläggningen har också visat att kommunernas socialtjänster har olika arbetssätt när det gäller tandvård och munhälsa för placerade barn. Medan vissa socialsekreterare berättar om väl upparbetade rutiner för att få till stånd exempelvis konsultationer och hälsoundersökningar, så beskriver andra att de aldrig ställt frågor om tandvård och munhälsa, varken vid utredning, i samband med placeringen eller under placeringstiden. Detta ger ojämlika förutsättningar över landet för barn och unga i placering att få tillgång till regelbunden tandvård. I längden kan det ge ojämlika förutsättningar över landet för en god munhälsa.

Kunskap och prioritering behövs

Att munhälsa och tandvård inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning beror sannolikt på en kombination av orsaker relaterade till otillräckliga kunskaper, bristande prioritering eller en kombination av de båda. Därför behöver det kommuniceras till såväl berörda socialsekreterare som chefer inom kommunernas socialtjänster hur regelverket är utformat, hur tandvårdens system för att lista och kalla barn i dagsläget är utformat och varför det ur ett hälsoperspektiv är viktigt att barnens munhälsosituation uppmärksammas. För att bidra till detta kommer Socialstyrelsen att överväga att ta fram ett grundläggande kunskapsstöd om munhälsa och tandvård för barn och unga riktat till socialtjänsten. Ett lättillgängligt stöd är också något som efterfrågades i enkäten till kommunerna. Ett sådant stöd kan med fördel utformas inom ramarna för Socialstyrelsens regeringsuppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får till-

gång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och obruten skolgång. Uppdraget ska delredovisas årligen under perioden 2022–2023 och slutredovisas senast den 30 april 2024.

Behov av att fler barn får en hälsoundersökning av munhälsan

Nya bestämmelser om hälsoundersökning

År 2017 infördes nya bestämmelser om hälsoundersökningar i samband med placering. Genom lagen (2017:109) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet fick regionerna ett ansvar för att barn och unga som placeras erbjuds en hälsoundersökning. Samtidigt infördes också en ny bestämmelse i SoL (jfr. 11 kap. 3 a § SoL) om att socialnämnden ska initiera dem. Bakgrunden till bestämmelserna var att det uppmärksammats att placerade barn och unga som grupp betraktad har sämre hälsa än andra barn. Den 1 januari 2020 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet i kraft. I föreskriften förtydligas bland annat vad en undersökning av munhälsan bör omfatta. Det innebär att denna undersökning (såväl registeranalysen av placerade barns munhälsa och tandvård som kartläggningen av arbetssätt) speglar perioden före Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råds ikraftträdande.

Dålig munhälsa vid placeringstillfället tyder på behov av att genomföra hälsoundersökningar

Kartläggningen visar tydligt att det finns ett behov av att fånga upp barns munhälsosituation i samband med att en placering inleds. Detta särskilt eftersom placerade barns munhälsa visat sig vara sämre redan i närtid till placeringstillfället än den hos andra jämnåriga och att en stor del av de som fick sin munhälsa undersökt under 2019 hade behov av fortsatta insatser inom tandvården. Genom att undersöka munhälsan i samband med placeringens början skapas förutsättningar för en bättre framtida hälsosituation eftersom kontakt etableras med tandvården och behandling av eventuella munhälsoproblem sätts in. Utgångspunkten är också att den information som framkommer vid en hälsoundersökning vidare ska ligga till grund för tandvårdens och socialtjänstens fortsatta arbete med att tillgodose behoven av tandvård eller andra vårdinsatser. Genomförandet av hälsoundersökningen fungerar därför inte enbart som en ögonblicksbild utan kan önskvärt leda till att eventuella munhälsoproblem omhändertas och följs upp. Registeranalysen visade dessutom att mer än dubbelt så stor andel av de yngre barnen i kort och medellång placering har en mycket allvarlig munhälsosituation med tio eller fler tänder som är angripna av karies, jämfört med långtidsplacerade och ej placerade i samma ålder. Det är angeläget att deras munhälsosituation uppmärksammas för att bryta en eventuell trend av bristande munhygien och oregelbunden kontakt med tandvården.

Få barn får hälsoundersökning av munhälsan trots att överenskommelser finns

Kartläggningen av arbetssätt har visat att det var få barn och unga, 13 procent²⁷, som under 2019 genomgick en hälsoundersökning av munhälsan i samband med placering. Detta trots att det i många län finns överenskommelser mellan regionen och länets kommuner som beskriver hälsoundersökningen av munhälsan i samverkan mellan socialtjänst och tandvård. Liknande resultat har tidigare beskrivits av såväl SBU som SKR [8, 10]. Socialstyrelsen ser positivt på att antalet överenskommelser har ökat, men för att överenskommelserna ska komma till nytta så är det nödvändigt de efterlevs. Innehållet behöver göras känt hos berörda medarbetare och de behöver användas i det dagliga arbetet.

Olika hinder för att initiera hälsoundersökning har identifierats

Kartläggningen visade också att socialsekreterarna jobbar utifrån olika kriterier och tolkningar för att välja att initiera en undersökning av munhälsan. Medan det finns de som berättar att hälsoundersökning av munhälsan initieras vid samtliga placeringar, så berättar andra om att det baseras på bedömning, eller att de aldrig initieras oavsett orsak till placeringen eller känd hälsosituation. Det ger ojämlika förutsättningar över landet för barn och unga i placering att få sina behov av tandvård tillgodosedda.

Ett antal hinder för att initiera hälsoundersökning av munhälsan identifierats. Bland annat har inte alla socialsekreterare kunskaper om vad en hälsoundersökning innebär. Vissa ser inte behovet av att initiera hälsoundersökning eftersom de känner till att barn regelbunden kallas till tandvården, eller för att de förutsätter att den som vårdar barnen kommer att ta nödvändiga vårdkontakter. Det behöver bli mer känt att detta inte motsvarar socialtjänstens ansvar för att initiera hälsoundersökning i samband med placering. Därför är det av särskild vikt att det kunskapsstöd om munhälsa och tandvård för barn som Socialstyrelsen överväger att ta fram till socialtjänsten omfattar hälsoundersökning. För att underlätta genomförandet av hälsoundersökningar är det också av vikt att tandvården tillgängliggör sig för socialtjänsten, till exempel genom att informera om kontaktvägar.

Regioner och tandvårdskliniker

Risk för att alla placerade barn inte fångas upp av regionernas arbetssätt

Kartläggningen har visat att alla regioner har rutiner för listning av barn på en tandvårdsklinik och för att barnen ska kallas till tandvården. Detta är ett sätt som regionerna utformat för att se till att alla barn och unga bosatta i regionen erbjuds tandvård. Systemet är baserat på folkbokföringsregistret, och risken är att det inte fångar upp alla placerade barn, särskilt om det rör sig om

²⁷ Av de barn och unga som genomgick en hälsoundersökning av munhälsan 2019, som ej är ensamkommande barn och unga.

placeringar som medför flytt men utan byte av barnets folkbokföringsadress. I vissa regioner kan det också ta lång tid innan barnen blir kallade till tandvården även om folkbokföringsadressen ändrats. Det innebär att förutsättningarna över landet för regelbunden tandvårdskontakt för barn som flyttar i samband med placering är ojämlika. Regionerna och tandvårdsklinikerna får inte automatiskt kännedom om vilka barn som är placerade eller var de befinner sig, vilket utgör en uppenbar svårighet för regionerna att identifiera vilka barn de ansvarar för. Att en placering i sig kan leda till ett avbrott i kontakten med tandvården har också tidigare konstaterats av SBU [8].

Förutsättningarna för att få tandvård över landet för barn i HVB skiljer sig också åt mellan regionerna. Barn som är placerade i HVB är i regel inte folkbokförda i HVB och kartläggningen har visat att regionerna och tandvårdsklinikerna har olika rutiner när det kommer till att erbjuda tandvård till barn som är folkbokförda i andra regioner. För barnen innebär skillnaderna i arbetssätt i praktiken att vissa behöver resa till sin hemregion för att få annan tandvård än akuta behandlingar, medan andra har möjlighet att få fullständig tandvårdsbehandling i regionen de befinner sig. Registerstudien pekar också på att barn som är placerade i HVB besöker tandvården mer sällan än barn i andra placeringsformer.

Registerstudien har visat att placerade pojkar och flickor inte besöker tandvården inom de närmsta åren efter placeringens start i samma utsträckning som andra barn under samma tidsperiod. Ungefär var femte placerat barn har inte kommit till tandvården alls för undersökning inom en tvåårsperiod efter placeringen. Tandvården har ett hälsofrämjande uppdrag och förebyggande arbete kombineras med diagnostisering och behandling av sjukdomar i munnen. Hur ofta barn kallas till tandvården baseras i regel på munhälsan och på tandvårdens bedömning av risken för munsjukdomar, vilket innebär att barn med sämre munhälsa brukar kallas till tandvården oftare. Därför är det sannolikt uteblivna besök snarare än glesare kallelser ligger till grund för att det är en så stor andel som inte kommit till tandvården. Ett sätt för tandvården att fånga upp de barn som uteblir från besök är att anmäla oro för de barn som inte kommer till bokade tider, vilket några regioner har arbetat aktivt med att utveckla ytterligare.

Mot bakgrund av detta ser Socialstyrelsen att det finns ett behov av att det nuvarande arbetssättet för att erbjuda alla barn bosatta inom regionen tandvård utvecklas, så att det säkerställs att alla barn och unga som är placerade erbjuds fullständig och regelbunden tandvård. SBU har tidigare konstaterat [8] att det råder brist på aktuell forskning om hur tandvården bör organiseras för att säkerställa att alla placerade barn får tillgång till tandvård och en god munhälsa på samma villkor som alla andra barn. De menar att det sannolikt behövs övergripande organisatoriska modeller som tvingar tandvården och socialtjänsten att samarbeta med varandra. Ett konkret exempel från SBU är att införa tvingande rutiner om hälsodokumentation, till exempel digitala hälsokort, och checklistor [8]. Om sådana modeller utvecklas är det nödvändigt att de får stöd i implementeringen så att de kommer till användning i det dagliga arbetet.

Socialstyrelsens centrala analyser och slutsatser

I denna rapport har Socialstyrelsen kartlagt på vilket sätt som kommuner, regioner och tandvårdskliniker arbetar med munhälsa och tandvård för placerade barn i teori och praktik, samt undersökt munhälsan och tandvårdskontakten hos placerade barn jämfört med andra jämnåriga. Ett flertal tidigare studier har uppmärksammat att barn i placering har sämre fysisk och psykisk hälsa än andra barn och att de inte tagit del av den allmänna hälsovårdens insatser i samma utsträckning som andra barn. Även i denna undersökning, som är den första som undersökt munhälsa och tandvårdskontakt på nationell nivå, kan konstateras att hälsosituationen hos placerade barn är sämre än den hos barn som inte är placerade. Registeranalysen har både visat att placerade barn har sämre munhälsa än andra jämnåriga och att de besöker tandvården mer sällan.

Det går inte att påverka erfarenheter från tidig barndom, men samhällets olika aktörer har i övrigt stort inflytande på munhälsan och vid en placering borde en trend av bristande munhygien och oregelbunden kontakt med tandvården kunna brytas. Detta kräver dock insatser i samverkan mellan regioner och tandvårdskliniker, kommunernas socialtjänster och den som vårdar ett barn i placering. Studien har visat att det finns ett antal områden som kan utvecklas i deras arbete för att placerade barn ska ges samma förutsättningar för en god munhälsa och regelbunden tandvård på samma villkor som alla andra barn.

- Grunderna till en god munhälsa läggs i första hand vid den dagliga munhygien. De som vårdar barn i placering kan behöva ökat stöd från socialtjänsten och tandvården för att på bästa sätt kunna tillgodose barnens behov av munhygien och tandvård.
- Det är viktigt att de som vårdar barn i placering har kunskaper om munhälsa och munhygien, samt om regionernas listnings- och kallelse-system. För att bidra till detta ser Socialstyrelsen behovet av att utvidga familjehemsutbildningen så att den innehåller mer om betydelsen av en god munhygien samt konsekvenserna av bristande tandvård och munhälsa.
- Socialtjänstens handläggare och chefer behöver prioritera att uppmärksamma munhälsa och tandvård i större utsträckning än det görs idag. Det kan göras i olika stadier, exempelvis genom att initiera hälsoundersökning av munhälsan, inkludera mål om munhälsa och tandvård i vård- och genomförandeplaner, informera tandvården om flytt eller att följa upp munhälsosituationen och tandvårdsbesök under placeringstiden.
- Socialtjänstens handläggare och chefers kunskaper om munhälsa och tandvård för placerade barn och unga behöver öka, och de behöver göras uppmärksamma på konsekvenserna av att barn och unga inte får sina behov av tandvård och munhälsa tillgodosedda. Socialstyrelsen kommer därför att överväga att ta fram ett grundläggande kunskapsstöd om munhälsa och tandvård för barn riktat till socialtjänsten.

- Socialtjänstens arbete med att initiera hälsoundersökningar behöver utvecklas så att fler barn erbjuds en hälsoundersökning av munhälsan i samband med placering. Att placerade barn har visat sig ha sämre munhälsa än andra jämnåriga i närtid till placeringstillfället och att många av de som blev hälsoundersökta under 2019 hade behov av fortsatta insatser inom tandvården stödjer vikten av att barnens munhälsosituation uppmärksammas i ett tidigt skede.
- Samverkan mellan tandvård och socialtjänst behöver generellt utvecklas. Socialstyrelsen kommer att se över stödet i BBIC till socialtjänsten gällande placerade barn och deras munhälsa och tandvård. Tandvården kan också behöva tillgängliggöra sig för socialtjänsten ytterligare, exempelvis genom att informera om kontaktvägar.
- Idag finns överenskommelser mellan regioner och kommuner om samarbete som omfattar hälsoundersökning av munhälsan i samband med placering i de flesta län. För att de ska komma till nytta är det nödvändigt att de efterlevs och används i det dagliga arbetet. Regioner och kommuner behöver tillgängliggöra innehållet i överenskommelserna för såväl socialtjänst som tandvård.
- Regionernas nuvarande arbetssätt för att erbjuda tandvård till alla barn bosatta inom regionen behöver utvecklas så att det säkerställs att alla barn och unga som är placerade erbjuds fullständig och regelbunden tandvård. Idag är förutsättningarna för att erbjudas regelbunden tandvård också olika beroende på placeringsform och på var i landet ett barn placeras.

Avslutande kommentar

Avslutningsvis kan myndigheten konstatera att även denna kartläggning visar att placerade barn har sämre munhälsa och besöker tandvården mer sällan än andra barn, och att det kräver insatser i samverkan från både regioner och kommuner för att se till att de får fullständig och regelbunden tandvård och förutsättningar för en god munhälsa på samma villkor som alla andra barn.

Referenser

1. Kling, S, Nilsson, I. Familjehemsplacerade skolbarns hälsa och hälsovård - uppföljning av 105 barn. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap Malmö. 2015.
2. Kling, S. Fosterbarns hälsa - det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Malmö: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2010.
3. Kling, S, Vinnerljung, B, Hjern, A. Hälsokontroll för SiS-ungdomar. En studie av hälsoproblem och vårdbehov hos ungdomar på fyra särskilda ungdomshem. Stockholm: Statens institutionsstyrelse; 2016.
4. Utsatta barns hälsa. Resultatet av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
5. Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade. Registerstudie av tandhälsa och tandvårdskonsumtion bland 20–29-åringar som varit placerade i heldygnsvård under uppväxten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
6. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
7. Vinnerljung, B, Andreasson, T. Forskning i korthet: Barn och unga i samhällets vård – Forskning om den sociala dygnsvården. Stockholm: Forte; 2015.
8. Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturoversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2018.
9. Köhler, M, Emmelin, M, Hjern, A, Rosvall, M. Children in family foster care have greater health risks and less involvement in Child Health Services. Acta Pædiatrica. 2015; 104.
10. Nationell kartläggning om hälsoundersökningar av barn och unga inför placering. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
11. Förstudie - hälsoundersökningar för asylsökande barn och unga som placeras. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
12. Ett hem att växa i. Familjehemmets bok. Grundutbildning för jour- och familjehem. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
13. Berlin, M. Out-of-Home Care and Educational Outcomes: Prevalence, Patterns and Consequences. Stockholm: Stockholms universitet; 2020.
14. Statistiskt faktablad: Heldygnsplaceringar 1975-2018. Stockholm: Socialstyrelsen (opublicerat); 2020.
15. Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval. Allmän barn- och ungdomstandvård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Stockholms läns landsting; 2019.
16. Kvist, T, Annerbäck, E, Dahllöf, G. Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect. Child abuse and neglect. 2018; 76.

17. Bhujel N, Duggal MS, Saini P, Day PF. The effect of premature extraction of primary teeth on the subsequent need for orthodontic treatment. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2016; 17.
18. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
19. Karies bland barn och ungdomar - Epidemiologiska uppgifter för år 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
20. Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2007.
21. Isaksson H, Alm A, Koch G, Birkhed D, Wendt LK. Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. *Caries Res*. 47.
22. Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa. Nationell kartläggning 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
23. Tandvården och barn som far illa. Stockholm: Barnombudsmannen; 2010.
24. Barn som far illa. Kunskap och kvalitet nr 9. Stockholm: Sveriges Tandläkarförbund; 2015.
25. Förstudie inför revidering av BBIC stöddokument 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
26. Läkundersökning inför placering av barn och unga. Nationell kartläggning. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2015.
27. Hälsoundersökningar av barn och unga personer 18–20 år i anslutning till placering i vård utanför det egna hemmet. Slutrapport april 2019. Eskilstuna: FOU i Sörmland; 2019.
28. Meddelandeblad. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet m.m. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
29. Mattsson, T. Barnet som subjekt och aktör: En rättslig studie om barn i familjehem: Lustus; 2006.
30. Länsövergripande samverkansdokument angående hälsoundersökningar av barn och unga som placeras enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om vård av unga (LVU). Landstinget Blekinge, Karlshamns kommun, Karlskrona kommun, Ronneby kommun, Sölvesborgs kommun, Olofströms kommun; 2016.
31. Samverkansöverenskommelse gällande läkar- och hälsoundersökning för barn och unga 0-20 år som placerats med stöd av Socialtjänstlagen eller Lag om särskilda bestämmelser om vård av unga. Region Gävleborg; 2019.
32. Länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning. Avser barn och unga som placeras utom hemmet med stöd av socialtjänstlagen (SoL) eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Jämtlands läns landsting; Regionförbundet Jämtlands län; 2013.
33. Överenskommelse. Hälsoundersökning och munhälsoundersökning avseende placerade barn och unga. Kalmar län; 2017.
34. Samverkansrutiner gällande hälso-, sjuk- och tandvård för placerade barn och unga. Stockholms läns landsting Hälso- och sjukvårdsförvaltningen: STORTSTHLM Kommunerna i Stockholms län; 2016.
35. Avtal och länsöverenskommelse om rutin rörande barn och unga som placeras i familjehem eller vid hem för vård och boende (HVB) -

- Läkarundersökning, tandläkarundersökning samt former för samarbete med barn- och ungdomspsykiatri. Region Värmland; 2013.
36. Fosterhemsplacerade barn och ungdomar. Forskning och utveckling i Värmland; 2019.
 37. Länsgemensam överenskommelse och samverkansrutin: Hälso- och tandundersökning med bedömning i samband med att barn placeras i familjehem eller i hem för vård eller boende (HVB). Hälso- och sjukvård i Västerbotten. Kommuner - landsting i samverkan; 2017.
 38. Västbus riktlinjer för familjehemsplacerade barn och unga. Västbus, Västra Götalandsregionen, VästKom.
 39. Öppna jämförelser 2019 – placerade barns utbildning och hälsa Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 40. Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
 41. Kommungruppsindelning 2017. Omarbetning av Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2016.
 42. Bortfallsanalys av Utbildningsregistret 2014. Statistiska centralbyrån; 2017.

Bilaga 1. Metod och genomförande

Kartläggning av ansvarsfördelning

Rättsliga förutsättningar

De rättsliga förutsättningarna samt berörda aktörers ansvar för munhälsa och tandvård när det gäller barn som utreds och placeras enligt SoL eller LVU sammanställdes. Den juridiska översikten fokuserar både specifikt på arbete med placerade barn, men också på regionernas och tandvårdens arbete med munhälsa och tandvård för barn generellt. Kartläggningen identifierade olika situationer eller tillfällen då regioner, kommunernas socialtjänster och tandvårdskliniker ska eller har möjlighet att uppmärksamma placerade barns munhälsa eller tandvård.

Insamling av överenskommelser om hälsoundersökningar

Under hösten 2019 skickade samtliga 21 regioner in överenskommelser mellan regionerna och länens kommuner om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (jfr. 5 kap 1 d § SoL och 16 kap 3 § HSL).

Kartläggning av arbetssätt

Intervjuer

För att fånga upp berörda aktörers erfarenheter av arbete med placerade barns munhälsa och tandvård intervjuades representanter för tandvårdsenheten eller motsvarande inom fyra regioner liksom klinikchefer för tandvårdskliniker belägna i de fyra regionerna. Regionerna är Halland, Skåne, Västmanland och Norrbotten. Dessa regioner valdes ut strategiskt utifrån befolkningsstorlek, sammansättning storstad eller glesbygd och geografiskt läge. Inledningsvis intervjuades också utredande socialsekreterare eller enhetschefer inom socialtjänsten i kommuner i de fyra länen, men valet av kommuner kom sedan att breddas så att kommuner också från andra delar av landet inkluderades. Dessa kommuner slumpades fram.

Frågeguiderna togs fram tillsammans med sakkunniga och med myndighetens metodstöd och har samrått med SKR. Intervjuerna genomfördes på distans per telefon och Skype.

Intervjuer med representanter för regioner

Intervjuer med tjänstemän inom de fyra regionernas respektive tandvårdsenheter genomfördes. Följande frågeområden behandlades:

- Listning av barn som flyttar till regionen

- Listning av barn som flyttar inom regionen
- Barn som uteblir från bokade tider
- Erfarenheter av samverkan med socialtjänsten
- Utvecklingsarbete om placerade barns munhälsa och munvård (till exempel framtagande av rutiner, projekt, utbildningsinsatser)
- Övriga erfarenheter av att arbeta med att säkerställa god tandvård och munhälsa för placerade barn (till exempel fungerande projekt eller initiativ, arbetssätt och rutiner).

Intervjuer med representanter för tandvårdskliniker

Sex klinikchefer för slumpvis utvalda tandvårdskliniker med ansvar för barn- och ungdomstandvård i de fyra regionerna intervjuades. Förfrågan om medverkan skickades via e-post och klinikerna avgjorde om de hade möjlighet att medverka. Följande frågeområden behandlades:

- Kallelser av barn som nyligen listats på kliniken
- Barn som uteblir från bokade tider
- Erfarenheter av samverkan med socialtjänsten
- Övriga erfarenheter av att arbeta med att säkerställa god tandvård och munhälsa för placerade barn (till exempel fungerande projekt eller initiativ, arbetssätt och rutiner).

Intervjuer med representanter för kommuner

Intervjuer med utredande socialsekreterare eller enhetschefer genomfördes i 13 kommuner. Urvalet gjordes genom att ta fram en lista på de kommuner som har placerat barn i heldygnsvård under 2018. För att välja ut kommuner och få spridning på urvalet användes sedan SKR:s kommungruppsindelning 2017 [41]. Förfrågan om medverkan skickades via e-post och kommunerna avgjorde om de hade möjlighet att medverka och valde ut intervjuerson.

Följande frågeområden behandlades:

- På vilket sätt munhälsa och tandvård uppmärksammas vid utredning
- Hälsoundersökningar på tandvårdsklinik i samband med placering
- Erfarenheter av samverkan med tandvården
- Uppföljning av munhälsa och tandvårdsbesök under placeringstiden
- Eventuella utvecklingsområden för att bli ännu bättre på att arbeta med att säkerställa god tandvård och munhälsa för placerade barn
- Övriga erfarenheter av att arbeta med att säkerställa god tandvård och munhälsa för placerade barn (till exempel fungerande projekt eller initiativ, arbetssätt och rutiner).

Intervjuerna kompletterades med kortare telefonavstämningar med socialsekreterare i tre kommuner samt med en regional utvecklingsledare.

Gruppintervju med intresseorganisation för familjehemsvården

En gruppintervju genomfördes under våren 2020 med sju representanter från Familjevårdens centralorganisation.²⁸ Syftet var fånga upp familjehemsföräldrars erfarenheter av placerade barns tandvård och munhälsa. Inbjudan skickades via e-post till organisationens styrelse som organiserade kontakt med en grupp familjehemsföräldrar.

Följande frågeområden behandlades:

- Munhälsan hos placerade barn
- Att sköta munhygien under placeringen
- Socialtjänstens arbete med och information om tandvård och munhälsa i samband med placeringstillfället
- Kontakter med tandvården
- Tandvård och munhälsa vid socialtjänstens uppföljning
- Tandvård och munhälsa vid familjehemsutbildningar och fortbildning.

Enkäter

Enkäter till regioner och tandvårdskliniker skickades ut under februari 2020. De togs fram tillsammans med myndighetens metodstöd och har samråtts med SKR och med NNR. Ett antal intervjuer gjordes för att få stöd till enkätformuleringen. Enkäterna omarbetades efter att synpunkter inkommit. En enkät till kommuner genomfördes i samverkan med SKR och skickades ut i april 2020.

Enkät till regioner

En webbenkät skickades under februari 2020 till samtliga 21 regioners tandvårdsenheter eller motsvarande. Enkäten handlar om hur regionerna arbetar med listning av barn, hur det går till när barn flyttar över kommun- och regiongränser och eventuella erfarenheter av samverkan med socialtjänsten. Datainsamlingen pågick mellan 2020-02-10 och 2020-03-02 och två ordinarie påminnelser skickades under perioden.

Urval

Undersökningen är en totalundersökning.

Svarsfrekvens och bortfall

Samtliga 21 regioner svarade på enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 100 procent.

Tillförlitlighet

I samband med datainsamlingen kan slumpmässiga och systematiska fel uppstå, dessa kallas mätfel. För att minska risk för mätfel har enkäten konstruerats med ämnessakkunniga, enkätfrågekonstruktör och statistiker samt i samråd med SKR och NNR. Vid ologiska svar har objekt kontaktats för att på så sätt få möjlighet att ändra dessa ologiska svar till korrekta svar. Öppna svar har granskats för att se att dessa överensstämmer med övriga svar.

²⁸ Även Familjehemmens riksförbund bjöds in att medverka, men med anledning av situationen med covid-19 kunde intervjuerna inte genomföras.

Frågor

Regionenkäten bestod av 13 huvudfrågor samt 4 följdfrågor beroende på hur de svarat på huvudfrågan vilket gav totalt 17 frågor. Frågorna består av en blandning av frågor med fasta svarsalternativ och öppna kommentarsfält på samtliga frågor. Undersökningen referensperiod är 2019.

- 1. Regionerna tillser att alla barn är listade på en tandvårdsklinik. Hur ofta uppdateras dessa listor till klinikerna i er region?
- 2. När ett barn har flyttat in till regionen, vilka rutiner finns för när barnet ska kallas till tandvården första gången?
- 3. Inom vilken tidsrymd efter listning ska tandvårdskliniken ha gjort en första undersökning på ett nylistat barn?
- 4. Om ett barn byter adress inom regionen, informeras barnet/vårdnadshavare om möjligheten att välja en ny tandvårdsklinik?
- 5. Om ett barn, trots upprepade kallelser, inte infinner sig till sistahandsansvarig tandvårdsklinik, vidtar regionen några åtgärder?
- 6. Pågår det något utvecklingsarbete i regionen kring barn som uteblir från kallade tider inom tandvården?
- 6a. Om ja, beskriv kortfattat detta utvecklingsarbete:
- 7. Har det förekommit under 2019 att regionen kontaktats av en kommuns socialtjänst som önskat information om ett barns munhälsa eller tandvård, i samband med utredning eller placering?
- 8. Har regionen under 2019 genomfört några utbildningsinsatser för socialtjänstpersonal kring placerade barns tandvård och/eller munhälsa?
- 8a. Om ja, beskriv kortfattat de utbildningsinsatser som har genomförts för socialtjänstpersonal:
- 9. Planeras utbildningsinsatser för socialtjänstpersonal kring placerade barns tandvård och/eller munhälsa?
- 9a. Om ja, beskriv kortfattat de utbildningsinsatser som planeras för socialtjänstpersonal:
- 10. Pågår något utvecklingsarbete i regionen kring placerade barns tandvård och/eller munhälsa?
- 10a. Om ja, beskriv kortfattat detta utvecklingsarbete:
- 11. Plats för övriga kommentarer eller medskick till Socialstyrelsen i frågor som rör denna enkät eller generellt kring samverkan om eller rutiner kring placerade barns tandvård och munhälsa.

Beskrivning av data

Från undersökningen redovisas antal och andel per region.

Enkät till tandvårdskliniker

I februari 2020 skickades en webbenkät till 358 namngivna verksamhetschefer på tandvårdskliniker med ansvar för barn- och ungdomstandvård, samt till ett litet antal specialistkliniker i pedodonti. Syftet med enkäten var att undersöka hur klinikerna arbetar med kallelser av barn, hur de agerar vid uteblivande och eventuella erfarenheter av samverkan med socialtjänst. Datainsamlingen pågick mellan 2020-02-11 och 2020-03-06 och två ordinarie påminnelser skickades.

Urval

Förfrågan om kontaktuppgifter till klinikcheferna skickades via e-post till regionerna, och samtliga regioner inkom med uppgifter. De flesta kliniker är Folktandvårdskliniker och ett fåtal är privata kliniker. Uppgifter till chefer för tre specialistkliniker i barntandvård inkom också, vilka också inkluderades. Urvalspopulationen består av alla unika chefer på kliniker i kommuner som har tio eller fler placerade barn. Varje chef kunde besvara enkäten högst en gång och om en chef hade ansvar för flera mottagningar valdes mottagningen på den större orten.

Svarsfrekvens och bortfall

232 klinikchefer svarade på enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 65 procent. Bortfallet skiljer inte från de svarande klinikerna med avseende på geografisk fördelning över landet eller på kommungrupp.

Tillförlitlighet

Täckningsfel kan bestå av under- och övertäckning. Övertäckning kan förekomma eftersom kliniker och/eller klinikchefer som inte är aktiva kan finnas i urvalsramen.

För att minska risk för mätfel har enkäten konstruerats med ämnessakkunniga, enkätfrågekonstruktör och statistiker samt i samråd med SKR och NNR. Vid ologiska svar har objekt kontaktats för att på så sätt få möjlighet att ändra dessa ologiska svar till korrekta svar. Öppna svar har granskats för att se att dessa överensstämmer med övriga svar.

Frågor

Klinikenkäten bestod av 13 huvudfrågor samt 4 följdfrågor beroende på hur de svarat på huvudfrågan vilket gav totalt 17 frågor. Frågorna består av en blandning av frågor med fasta svarsalternativ och öppna kommentarsfält på samtliga frågor. Undersökningens referensperiod är 2019.

- 1. När ett nytt barn listas på kliniken, vilken bedömning ligger till grund för att barnet kallas till tandvården första gången?
- 1a. Hur lång tid brukar det ta mellan det att barnet har listats hos kliniken och den erbjudna tiden för det första besöket?
- 2. Finns rutiner för orosanmälan för de barn som upprepade gånger inte kommer till kliniken på kallade tider?
- 3. Hur många orosanmälningar till socialtjänsten har kliniken gjort under 2019? Uppskatta antalet.
- 3a. Hur stor del av klinikens totala antal orosanmälningar till socialtjänsten handlar om uteblivande från kallade tider? Uppskatta andelen.
- 4. Av vilket/vilka andra skäl än uteblivande från kallade tider har kliniken gjort orosanmälningar till socialtjänsten under 2019?
- 5. Har kliniken under 2019 blivit konsulterad av socialtjänsten (muntligen eller skriftligen) i ärenden avseende barn där det är kliniken som har gjort en orosanmälan?
- 6. Har kliniken under 2019 blivit konsulterad av socialtjänsten (muntligen eller skriftligen) i ärenden avseende barn där kliniken inte har gjort en orosanmälan?

- 7. Har kliniken under 2019 blivit kontaktad av socialtjänsten med en begäran om att utföra hälsoundersökning i samband med att ett barn placerats?
- 7a. Har socialtjänsten efterfrågat uppgifter för att bedöma om en hälsoundersökning är behövlig eller inte?
- 7b. För barn som i samband med placering varit på hälsoundersökning, följer kliniken upp den fortsatta munhälsan och tandvårdskontakten?
- 8. Har kliniken under 2019 blivit kontaktad av socialtjänsten med information om att ett barn flyttar i samband med placering?
- 9. Plats för övriga kommentarer eller medskick till Socialstyrelsen i frågor som rör denna enkät eller generellt kring samverkan om eller rutiner kring placerade barns tandvård och munhälsa.

Beskrivning av data

Från undersökningen redovisas andel och antal för hela riket.

Enkät till kommuner (samarbete med SKR)

Sveriges kommuner och regioner har återkommande (2015 och 2017) publicerat nationella kartläggningar av konsultationer och hälsoundersökningar för placerade barn [10, 26]. SKR bjöd in Socialstyrelsen att samarbeta om den del av 2020 års uppföljning som omfattar tandvård och munhälsa.

En webbenkät skickades till samtliga kommuner och stadsdelar i mars 2020. Syftet med datainsamlingen var att undersöka omfattningen av konsultationer och hälsoundersökningar inom tandvården i samband med placering; behovet av fortsatta insatser inom tandvården för dessa barn; eventuella kunskapshöjande insatser för personalen och behov av stöd. SKR distribuerade enkäten och översände aggregerade data till Socialstyrelsen. Datainsamlingen pågick mellan 2020-03-13 och 2020-09-30. Den långa svarstiden är en konsekvens av den rådande pandemin. SKR skickade påminnelser under perioden.

Urval

Enkäten skickades till samtliga kommuner och stadsdelar och är en totalundersökning.

Svarsfrekvens och bortfall

316 kommuner och stadsdelar besvarade enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 69 procent.

En viss skevhet i bortfallet har identifierats av SKR. I storstäderna är täckningen i Malmö och Göteborg god, medan svarsfrekvensen för stadsdelarna i Stockholm är låg. Fördelningen på kommungruppsnivå är jämnt fördelad och den geografiska spridningen är god, med undantag från Östergötlands län där svarsfrekvensen är lägre.

Frågor

Frågorna togs fram i samarbete med SKR. Socialstyrelsen tog del av svaren på 11 frågor. Svaren är uppdelade på barn och unga placerade enligt SoL respektive LVU. Undersökningens referensperiod är 2019.

- Fanns det i [Kommun/stadsdel] barn och unga 0-20 år som för första gången placerades i stadigvarande dygnsvård någon gång under perioden 1 juli 2019 – 31 december 2019?

- 2. Hur många barn och unga 0-20 år, som ej är ensamkommande, placerades för första gången stadigvarande i dygnsvård under perioden 1 juli 2019 - 31 januari 2019?
- 7. För hur många av de barn och unga som redovisas i fråga 2 har ni som underlag till utredningen konsulterat tandhälsovården?
- 8. I hur många av de utredningar där ni konsulterat tandhälsovården (fråga 7) har utredningen föregåtts av en orosanmälan från tandvården?
- 9. Hur många av de barn och unga som redovisas i fråga 2 har i samband med placeringen genomgått en tandhälsoundersökning?
- 10. Hos hur många av de barn och unga som blev tandhälsoundersökta (fråga 9) upptäcktes behov av vidare insats inom tandvården?
- 11. Hur många ensamkommande barn och unga 0-20 år placerades för första gången stadigvarande i dygnsvård under perioden 1 juli 2019-31 december 2019?
- 15. Hur många av de ensamkommande barn och unga som redovisas i fråga 11 har i samband med placeringen genomgått en tandhälsoundersökning?
- 16. Hos hur många av de ensamkommande barn och unga som blev tandhälsoundersökta (fråga 15) upptäcktes behov av vidare insats inom tandvården?
- 17. Har kommunen under 2019 genomfört några informationsinsatser riktade till socialsekreterare eller annan berörd personal för att öka kunskaperna om aktuella rutiner och styrdokument, till exempel överenskommelse mellan kommunen och regionen om hälsoundersökningar av placerade barn och unga?
- 18. Skulle socialtjänsten i [Kommun/stadsdel] behöva något stöd för att bli ännu bättre på att uppmärksamma placerade barn och ungas behov av tandvård och munhälsa?

Beskrivning av data

Från undersökningen redovisas andel och antal för hela riket.

Undersökning av munhälsa och tandvårdskontakt hos placerade barn

I en registerstudie har munhälsa och tandvårdskontakt bland placerade barn undersökts på nationell nivå. Analyserna syftar till att svara på rapportens övergripande frågeställningar:

- Har placerade barn samma regelbundenhet i kontakten med tandvården som andra barn i jämförbar åldersgrupp som inte är placerade?
- Finns det skillnader i munhälsa hos barn som är placerade jämfört med barn i jämförbar åldersgrupp som inte är placerade?
- Samvarierar placeringslängden med placerade barns munhälsa?

Registeruppgifter

För analysen har uppgifter hämtats från tre olika register: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) samt utbildningsregistret.

Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga innehåller uppgifter om insatser som beslutats enligt SoL eller LVU. De placeringsformer som registreras i registret är familjehem, nätverkshem, jourhem, HVB, hem med särskild tillsyn enligt 12 § LVU, eget hem, samt annan placeringsform.

Kvalitetsregistret SKaPa innehåller individdata om karies i mjölkttänder och permanenta tänder samt uppgifter om utförd tandvård och datum för tandvårdsbesök. Uppgifterna om karies anges som antalet tänder med karies eller fyllningar enligt DFT-index. DFT kännetecknar antalet permanenta respektive mjölkttänder som har fyllningar eller kariesangrepp. Tillgängliga uppgifter om munhälsa sträcker sig över perioden 2010–2018. Till SKaPa skickas uppgifter från alla vårdgivare inom den offentliga tandvården och en del privata vårdgivare. En del barn förekommer inte i SKaPa och anledningen kan vara att deras vårdgivare inte varit anslutna till kvalitetsregistret eller att barnen inte besökt tandvården under perioden.

Utbildningsregistret är ett individregister över befolkningens utbildning. I Utbildningsregistret finns alla som är folkbokförda i Sverige. I registret finns även uppgifter om variabler som kön, ålder, folkbokföringslän och folkbokföringskommun.

Från utbildningsregistret har föräldrarnas högsta utbildningsnivå hämtats och redovisas som:

- Förgymnasial utbildning
- Gymnasial utbildning
- Eftergymnasial utbildning
- Okänd utbildning.

Gruppen som saknar utbildningsbakgrund består till störst del av utrikesfödda personer som inte anmält eller validerat sin utbildning i Sverige [42]. Gruppen ensamkommande barn och ungdomar kan därför förväntas falla inom gruppen vars föräldrar har okänd utbildningsbakgrund.

Inga uppgifter föreligger om familjehemsföräldrarnas utbildning. Deras utbildningsnivå har därför inte kunnat tas med i analysen.

Studiepopulationer

Studien har undersökt om det föreligger skillnader i munhälsa och tandvårdskontakt hos placerade barn jämfört med barn som inte placerats. Analyser har gjorts på munhälsa och tandvårdskontakt för barn i samband med att de placerats, hos 6–8-åringar och 15–17-åringar som har varit placerade och för 17-åringar som varit placerade i olika placeringsformer. För analyserna har fyra studiepopulationer tagits fram.

Studiepopulation 1 (6–17 år)

I studiepopulationen ingår alla barn födda 1993–2010 som varit i åldern 6–17 år mellan 2010 och 2015. Populationen har delats upp i två grupper:

- Placering: barn som enligt Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga har registrerats med ett nytt placeringsdatum under åren 2010 till 2015 och var i åldern 6–17 år
- Ingen placering: barn som inte återfinns i Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga.

Uppgifter om munhälsa och tandvårdsbesök har hämtats från SKaPa. De barn som har återfunnits i SKaPa har ingått i analyserna av munhälsa och tandvårdskontakt. Barn som inte finns rapporterade i SKaPa har beskrivits som bortfall.

Studiepopulation 2 (6–8 år)

Med studiepopulation har munhälsa och tandvårdskontakt undersökts för gruppen 6–8-åringar som varit placerade. Populationen består av alla barn i Sverige födda mellan 2002 och 2009, som var 6–8 år gamla mellan 2010 och 2015 och finns registrerade i utbildningsregistret. Studiepopulationen har delats upp i fyra grupper baserat på placeringstid. Genom att samköra utbildningsregistret och Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga har följande grupper tagits fram:

- Korttidsplacering: barn som är placerade vid 6–8-årsåldern och har varit placerade kortare än ett år
- Medellång placering: barn som är placerade vid 6–8-årsåldern och har varit placerade ett år eller längre men kortare än halva livet
- Långtidsplacering: barn som är placerade vid 6–8-årsåldern och har varit placerade halva livet eller längre
- Ingen placering: barn som inte återfinns i Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga.

Uppgifter om munhälsa och tandvårdsbesök har hämtats från SKaPa. De barn som har återfunnits i SKaPa har ingått i analyserna av munhälsa och tandvårdskontakt. Barn som inte finns rapporterade i SKaPa har beskrivits som bortfall.

Studiepopulation 3 (15–17 år)

Populationen används för att undersöka gruppen tonåringar. Den består av alla barn i Sverige som är födda år 1993–2000 och som var 15–17 år gamla mellan år 2010 och 2015 och finns registrerade i utbildningsregistret. Studiepopulationen har delats upp i fyra grupper baserat på placeringstid. Genom att samköra utbildningsregistret och Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga har följande grupper tagits fram:

- Korttidsplacering: barn som är placerade vid 15–17-årsåldern, har placerats första gången före 13 års ålder och har varit placerade mindre än 1 år
- Medellång placering: barn som är placerade vid 15–17-årsåldern, har placerats första gången före 13 års ålder och har varit placerade ett år eller längre men kortare än fem år
- Långtidsplacering: barn som är placerade vid 15–17-årsåldern, har placerats första gången före 13 års ålder och har varit placerade 5 år eller längre
- Ingen placering: barn som inte återfinns i Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga.

Uppgifter om munhälsa och tandvårdsbesök har hämtats från SKaPa. De barn som har återfunnits i SKaPa har ingått i analyserna av munhälsa och tandvårdskontakt. Barn som inte finns rapporterade i SKaPa har beskrivits som bortfall.

Studiepopulation 4 (17 år)

Populationen består av barn födda 1993–1998 och som var 17 år mellan år 2010–2015 som finns i Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga. Studiepopulationen har delats upp i tre olika grupper:

- HVB: barn som endast placerats i HVB eller jourhem och HVB
- Familjehem: barn som endast placerats i ett familje- och/eller nätverkshem eller i ett jourhem och familje-/nätverkshem
- Annan placeringsform: barn som placerats i annan eller blandad placeringsform.

Uppgifter om munhälsa har hämtats från SKaPa. De barn som har återfunnits i SKaPa har ingått i analyserna av munhälsa och tandvårdskontakt. Barn som inte finns rapporterade i SKaPa har beskrivits som bortfall.

Bilaga 2. Resultat

Konsultationer och hälsoundersökningar

Tabell 18 visar antal placerade barn och unga 0–20 år som tandvården konsulterats om samt antal som har genomgått hälsoundersökning av munhälsan i samband med placering under 1 juli–31 december 2019. Tabellen bygger på SKR:s och Socialstyrelsens enkät till kommunerna som 218 kommuner svarade på.

Uppgifterna är uppdelade på lagrum samt på ensamkommande/ej ensamkommande. För ensamkommande barn och unga är underlaget för litet för att redovisa uppgifter om placeringar enligt LVU.

Tabell 18. Konsultationer med tandvården och hälsoundersökningar av munhälsan för placerade barn och unga 1 juli-31 december 2019

Lagrum		Antal barn
Ej ensamkommande, placeringar enligt Sol	Antal placerade barn och unga	987
	Antal barn och unga som genomgått hälsoundersökning av munhälsan	74
	Antal barn och unga som uppgift om hälsoundersökning av munhälsan ej kan lämnas om	248
	Antal barn och unga som genomgått hälsoundersökning av munhälsan som hade behov av fortsatta insatser inom tandvården	16
	Antal barn och unga som genomgått hälsoundersökning av munhälsan som uppgift inte kunde lämnas om huruvida de hade behov av fortsatta insatser inom tandvården	7
	Antal barn och unga som tandvården konsulterats om	107
	Antal barn och unga som uppgift om konsultationer ej kan lämnas om	286
Ej ensamkommande, placeringar enligt LVU	Antal placerade barn och unga	625
	Antal barn och unga som genomgått hälsoundersökning av munhälsan	80
	Antal barn och unga som uppgift om hälsoundersökning av munhälsan ej kan lämnas om	144
	Antal barn och unga som genomgått hälsoundersökning av munhälsan som hade behov av fortsatta insatser inom tandvården	42
	Antal barn och unga som genomgått hälsoundersökning av munhälsan som uppgift inte kunde lämnas om huruvida de hade behov av fortsatta insatser inom tandvården	6
	Antal barn och unga som tandvården konsulterats om	157
	Antal barn och unga som uppgift om konsultationer ej kan lämnas om	131
Ensamkommande, placeringar enligt Sol	Antal placerade barn och unga	280
	Antal barn och unga som genomgått hälsoundersökning av munhälsan	120

Antal barn och unga som genomgått hälsoundersökning av munhälsan som hade behov av fortsatta insatser inom tandvården	33
Antal barn och unga som genomgått hälsoundersökning av munhälsan som uppgift inte kunde lämnas om huruvida de hade behov av fortsatta insatser inom tandvården	24

Källa: SKR:s och Socialstyrelsens enkät till kommunerna

Bortfallsanalys

Det finns barn som ingår i studiepopulationerna men som inte återfinns i SKaPa. I bortfallsanalysen undersöks hur stor andelen barn som saknas i SKaPa är för barn i olika åldrar, placeringslängder, placeringsformer och baserat på föräldrarnas utbildning. Analysen av bortfallet görs för att skatta risk för systematisk snedvridning.

Barn som ingick i studien men som inte återfinns i SKaPa

Den grupp barn som ingick i studiepopulationerna men inte återfinns i kvalitetsregistret SKaPa kan saknas av två olika anledningar: att de har fått sin tandvård hos en vårdgivare som inte varit ansluten till SKaPa eller att de inte har besökt tandvården alls under perioden som analysen sträcker sig över, år 2010–2018.

De förhållanden som har visat sig öka risken för att barn inte kommer till tandvården är att de har en ensamstående förälder, en ung förälder, om familjen får ekonomiskt bistånd eller om föräldrarna har låg utbildning [21]. I bortfallsanalysen ingår en sammanställning av föräldrarnas utbildningsnivå för de barn som inte återfinns i SKaPa samt andelen flickor respektive pojkar för studiepopulation 1–3.

Barn som inte återfinns i SKaPa i studiepopulation 1

Tabell 19 visar andelen barn som ingick i studiepopulation 1, det vill säga 6–17-åringar år 2010–2015 och som inte återfinns med registrerad basundersökning i SKaPa år 2010–2018.

Tabell 19. Andel barn som inte återfinns i SKaPa bland placerade och ej placerade barn

Avser barn som inte finns registrerade i SKaPa med basundersökning under år 2010–2018. Andelar i procent

Ålder	Placerade	Ej placerade
6	81	86
7	79	85
8	81	86
9	79	87
10	82	85
11	80	86
12	80	86
13	77	85
14	78	84
15	79	85

16	81	85
17	77	83

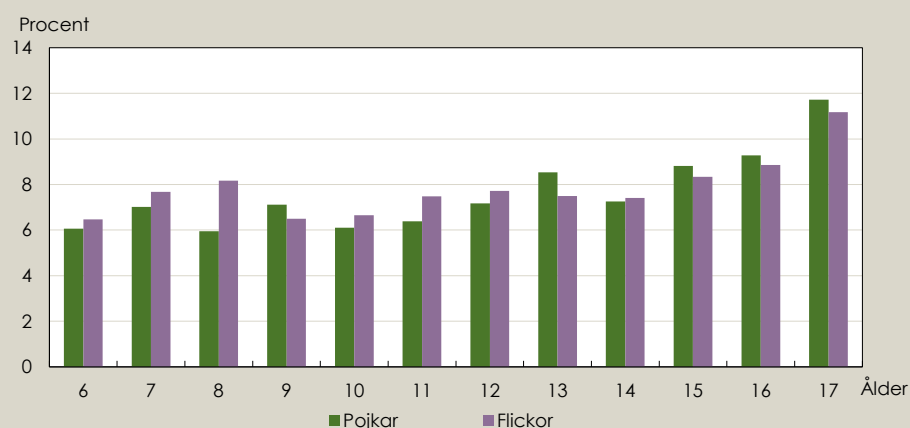
Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Tabellen visar att det är en större andel av ej placerade barn i alla åldersgrupper som inte rapporterats till SKaPa jämfört med de placerade barnen.

Figur 21 visar andelen av flickor respektive pojkar som inte återfinns i SKaPa. Generellt är det en större andel flickor som saknas i SKaPas uppgifter i de yngre åldersgrupperna medan det är större andel pojkar bland åldersgrupperna 13 år och äldre.

Figur 21. Andel barn som ingått i studiepopulation 1 som inte återfinns i SKaPa*, efter ålder och kön

Avser barn i åldern 6–17 år som har placerats under perioden 2010–2015



*Barn som inte finns registrerade med basundersökning under år 2010–2018

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa, Utbildningsregistret, Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga

Barn som inte återfinns i SKaPa i studiepopulation 2

Tabell 20 visar andel barn som ingick i studiepopulation 2, det vill säga 6–8-åringar år 2010–2015 och som inte återfinns med registrerad basundersökning i SKaPa.

Tabell 20. Andel barn som inte återfinns i SKaPa bland placerade och ej placerade barn

Avser barn som inte finns registrerade i SKaPa med basundersökning under år 2010–2018. Andelar i procent

Placeringstid	Andel (%)
Korttidsplacering	7
Medellång placering	7
Långtidsplacering	10
Ingen placering	13

Källa: Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

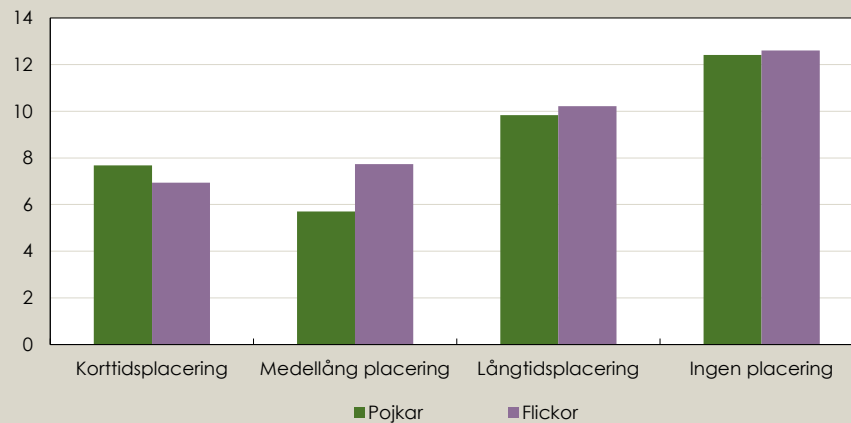
Tabellen visar att 7–13 procent inte återfinns i SKaPa och inte har kunnat ingå i analyserna. Störst är andelen bland icke-placerade.

Figur 22 visar andelen av flickor respektive pojkar som inte återfinns i SKaPa. Andelen pojkar som saknas är något större än andelen flickor för alla grupper utom de korttidsplacerade, där andelen flickor är större.

Figur 22. Andel barn 6–8 år som ingått i studiepopulation 2 som inte återfinns i SKaPa*, efter kön och placeringslängd

Avser placerade och ej placerade 6–8-åringar under perioden 2010–2015. Redovisas som andel saknade bland respektive kön

Procent



* Barn som inte finns registrerade med basundersökning under år 2010–2018

Källa: Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

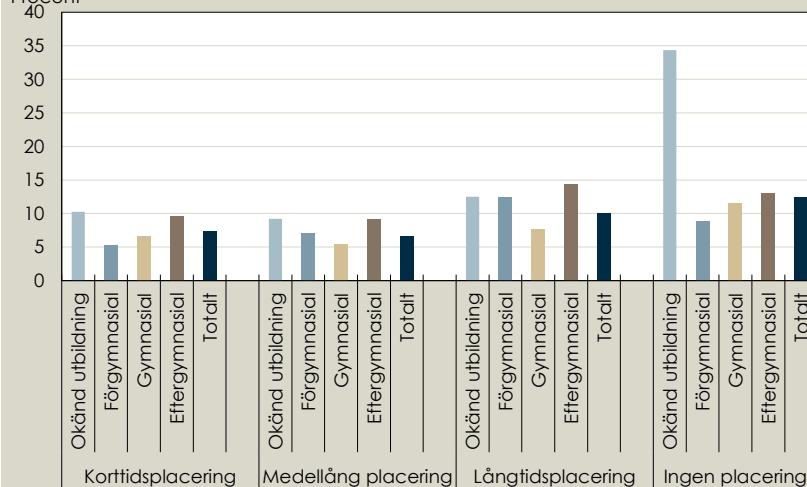
Figur 23 visar fördelningen av föräldrarnas utbildningsnivå bland gruppen barn som saknar uppgifter i SKaPa. Generellt saknas störst andel barn till föräldrar med längre utbildningsbakgrund.

Skillnad i bortfallets storlek och bakgrund mellan de undersökta grupperna kan öka risken för snedvridning.

Figur 23. Andel barn 6–8 år som ingått i studiepopulation 2 som inte återfinns i SKaPa*, efter föräldrarnas utbildningsnivå

Avser placerade och ej placerade 6–8-åringar under perioden 2010–2015.

Procent



* Barn som inte finns registrerade med basundersökning under år 2010–2018

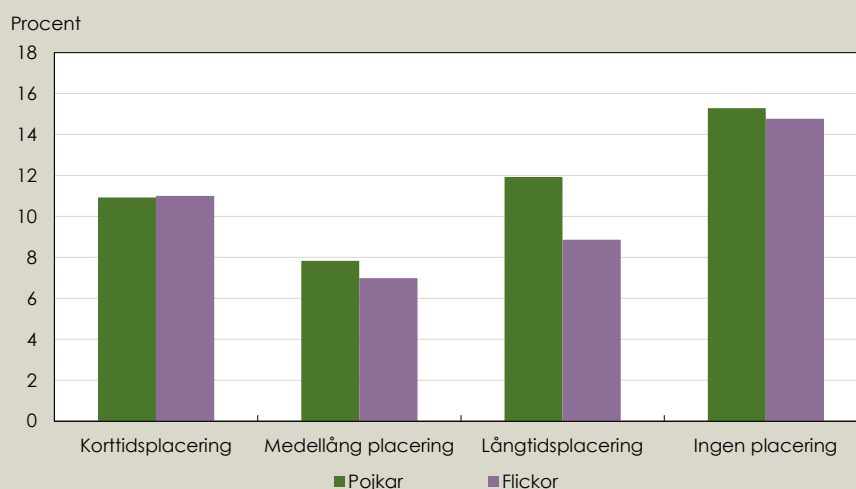
Källa: Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Barn som inte återfinns i SKaPa i studiepopulation 3

Bland studiepopulation 3, det vill säga 15–17-åringar år 2010–2015, är det 8–15 procent som inte återfinns med basundersökning i SKaPa under perioden 2010–2018. Figur 24 visar andelen flickor respektive pojkar som inte återfinns i SKaPa. Andelen pojkar som saknas är något större än andelen flickor för alla grupper utom de korttidsplacerade, där ingen skillnad visas mellan könen.

Figur 24. Andel barn 15–17 år som ingått i studiepopulation 3 som inte återfinns i SKaPa*, efter kön och placeringslängd

Avser placerade och ej placerade 15–17-åringar under perioden 2010–2015.



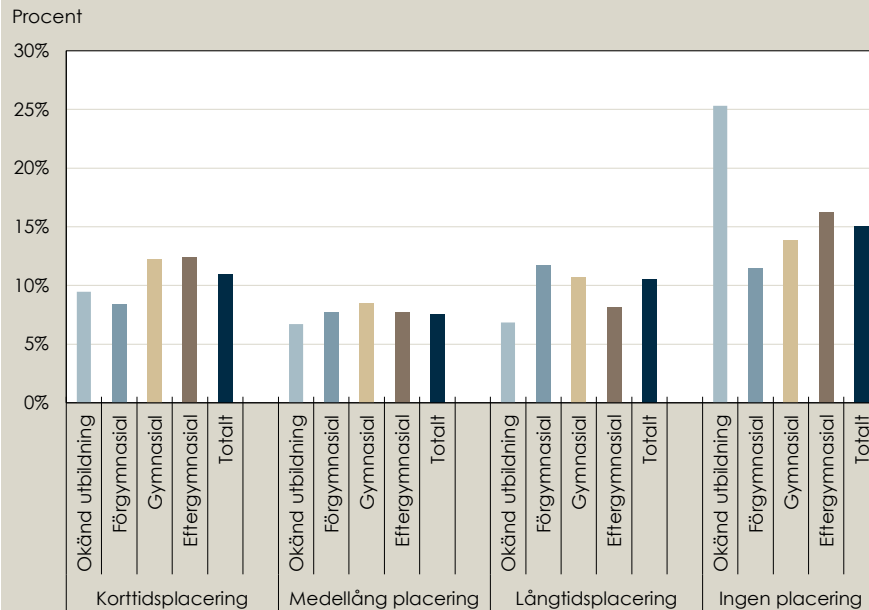
* Barn som inte finns registrerade med basundersökning under år 2010–2018

Källa: Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Figur 25 visar fördelning mellan föräldrarnas utbildningsnivå bland gruppen barn som saknas i SKaPa. Analysen visar att det är störst andel icke-placerade som saknas, eller 15 procent. Bland de placerade barnen är det mellan 8 och 10 procent som inte återfinns i SKaPas uppgifter. Ytterligare skiljer sig grupperna gällande andelar inom olika utbildningsnivåer. Analysen av bortfall tyder därför på skillnader mellan grupperna som ökar risk för snedvridning.

Figur 25. Andel barn 15–17 år som ingått i studiepopulation 3 som inte återfinns i SKaPa*, efter föräldrarnas utbildningsnivå

Avser placerade och ej placerade 15–17-åringar under perioden 2010–2015.



* Barn som inte finns registrerade med basundersökning under år 2010–2018

Källa: Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga, Utbildningsregistret, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Barn som inte återfinns i SKaPa i studiepopulation 4

Bland studiepopulation 4, det vill säga placerade sjuttonåringar år 2012–2015 i olika placeringsformer, är det mellan 18–28 procent som inte återfinns i SKaPa. I tabell 21 visas andel barn som inte återfinns med basundersökning i SKaPa under perioden 2010–2018 fördelat på olika placeringsformer. Totalt visas ett stort bortfall för studiepopulationen, eller 22 procent. Andelen är störst bland barn som enbart placerats i HVB, eller 28 procent, men runt en femtedel för de andra placeringsformerna. Bortfallet kan därför ha effekt på resultatet för analyserna som presenteras ovan.

Tabell 21. Andel barn som inte återfinns i SKaPa bland sjuttonåringar i olika placeringsformer

Andelar i procent

Placering	Andel (%)
Annan eller blandad placeringsform	19
Endast HVB	28
Endast familjehem	18
Totalt	22

Källa: Socialstyrelsens register över insatser till barn och unga, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Munhälsa och tandvård för placerade barn
(artikelnr 2020-11-7024) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se