



Familjehemsplacerade skolbarns hälsa och hälsovård

- uppföljning av 105 barn

Stefan Kling

Ingemar Nilsson

2015-03-24

Vi vill rikta ett tack till Allmänna Barnhuset som genom sitt finansiella stöd möjliggjort studien, till professor Bo Vinnerljung, professor Anders Hjern och professor Henry Ascher för värdefulla synpunkter samt till statistiker Mathias Grahn. Tack till socionom Hans Bäckström som har bidragit med att diskutera utformning av underlaget till den hälsodeklaration och hälsokort som presenteras och som generöst har delat med sig av sina erfarenheter. Vi vill också särskilt tacka Lena Nilsson, legitimerad barnsjuksköterska, som med aldrig sinande entusiasm möjliggjort datainsamlingen för kontrollgruppen.

Sist men inte minst tack till de barn som genom att de deltagit i studien medverkat till viktig kunskapsutveckling när det gäller utsatta barns hälsa.

Sammanfattning

Alla barn i Sverige erbjuds kostnadsfritt hälsovård i skolan enligt ett generellt program som innehåller hälsoundersökningar och vaccinationer i bestämda årskurser.

Hälsoövervakning och journaldokumentation som avser 105 skolbarn i Malmö, placerade i familjehem senast i maj 2008, har i denna rapport studerats vid genomgång av befintliga journalhandlingar från skolhälsovården och socialtjänstens akter inom individ- och familjeomsorgen. Studien baseras på en fördjupad analys av hälsodata som har rapporterats i ett tidigare arbete, *Fosterbarns hälsa* (2010), samt på kompletterande datainsamling.

Andelen barn som tagit del av skolhälsovårdens rekommenderade insatser, enligt rådande nationellt basprogram, visade sig vara klart lägre i den studerade gruppen, jämfört med data som insamlats från 420 matchade kontrollbarn. I fosterbarnsgruppen hade 86 % deltagit i hörselkontroll, 84 % var vaccinerade enligt gällande riktlinjer och 75 % hade deltagit i screeningundersökning för skolios (ryggkontroll). Motsvarande data från kontrollgruppen var 95 % för hörselkontroll, 97 % för vaccinationer och 88 % hade genomfört ryggkontroll.

Det allmänna skyddsnätet i form av vanliga rutinåtgärder inom skolhälsovården visade sig alltså inte ha förmåga att fånga upp de placerade barnens behov av hälsovård i lika hög grad som deras klasskamraters.

I en nyligen publicerad sydsvensk studie av 80 skolbarn (1) som i samband med utredning inom socialtjänsten har genomgått läkarundersökning enligt BBIC, och därmed var aktuella inför beslut om placering (2), var andelen barn som deltagit i skolhälsovårdens hälsokontroller ännu mycket lägre, jfr med de 105 placerade barnen i denna rapport. En positiv tolkning av detta, som i våra ögon verkar rimlig, är att vården i fosterhem ändå i viss grad har medfört en kompensatorisk effekt.

Konkreta fallbeskrivningar redovisas i denna studie som pekar på svårigheter att fånga upp de mest utsatta barnen i skolans hälsovårdsprogram. Slutligen presenteras en checklista, förslag till hälsodeklaration och ett hälsokort som skulle kunna bidra till förbättrad uppföljning av hälsan hos barn i samhällsvård.

Introduktion

Hälsovård och omhändertagande av hälsoproblem hos barn i familjehem sker i Sverige inom ramen för den allmänna hälso- och sjukvården. Socialnämnden har det övergripande ansvaret för barn som bereds vård utanför det egna hemmet. Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Ansvaret delas därmed mellan socialtjänsten, hälsovården och familjehemmet.

Våra kunskaper i Sverige är fortfarande bristfälliga om de familjehemsplacerade barnens hälsa/ohälsa, hälsoutveckling och det medicinska omhändertagandet under vårdtiden.

Studier visar att hälsovården inte alltid når fram till de barn som av sociala skäl behöver ett förstärkt skyddsnät och lever under svåra omständigheter. De speciella behov som uppstår när de vuxna i barnets nära omgivning inte själva förmår att ge den omsorg och stöd som barnet behöver och när barn far illa motiverar särskilda insatser. Det förebyggande arbetet inom hälsovården på BVC och inom elevhälsan i skolan saknar tillgång till metoder, arbetssätt och rutiner som är speciellt anpassade till dessa barns speciella situation (3). En journalstudie av placerade barns hälsa i Malmö (4), påvisade stora brister i hur området hälsa dokumenterades inom socialtjänsten och i barn-, skol- och tandhälsovården. Kommunikationen mellan de olika myndigheter som har att bevaka barnens hälsa fungerade också otillfredsställande. I den studerade barngruppen fanns en hög nivå av psykisk ohälsa, låg vaccinationstäckning och stort bortfall från nationellt rekommenderade hälsokontroller och hälsobesök.

Internationell forskning har med stor tydlighet visat att barn som är i samhällsvård är en högriskgrupp för att utveckla framtida psykisk och somatisk ohälsa (5,6). Hög förekomst av somatiska hälsoproblem har beskrivits i ett flertal nordamerikanska studier (7). Svårigheter i skolan och yrkesliv, psykiska och somatiska hälsoproblem och nedsatt livskvalitet i allmänhet har dokumenterats även i Svenska studier (8,9,10). I en studie av 108 barn i samhällsvård (11), redovisades att 67 procent av barnen hade fysiska hälsoproblem och 50 procent uppvisade beteende- och känslomässiga problem. En svensk nationell registerstudie har beskrivit påtagligt ökade risker för suicidförsök och allvarlig psykiatrisk problematik bland unga vuxna som varit i vård under uppväxten (8).

En lång rad nordamerikanska studier har funnit höga förekomster av somatiska hälsoproblem hos barn som placeras i familjehemsvård och hos barn som befinner sig i vård (7). I Europa saknas i stort liknande undersökningar (9).

Alla barn i Sverige erbjuds förebyggande hälsovård genom *Barnhälsovården* (BHV). BHV har ett universellt uppdrag att främja hälsa och utveckling och att förebygga fysisk och psykisk ohälsa genom att tidigt identifiera problem som rör barns utveckling och tillväxt. Barnhälsovården är frivillig och kostnadsfri. Barn med särskilda behov ska uppmärksammas, liksom barn som far illa. Vaccinationer, hörsel- och synundersökning genomförs enligt ett nationellt basprogram. Barnhälsovården når så gott som alla barn som är bosatta i Sverige. I en nyligen publicerad rapport hade 97 procent av alla barn erhållit miniminivån, det vill säga sex eller fler besök hos sjuksköterska (12). Barnhälsovården når dock olika grupper i varierande grad.

Samtliga barn i skolåldern ska erbjudas förebyggande hälsovård av *Elevhälsan*, som också har ett universellt preventivt uppdrag. De medicinska insatserna i elevhälsan ska enligt skollagen (13) och Socialstyrelsens och Skolverkets Vägledning för elevhälsan (14) innehålla förebyggande och hälsofrämjande insatser samt vissa standardiserade screeningundersökningar för barn i skolåldern. Elever i skolpliktig ålder ska erbjudas minst tre hälsobesök, jämnt fördelade under skoltiden. I dessa ingår bland annat undersökning av syn, hörsel, rygg (screening för skolios) och vaccinationer enligt ett bestämt program. Även gymnasieskolan ska erbjuda minst ett hälsobesök till alla elever. Vid en granskning av elevhälsan uppgav praktiskt taget samtliga svarande rektorer att alla elever på skolan erbjuds hälsobesök med hälsokontroller (15). Vid sidan av olika screeningundersökningar är hälsosamtal en viktig del av hälsobesöken, särskilt för att upptäcka tecken på psykisk ohälsa eller andra problem som kan göra att en elev behöver stöd. Vid nationell tillsyn har det framkommit att det kan bli problem med informationsöverföring när elever byter skola. Det leder både till risker för bristande stöd från den nya skolan och till svårigheter att i efterhand följa upp vilka insatser som en elev har fått.

Screeningundersökningar av hörsel, syn och rygg samt vaccinationer utförs med regelbundna intervall inom skolhälsovården. Hörsel och synkontroll erbjuds alla barn under det första skolåret. Vaccinationer följer nationellt fastställda program. Kontroll av rygg - screening för skolios – utförs i klass 4.

Syfte

Studiens syfte är att undersöka den hälsovård som de familjehemsplacerade barnen har fått före och under placeringen i samhällsvård samt att jämföra några indikatorer på de placerade barnens hälsovård med den som andra barn i samma ålder har fått. De praktiska erfarenheterna från studien syftar till att kunna användas som underlag för att ta fram konkreta förslag på systematiska rutiner som innebär en förbättrad hälsoövervakning för placerade barn.

Studiepopulation och metod

Projektet avser en uppföljning och fördjupning av forskningsrapporten *Fosterbarns Hälsa* som publicerades 2010 (4), baserad på samtliga 223 barn, 0-16 år, som den 15 september 2008 hade varit placerade i familjehem genom socialtjänsten i Malmö stad under minst 3 månader (de flesta betydligt längre). Flertalet barn, nästan två tredjedelar (64 %), hade placerats första gången redan före skolstart. Vårdsnaden skulle inte vara överflyttad.

Samtycke krävdes från båda vårdnadshavarna samt från barnet självt från 14 års ålder för att hämta hälsodata ur befintliga skolhälsovårdsjournaler. Personuppgifter har inmatats från datafångstblanketter för bearbetning i statistikprogram. I statistikprogrammet har namn ersatts av ett kontrollnummer (anonymisering). Endast projektledaren har tillgång till en lista där både namn och kontrollnummer framgår. Datafångstblanketterna förvaras i enlighet med de regler som gäller för känsliga personuppgifter inom kommunala myndigheter. Projektet har godkänts av etikprövningsnämnden i Göteborg.

Samtycken lämnades av 121/223 (54 %). Av dessa hade 105/121 barn (87 %) startat sin skolgång, dvs. skolbarn från och med förskoleklass till gymnasiet.

Studiepopulationen

I denna rapport jämförs de 105 skolbarnen (6-16 år), *fosterbarnsgruppen (F-gruppen)*, som ingick i *Fosterbarns hälsa* med 420 matchade kontrollbarn, *kontrollbarnsgruppen (K-gruppen)*. Studiepopulationens födelseår och könsfördelning framgår i Appendix, tabell 1 och 2. Av det totala antalet skolbarn i studien var 57 % pojkar och 43 % flickor.

K-gruppen utgörs av barn med samma födelseår, kön och från samma skolklass som barnen i fosterbarnsgruppen vid tidpunkt för datainsamlingen. Följande urvalskriterier användes: Fyra kontroller per fosterbarn, totalt 420 kontrollbarn. Två barn med födelsedag närmast före, respektive två närmast efter studiebarnet.

Både gruppen av familjehemsvårdade barn och kontrollgruppen i denna studie borde ha exponerats för möjligheten att delta i de redovisade undersökningarna och vaccinationerna på ett likvärdigt sätt genom att skolhälsovårdens program är nationellt fastställt (dåvarande Skollag 1985: 1 000).

Datainsamling

Insamling av data för *K-gruppen* utfördes av en projektmedarbetare (skolsköterska) med lång erfarenhet av skolhälsovård. Skolsköterskan på respektive skolor kontaktades per brev eller telefon och tid bokades för ett telefonsamtal. Fullständiga personuppgifter på barnen i kontrollgruppen efterfrågades inte av projektsköterskan. Enligt en, för projektet framtagen, checklista (Appendix) redovisades genomförda syn-, hörsel- och ryggundersökningar samt utförda vaccinationer enligt hälsovårdens gällande basprogram för respektive barn. Dessa data kodades så att varken obehöriga eller forskargruppen kan återupprätta den (t ex kombinera en viss uppgift med en viss individ). Data från *K-gruppen* inmatades av projektsköterskan direkt i datafångstblanketter.

Statistisk analys

För att undersöka om det fanns statistiskt säkerställda skillnader mellan hälsodata från gruppen av fosterbarn (*F-gruppen*) och de matchade kontrollbarnen (*K-barnen*) användes Pearsons Chi-2 test. Alla analyser gjordes i SPSS för Windows.

Jämförelsematerial – en grupp av barn som utreds av socialtjänsten

Nyligen publicerades en studie av 120 sydsvenska barn som var under utredning av socialtjänsten och som var aktuella för placering i social dygnsvård (1). Dessa genomgick en standardiserad somatisk hälsokontroll (läkarundersökning enligt BBIC). Originaldata från denna studie har bearbetats ytterligare av författarna. Åttio (80) av de 120 barnen var åldersmässigt jämförbara med skolbarnen i ovanstående studiepopulation. Data kring hur hälsovården fungerat för dessa barn, *utredningsgruppen (U-gruppen)*, blev därmed direkt tillgängliga för jämförelse. En tredjedel av barnen i *U-gruppen* kom från storstad, en tredjedel från kommuner med fler än 25 000 invånare och en tredjedel från kommuner med färre än 25 000 invånare. Könsfördelningen var 57 % (46/80) pojkar och 43 % (34/80) flickor.

Fallbeskrivningar

Samtliga skolhälsovårdsjournaler gällande de 105 skolbarnen i *fosterbarnsgruppen* har genomlästs av projektledarna, vilket har resulterat i de tre fallbeskrivningar som redovisas i Appendix. Fallen är tagna direkt ur den tillgängliga dokumentationen, avidentifierade och bearbetade på sådant sätt att de kan exemplifiera frågeställningar utan att riskera att kunna kopplas till enskilda individer.

Checklista, Hälsodeklaration och hälsokort

Hälsodata från kontrollgruppen i studien var inte omedelbart tillgängliga. Arbetet har därför resulterat i utveckling av en checklista för att möjliggöra datainsamling. En hälsodeklaration har utformats och provats och ett förslag till hälsokort som kan följa barnet i familjehemmet har konstruerats.

Resultat

Studiepopulationen

Andelen elever som i aktuell ålder har erbjudits och deltagit i de rekommenderade och tidsmässigt fastställda hälsoövervakningsprogrammen, inkl. vaccinationer anges nedan.

		Hörsel	Syn	Vaccination	Rygg
	N	%	%	%	%
Fosterbarn	105	86*	95	84*	75*
Kontrollgrupp	420	93	95	97	88

*= $p < 0.05$

De skillnader mellan de båda grupperna (*F- och K-gruppen*) som redovisas är statistiskt säkerställda ($p < 0.05$) för såväl genomförda hörsel- och ryggundersökningar som för vaccinationer enligt det rekommenderade nationella programmet. Andelen barn som testat sin syn under de första skolåren visade inga skillnader mellan de båda grupperna.

Nittiosju (97) procent av barnen (102/105 barn) i fosterbarnsgruppen hade deltagit i minst en synkontroll, hörselkontroll eller vaccination på skolan, dvs. någon gång tagit del av skolhälsovårdens program. Motsvarande andel i kontrollbarnsgruppen var 99 procent (414/420 barn). Att delta i skolhälsovårdens kontroller är frivilligt och kräver samtycke. Vår slutsats är att nästan alla barn i denna studie, åtminstone vid något tillfälle har varit i kontakt med skolhälsovårdens förebyggande arbete men insatserna har inte fullföljts i *F-gruppen* och har därmed inte fullt ut kompenserat för tidigare brister.

Barn som utreds av socialtjänsten, utredningsgruppen (U-gruppen)

Bearbetade data från hälsovården avseende genomförda hörsel- och synundersökningar samt vaccinationer (uppgifter i skolhälsovårdsjournaler) i en åldersmässigt jämförbar grupp av sydsvenska skolbarn.

U-gruppen, N = 80.

	Hörsel	Syn	Vaccination
Ja%	68	76	68
Nej%	32	24	32
Tot:	100	100	100

Andelen barn som undersökts och vaccinerats enligt det nationella basprogrammet i skolhälsovården var påtagligt lägre jämfört med *fosterbarnsgruppen*.

Även denna studie visade att andelen barn som deltagit i minst en undersökning eller som vaccinerats vid något tillfälle var hög, 98 %, men det var anmärkningsvärt många barn som inte hade fullföljt det rekommenderade hälsovårdsprogrammet i sin helhet. Två (2) procent av barnen hade inte haft någon kontakt alls med skolhälsovården.

Hjälpmedel för förbättring av hälsovården som utvecklats i projektet

Arbetet med det aktuella projektet har resulterat i ett fördjupat samarbete mellan projektgruppen inom hälsovården i Malmö stad och flera medarbetare inom socialtjänsten. Följande tre hjälpmedel som har utvecklats inom projektet har enligt vår erfarenhet visat sig vara särskilt användbara.

- Checklista

Inför inhämtande av data från *K-gruppen* konstruerades en *Checklista* som innehåller sju enkla frågor – ett verktyg för projektsköterskan i denna studie. Checklistan användes därefter för insamling av hälsodata från samtliga 420 matchade kontroller. I Appendix presenteras checklistan. Under förutsättning att journalhandlingar finns tillgängliga på skolan kan frågorna i checklistan besvaras på några få minuter. Checklistan besvarar frågan om barnets tidigare hälsohistoria (BVC-journal) är tillgänglig på den aktuella skolan. Den ger också svar på frågan om det nationellt rekommenderade hälsoövervakningsprogrammet har utförts samt om det finns några kända hälsoproblem eller om särskilda behov har

uppmärksammats i skolan. I de fall uppgifter om tidigare hälsovård saknades eller åtgärder inte blivit utförda kunde dessa kompletteras i samband med den aktuella studien.

Checklistan har därefter provats i ett antal andra fall inom pågående satsningar på familjevårdsområdet och har visat sig fungera i en praktisk vardag och kan snabbt ge en bild av om hälsovård för ett aktuellt barn har utförts enligt rekommendationer eller inte.

- Hälsodeklaration

Ett förslag till *Hälsodeklaration* som är mera omfattande än *Checklistan*, redovisas Appendix. Hälsodeklarationen har använts av några socialsekreterare i Malmö stad i samband med sedvanlig uppföljning halvårsvis av de placerade barnen, inom ramen för den aktuella studien och i andra pågående utvecklingsarbeten. Hälsodeklarationen är en variant av de hälsodeklarationer som annars används rutinmässigt i skolhälsovården och innehåller frågor om fysisk (inkl. tandhälsa) och psykisk hälsa, ärftlighet för sjukdom, aktuella och tidigare hälsoproblem, medicinering med mera. Frågorna i hälsodeklarationen har anpassats till, och är synkroniserade med *Fördjupningsområde Hälsa* inom socialtjänstens dokumentationssystem BBIC. Uppgifter från hälsodeklarationen kan därför lätt föras över till BBIC utan att skapa merarbete.

- Hälsokort

Ett särskilt *Hälsokort*, se Appendix, har provats i några utvalda fall av placerade barn. Hälsokortet följer barnet och familjehemmet och upprättas av socialtjänsten i samband med ordinarie avstämning och uppföljning halvårsvis. En mindre kommun, Höör kommun, har också arbetat med en variant av detta hälsokort under några års tid med goda erfarenheter. Viktiga uppgifter om akut eller kronisk sjukdom, medicinering, adresser till familjeläkare, tandläkare m.fl. framgår av hälsokortet som uppdateras i samband med kontakter inom hälso- och sjukvården.

Tre fallbeskrivningar

De redovisade fallen representerar vanliga och återkommande, närmast typiska svårigheter att kommunicera viktiga hälsoproblem i den studerade gruppen av placerade barn.

Fallbeskrivningarna redovisas i Appendix.

Diskussion

I denna studie har 105 skolbarn, placerade i familjehem jämförts med 420 matchade, icke samhällsvårdade kontrollbarn från samma skolklass. *Barn placerade i familjehem var hörseltestade, ryggundersökta och vaccinerade i signifikant lägre grad jämfört med klasskamraterna* trots att en stor majoritet av barnen hade varit placerade under lång tid.

Rapporten ger tre *konkreta förslag på hur de familjehemsplacerade barnens hälsa kan följas upp* av socialtjänsten och därmed bidra till en likvärdig och god hälsovård:

1. *Checklista* att användas inom socialtjänsten i mötet med barnet och hälsovården
2. *Hälsodeklaration* att användas tillsammans med BBIC-dokumentationssystem
3. *Hälsokort* som innehåller viktig information om barnets hälsa och som bör följa barnet under placeringen i familjehemsvården.

Erbjudande om hälsovårdsinsatser, med avsikt att minska risken för ogynnsam utveckling är en av hälsovårdens viktiga uppgifter för varje barn. De familjehemsvårdade barnens hälsovård riskerar att missas när samma erbjudande om förebyggande hälsovård ges till alla barn. Detta kräver särskilda insatser.

Hälsovård

Andelen barn i vår kontrollgrupp har, så långt vi kan bedöma, fått hälsovård som ligger i nivå med den nationellt förväntade, i de aktuella åldersgrupperna.

Vaccinationstäckningen i kontrollgruppen (97%) är god och i nivå med nationellt rapporterade data. Det svenska nationella *barnvaccinationsprogrammet* utförs enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Andelen skolbarn som vid senaste nationella kartläggning hade vaccinerats fullständigt mot difteri, stelkramp och polio inom skolhälsovården var 96 %.

Drygt 95 % av skolbarnen i Skåne har fått komplett vaccination, två doser vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund (regional statistik från kommunerna i Skåne). Statistik över andelen elever som deltar i de nationella programmen för hörsel, syn, och ryggundersökningar saknas ännu inom skolhälsovården men ett arbete pågår nu inom Svenska Skolläkarföreningen och skolsköterskonas Riksförening för att skapa ett nationellt kvalitetsregister för den medicinska elevhälsan (skolhälsovården). Enligt tidigare rapporterade lokala kontrollmaterial från Malmö stads skolor är det ovanligt, omkring ett barn per klass, att skolbarn inte har deltagit i rekommenderad hörselundersökning. Andelen elever i vår kontrollgrupp, som inte genomfört hörselundersökning, ligger i nivå med dessa tidigare rapporterade data. Nio av 10 barn i *K-gruppen* har kontrollerat sin rygg i samband med hälsobesök i klass 4.

Varför når inte de samhällsvårdade barnen samma höga andel hälsoundersökningar som klasskamraterna?

Endast 85 % av barnen i *F-gruppen* hade vaccinerats enligt gällande basprogram i skolhälsovården. Andelen barn som deltagit i hörselkontroll var 86 % under de första skolåren. Tre fjärdedelar av eleverna som passerat klass 4 hade deltagit i screening för skolios. Andelen barn som testat syn visar ingen skillnad mellan gruppen av fosterbarn och kontrollmaterialet. Eventuella kompletterande insatser från skolhälsovårdens sida avseende tidigare utebliven hälsovård, torde ha varit möjliga att genomföra efter placering eftersom en majoritet av barnen placerats redan före skolstart, under förutsättning att bristerna hade uppmärksammats.

Svårigheter att få nödvändiga samtycken till vaccinationer från vårdnadshavare bidrar troligen till sämre vaccinationstäckning. Det är inte ovanligt att missade vaccinationer före placering inte heller upptäcks under tiden i vård. Bristande tillgång till dokumentation omkring tidigare utförda vaccinationer kan vara en tänkbar orsak och att man då helt enkelt utgår ifrån att barnet borde ha vaccinerats som andra barn på den tidigare skolan.

Hörselundersökning kräver medverkan och tryggt samspel. På många skolhälsovårdsmottagningar har hörseltestning av tradition utförts av speciellt utbildad personal (skolsköterskor) eller audionom som innebär hörselprovning på vissa

förutbestämda tider (en eller två gånger per termin – eller läsår). Om man missat hörseltestet kan det ta lång tid till nästa tillfälle erbjuds. Ryggundersökning i klass 4 utförs i samband med hälsobesök och då måste eleven ta av kläder för att möjliggöra bedömning. Synprovning däremot är i allmänhet mera lättillgänglig och kan utföras relativt snabbt på skolsköterskans mottagningsrum, kräver inte avklädning och kan vid behov enkelt upprepas vid osäkert resultat.

Samhället har ett särskilt ansvar för att kompensera barn som placeras utanför det egna hemmet. Eleverna i *F-gruppen* är inte "okända" i hälsovården. Nittiosju (97) procent av de placerade barnen har fått minst en insats genom skolhälsovården (antingen vaccination, hörsel- eller synkontroll) men hälsovårdens program har inte har fullföljts. De annars välfungerande nationella hälsokontroller och program som erbjuds till alla barn, och som fungerar tillfredsställande för klasskamraterna, räcker inte till för *fosterbarnsgruppen*.

Data från en nyligen publicerad studie av en åldersmässigt jämförbar grupp skolbarn som utreds av socialtjänsten inför placering har visar att andelen barn som deltagit i skolhälsovårdens kontroller är ännu lägre än hos de 105 placerade barnen i denna studie. En positiv tolkning av detta är att vården i fosterhem ändå har medfört en viss kompensatorisk effekt, avseende hälsovårdens insatser för den studerade gruppen av barn.

Hur ska data omkring tidigare utförd hälsovård göras tillgänglig för socialtjänsten?

Enligt vår erfarenhet kan inhämtande av tidigare hälsovårdsjournaler vara en stor utmaning, speciellt i de fall där ett barn har haft flera bostadsadresser och kanske placerats mer än en gång. Skolgång på flera skolor, i olika kommuner, växlingar mellan kommunala skolplaceringar och friskolor brukar vålla speciellt stora bekymmer i detta avseende. Det är inte ovanligt att skolsköterskor arbetar deltid. Vakans på skolskötersketjänster kan vara ett problem. Telefonnummer och kontaktuppgifter till skolhälsovården saknas inte sällan på skolornas hemsidor. Inledningsvis skickades brev till skolhälsovården på ett antal berörda skolor för att informera om detta projekt med lämnande av kontaktuppgifter. Det visade sig inte fungera tillfredsställande. Arbetet med datainsamling krävde därför metodutveckling, En checklista för datainsamling utformades. Projektsköterskan lämnade meddelande på

telefonsvarare eller via annan personal på skolan till respektive skolsköterska för att därefter bli uppringd för en telefonintervju. Kunskap om skolornas inre organisation och kontaktvägar, visade sig vara en viktig faktor för att informationsutbytet skulle kunna genomföras och samtliga kontrolldata inhämtas.

På vilket sätt kan de dokumentation omkring hälsa och hälsovård förbättras med hjälp av checklista, hälsodeklaration och hälsokort?

- Checklista

I samband med social utredning torde den typ av checklista som vi har använt i projektet, efter nödvändigt samtycke, vara väl värd att prova, antingen via telefonsamtal eller på annat sätt vid kontakt mellan utredande socialsekreterare och ansvarig skolsköterska på barnets aktuella skola i samband med en social utredning. Socialtjänsten kan då också omedelbart få ett underlag inför ställningstagande till eventuellt behov av att rekvirera ytterligare journalkopior från andra hälsovårdsenheter. Checklistan kan vid behov också skickas till berörd vårdgivare.

- Hälsodeklaration

Med stöd av Checklistan och i samband med en personlig kontakt mellan socialtjänsten och den unge och någon vuxen som har god kännedom om barnets hälsa, kan hälsodeklarationen förslagsvis användas i samband med utredning och uppföljande regelbundna halvårsvisa kontakter efter placering, mellan barnet, familjehemmet och socialtjänsten. Hälsodeklarationen är utformad med avsikt att fungera synkront med "Fördjupningsområde Hälsa" i socialtjänstens dokumentationssystem BBIC. Syftet är att täcka in de flesta viktiga aspekter av kroppslig hälsa, på samma sätt som de hälsodeklarationer som rutinmässigt används inför hälsobesök i skolhälsovården. Olika varianter av denna hälsodeklaration har provats och visat sig vara användbar inom socialtjänsten i en liten och en stor kommun (Hörs kommun och Malmö stad). Ansvarig socialsekreterare bör ansvara för att hälsodeklarationen uppdateras. Och hälsodeklarationen förvaras i barnets socialakt.

- Hälsokort

Utifrån Checklistan, Hälsodeklaration och samtal mellan barnet, familjehemmet och socialsekreteraren kan viktiga hälsouppgifter dokumenterats i Hälsokortet. Förutom personuppgifter innehåller Hälsokortet enkla noteringar omkring eventuella allergier, syn- och hörselnedsättning, medicinska diagnoser och medicinering samt uppgifter om aktuella kontakter med Vårdgivare. Hälsokortet förvaras i familjehemmet eller hos barnet.

Fallbeskrivningar

De tre Fallbeskrivningarna i Appendix av denna rapport illustrerar de svårigheter som uppstår när viktig hälsoinformation, av olika skäl inte följer barnet i skolhälsovården. I samband med byte av skola krävs samtycke från vårdnadshavare att rekvirera kopior av tidigare hälsojournaler. Alla beslut som är av mer ingripande betydelse måste, i normalfallet fattas av båda vårdnadshavarna gemensamt. Ett sådant exempel är byte av skola för barnet. Vi har också ett flertal andra beskrivningar av att svårigheter lätt uppstår när man i samband med någon medicinsk undersökning konstaterat avvikelser. Det kan exempelvis gälla uppföljning av allergiska reaktioner, nedsatt syn eller hörsel med behov av glasögon eller uppföljning på öronklinik/hörselvård.

Barnhälsovården och skolhälsovården har båda ett universellt preventivt uppdrag vilket innebär att samma erbjudande om förebyggande hälsovård ges till alla. Om barn ska kunna tillgodogöra sig detta måste de ha vuxna som kan stödja och företräda dem.

När ett barn placeras har i de flesta fall barnets vårdnadshavare samtyckt till att barnet placerats i familjehem. I ett mindre antal fall har socialnämnden beslutat om familjehemsplacering mot vårdnadshavarens vilja. Oavsett om placeringen sker med eller

utan vårdnadshavarens samtycke så överlämnas den dagliga omsorgen och det vardagliga beslutsfattandet till familjehemmet. Vårdnadshavaren har kvar den juridiska vårdnaden.

De flesta barn har vårdnadshavare som aktivt kan företräda barnets bästa och medverkar till att viktig hälsoinformation inte tappas bort. Hälsovården har också ett uppföljningsansvar. Ytterst har socialtjänsten ett lagstadgat uppdrag att företräda barnet när samhället träder in i samband med social utredning eller placering. Det krävs ett aktivt samarbete mellan dessa aktörer för att omsorgen ska fungera. I de fall där barnet, förutom en socialt utsatt position, dessutom har en kronisk sjukdom, funktionsnedsättning med behov av uppföljning inom t ex barnhabiliteringen eller behov av hjälpmedel och specialpedagogiska insatser kompliceras bilden ytterligare.

- Lokala rutiner krävs för att tydliggöra de riktlinjer som gäller ansvarsförhållanden mellan socialtjänsten och skolan samt inom skolan/elevhälsan.
- Beslut av medicinsk karaktär för enskilda barn måste hanteras parallellt med beslut om pedagogiskt innehåll t ex i samband med skolbyte.
- Beslut av medicinsk karaktär ska fattas av medicinsk personal och följa barnet, oavsett var barnet placeras.
- Barn ska inte undanhållas utredning och behandling som skulle kunna öka förutsättningarna för att lyckas i skolan.
- En konkret manual och checklista för informationsinhämtande, hälsodeklaration samt ett hälsokort som följer barnet under hela dess tid i samhällsvård bör implementeras.

Referenser

1. Kling, S., Nilsson, I., (2015) *Utsatta bars hälsa*. Stockholm, Socialstyrelsen
2. Socialstyrelsen (2011). *Barns behov i Centrum – Formulär och stöddokument*. Västerås: Socialstyrelsen.
3. Socialstyrelsen (2008). *Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering i kommuner och landsting*. Västerås: Socialstyrelsen
4. Kling, S. (2010). *Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö*. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Malmö.
5. Hansen, R., Mawjee, F.L., Barton, K., Metcalf, M. & Joye, N. (2004). *Comparing the health status of low-income children in and out of foster care*. *Child Welfare*, 83, 367-380.
6. Kessler, R., Pecora, P., Williams, J., Hirpi, E., O'Brien, K. (2008). *Effects of Enchanced foster care on the long term physical and mental health of foster care Alumni*. *Archives of General Psychiatry*, 65, 625-633.
7. Jaudes, P.K., Bilaer, L., Goerge, R. & Catania, C. (2014). Improving access to health care for foster children: the Illinois Model. *Child Welfare*, 83, 215-238.
8. Vinnerljung, B., Hjern, A. & Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 723-733
9. Hjern, A. & Vinnerljung, B. (2002). Health care for children in foster and residential care. *Acta Paediatrica*, 91, 1153-1154.
10. Andersson, J., Kronvall, B., Nilsson, I. (2006). *Barn i familjehemsvård – skolgång och psykisk hälsa hos familjehemsplacerade barn i åldern 7 – 21 år*. Malmö: Malmö stad
11. Socialstyrelsen (2000). *Dartingtonprojektet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
12. SKL (2012). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, 2001–2012*. www.skl.se
13. SFS 2010: 800, *Skollagen*, Västerås: Edita 2010.
14. Socialstyrelsen (2014). *Vägledning för elevhälsan*. www.socialstyrelsen.se
15. Skolinspektionen (2011). *Elevhälsa. Sammanställning av rektorernas samtliga svar uppdelade på fristående och kommunala huvudmän*. Stockholm: Skolinspektionen.

APPENDIX

Tabell 1

Födelseår Fosterbarnsgruppen (F), N = 105, Kontrollbarnsgruppen (K), N = 420

<i>Födelseår</i>	<i>F antal</i>	<i>K antal</i>	<i>Procent</i>
1992	9	36	8,6
1993	13	52	12,4
1994	15	60	14,3
1995	12	48	11,4
1996	11	44	10,5
1997	7	28	6,7
1998	10	40	9,5
1999	8	32	7,6
2000	4	16	3,8
2001	8	32	7,6
2002	8	32	7,6
<i>Totalt</i>	<i>105</i>	<i>420</i>	<i>100</i>

Tabell 2

Könsfördelning

Fosterbarnsgruppen (F), N = 105, Kontrollbarngruppen (K), N = 420

	<i>F antal</i>	<i>Procent</i>	<i>K antal</i>	<i>Procent</i>
Pojkar	60	57	240	57
Flickor	45	43	180	43
<i>Totalt</i>	<i>105</i>	<i>100</i>	<i>420</i>	<i>100</i>

APPENDIX

Fallbeskrivningar

Anton 16 år

Anton startade sin skolgång i en kommun men på grund av föräldrars separation genomfördes skolbyte före den allmänna hälsokontrollen genomfördes i klass 1 på den aktuella skolan. Anton blev placerad på barnhem en period för att därefter byta skola till en annan kommun. På denna skola kallades eleverna rutinmässigt till hälsokontroll (längd, vikt samt samtal om trivsel) i klass 2. I Antons journal finns en textrad. "Allt väl. Trivs i skolan".

Anton var då placerad i familjehem. Därefter finns inga ytterligare uppgifter i den aktuella journalen och enligt uppgift omplacerades pojken därefter till ytterligare ett familjehem. Ur socialtjänstens akt framgår att eleven varit placerad på 6 olika skolor under tiden i grundskolan. Enligt de uppgifter projektet har tillgång till upprättades aldrig någon skolhälsovårdsjournal på tre av dessa skolor. I klass 4 finns en notering i skolhälsovårdsjournalen på den då aktuella skolan. "Kom ej". Därefter har vi inte hittat några ytterligare journalanteckningar eller andra dokument inom skolhälsovården på de skolor där eleven varit placerad. Efter kontakt med den gymnasieskola som eleven var inskriven kommunicerades att man med all sannolikhet inte hade utfört syn, hörsel, rygg, längd, viktundersökningar under grundskoletiden. Det fanns heller inga uppgifter om att eleven hade erbjudits vaccinationer i skolan, enligt gällande nationella riktlinjer (klass 4; Difteri, stelkramp, kikhosta, klass 6; mässling påssjuka och röda hund). Ur barnhälsovårdsjournalen framkom att vaccinationer hade utförts enligt nationella riktlinjer för förskolebarn. Skolsköterskan på gymnasiet informerades och planerade därefter ett hälsobesök för eleven för att åtgärda bristerna i uppföljningen av elevens hälsovård.

Peter 15 år

Peter är ny på den aktuella skolan i klass 8. Efter det att skolhälsovårdsjournalen rekviderats från en annan skola med hjälp av de bakgrundsuppgifter som projektet genererat, upptäcktes att man i klass 4, då screening för skolios utförs, noterat en ryggasymmetri som krävde uppföljning. Denna asymmetri var inte av den graden att specialistbedömning krävdes men man hade rekommenderat uppföljning efter 1 år inom skolhälsovården. Det fanns ärftlighet för skolios. Eleven hade uteblivit vid uppföljning och man hade skickat flera kallelser till hemmet. Under denna period hade en social utredning genomförts som resulterat i att Peter placerades i ett familjehem. Efter "sammanbrott" från den placeringen hade man ordnat ytterligare en placering (nuvarande). Eleven kallades till skolläkare som upptäckte att skoliosen hade ökat och remitterade till specialist. Skoliosen krävde ingen behandling men kommer att följas upp ytterligare på specialistklinik inför eventuellt senare behov av ortopedisk behandling.

Elsa 13 år

Elsa 13 år har vaccinerades endast med en dos av kombinerat vaccin under det första levnadsåret. Hon besvärades hon av en misstänkt födoämnesallergi och föräldrarna avstod därför från att låta flickan vaccineras, av rädsla för att utlösa allergiska reaktioner. Föräldrarna var oeniga omkring ställningstagandet till vaccination. Allergin var dock så mild och av en typ som inte, ur medicinsk synpunkt, motiverade att avstå från vaccinationer. Man hade från barnvårdscentralen rekommenderat att flickan tryggt kunde fullfölja sedvanligt vaccinationsprogram. Inför skolstart hade varken vaccin mot mässling, påssjuka, röda hundvaccin (MPR) eller den fjärde dosen poliovaccin (Polio IV) givits. I samband med skolstart och under det första skolåret försökte skolhälsovården kontakta vårdnadshavarna som inte hade besvarat de blanketter för hälsodeklaration eller samtycke som skickats till vårdnadshavarnas adresser. Man bedömde därför att vårdnadshavarna inte var intresserade av att låta flickan vaccineras. Sedvanliga hälsobesök inklusive rekommenderade syn, hörsel och ryggkontroller genomfördes därefter i förskoleklassen och klass 4 enligt skolhälsovårdens rutiner, men utan deltagande från någon vårdnadshavare eller annan vuxen. Tillväxten var normal.

Inget speciellt anmärkningsvärt framkom vid hälsokontrollerna eller vid hälsosamtal med flickan som uppgav att det inte fanns något problem med trivsel, sömn eller mat. Man hade dock noterat att flickan uppgivit att hon rökte. Meddelande om detta hade skickats hem till vårdnadshavarna. Ur socialtjänstens akt framkom dock att flickan besvärats av återkommande magont och huvudvärk, sömnsvårigheter, stor skolfrånvaro och beteendeproblem. Många akuta besök fanns dokumenterade på sjukhuset för olika skador och akuta smärtor. Flickan placerades i familjehem. Missbruk och våld i den biologiska familjen.

Skolhälsovården i klass 7 på den aktuella skolan kontaktades via projektet och man planerade därefter för ett hälsobesök med någon ansvarig vuxen närvarande för att dels gå igenom behov av individuell vaccinationsplanering och framför allt se över hela hälsosituationen.

Samtliga tre barn i ovanstående fallbeskrivningar har haft kontakt med skolhälsovården, åtminstone vid några tillfällen. Fallen illustrerar behovet av kommunikation mellan vårdnadshavare – barnet själv – socialtjänsten - skolan och hälsovården. Inte i något av fallet finns någon dokumenterad kommunikation mellan de vuxna som har att ansvara för den vardagliga omsorgen i hemmet, barnens utbildning i skolan eller mellan sociala myndigheter och hälsovården. Hälsovården har i dessa fall lämnat erbjudande om hälsovård som inte kunde fullföljas. Viktig hälsoinformation som framkommit i samband med hälsobesök "tappades bort". Exempelen belyser också behovet av en fungerande relation hem – skola.

Appendix

Checklista

Datum

Barnets namn

Personnummer

Skola/Klass

Uppgiftslämnarens namn, titel

Kontaktuppgifter till skolhälsovården

Ansvarig Socialsekreterare

1. Är elevens BVC-journal tillgänglig? Ja Nej

Om hälsovård inte har utförts enligt nationella rekommendationer avseende hälsobesök, utvecklingsbedömningar och kontroller av tillväxt/hörsel/syn, vaccinationer, remisser. Behov av kompletteringar? Viktiga hälsoproblem?

2. Dokumenterade hälsobesök/undersökningar?

Förskoleklass/Klass 1? Ja Nej

Klass 4? Ja Nej

Klass 7/8? Ja Nej

Gy klass 1/2? Ja Nej

3. Synundersökning enligt program? Ja Nej

Planerad uppföljning?

4. Hörselkontroll enligt program? Ja Nej

Planerad uppföljning?

5. Tillväxtbedömning/Pubertet/Ryggbedömning enligt program? Ja Nej

Planerad uppföljning?

6. Vaccinationer utförda enligt program? Ja Nej

Planerad uppföljning?

7. Övrig information om elevens hälsa som du bedömer är viktig för socialtjänsten att känna till?

.....

.....

Datum

Uppgiftslämnarens namn/titel

Ansvarig socialsekreterare

Barnets namn

Födelsedata

Hälsobesök enligt nationellt programTandhälsovård Ja Nej BVC Ja Nej Skolhälsovård Ja Nej **Hälsohistoria (Anamnes)**Ärftliga sjukdomar? Ja Nej Sjukdom under första levnadsåret Ja Nej Tidigare sjukdomar? Ja Nej Vaccination enligt nationellt program Ja Nej Synkontroll enligt nationellt program Ja Nej Glasögon/linser Ja Nej Hörselkontroll enligt nationellt program Ja Nej Rökning Ja Nej Alkohol Ja Nej Droger/Doping Ja Nej

Kommentarer

.....

Senaste tillväxtkontroll

Datum:..... Längd Vikt

Kroppslig hälsa:

- | | |
|----------------------------|--|
| Infektioner | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Astma | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Eksem | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Allergi | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Magont/förstoppning/diarré | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Födoämnesöverkänslighet | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Syn | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Hörsel | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Motorik/Balans | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Krampsjukdom | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Urinvägsbesvär | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Onormal trötthet | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Diagnosticerad sjukdom | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Funktionsnedsättning | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Behov av hjälpmedel | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Skador/Olycksfall | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Operation | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Vårdats på sjukhus | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Medicinering | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |

.....

Kommentarer

.....

.....

Psykisk hälsa:

- Koncentrationssvårigheter Ja Nej
- Oro/ängslan/nedstämdhet Ja Nej
- Självska debeteende Ja Nej
- Ätstörning Ja Nej
- Sömnbesvär Ja Nej
- Psykiskt trauma Ja Nej

Kommentarer
.....

Tandhälsa:

- Tandvårdsrädsla Ja Nej
- Behandlad karies Ja Nej
- Aktuella problem med tandhälsa Ja Nej

Senaste tandläkarbesök, datum:.....

Kommentarer

Aktuella kontakter med hälso- och sjukvård (ex primärvård, specialistsjukvård, BUP, logopedverksamhet, habilitering, tandvård):

Läkare

Sjuksköterska.....

Psykolog.....

Logoped

Kurator.....

Tandläkare.....

Annan behandlare

Levnadsvanor

Kost/matvanor.....

Fysisk aktivitet

Sexuell hälsa

Önskemål om ytterligare hälso- och sjukvård.....

.....

Övrig information

.....

APPENDIX

Hälsokort

Namn:

Personnummer:

Vaccinationer

Syn

Glasögon/linser

Hörsel

Allergi

Tänder

Diagnoser

.....

Medicinering

.....

.....

Övrigt

.....

Datum

Vårdkontakter

BVC

Vårdcentral

Läkare

Skolläkare/Skolsköterska

Optiker

Tandläkare

Övrigt

.....

Anteckningar

.....

.....

.....

.....

.....

.....

