

Utsatta barns hälsa

Resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten

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

ISBN 978-91-7555-287-3
Artikelnummer 2015-3-5

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2015

Förord

I denna rapport sammanfattas resultat och slutsatser från en undersökning av hälsan hos 120 barn vars behov av skydd och stöd har utretts av socialtjänsten. Studien har genomförts i arton kommuner i Skåne och Kronobergs län. Syftet med studien har varit att beskriva dessa barns hälsa och ohälsa, öka förståelsen för deras hälsosituation samt att öka kunskapen om vilken vård som barnen behöver.

Studien har genomförts av leg. läkare Stefan Kling, som haft huvudansvar för de delar som gällt barns fysiska hälsa, och leg. psykolog Ingemar Nilsson, som haft huvudansvar för de delar som gällt barns psykiska hälsa. Studien har fått stöd av Socialstyrelsen och de medverkande kommunerna. Socialstyrelsens stöd beslutades inom ramen för ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen att inrätta ett nationellt utvecklingscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att utveckla psykisk ohälsa (S2007/2699/HS).

Resultaten och slutsatserna från studien kan användas av ansvariga för barnhälsovård, elevhälsa, tandhälsovård för barn samt socialtjänsten som utgångspunkt för egna uppföljningar och utvecklingsinsatser. De är också av intresse för professioner inom dessa verksamheter och forskare.

Rapporten har skrivits av utredaren Pär Alexandersson tillsammans med Stefan Kling och Ingemar Nilsson. Ansvarig enhetschef har varit Annika Öquist.

AnneMarie Danon
Avdelningschef
Avdelningen för Kunskapsstöd

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	9
Hälsovårdens uppgifter	9
Barn i samhällsvård – en riskgrupp	10
Syfte.....	11
Metod och genomförande	12
Inkludering av barn	12
Information om barnens hälsa.....	13
Ansvariga för studien	14
Resultat	15
Fysisk hälsa	15
Psykisk hälsa	19
Diskussion	23
Referenser	25

Sammanfattning

Barnhälsovården, elevhälsan och tandhälsovården är viktiga för tidig upptäckt av riskfaktorer och hälsoproblem som kan bidra till en ogynnsam utveckling. Ändå finns det påtagliga brister i hur dessa verksamheter möter behoven hos barn som lever i riskmiljöer. Det näst som är tänkt att fånga upp tecken på fysisk och psykisk ohälsa har för grova maskor, och utsatta barn missas när samma erbjudande om förebyggande hälsovård ges till alla barn.

Det visar resultaten från denna studie av den fysiska och psykiska hälsan hos barn vars behov utreds av socialtjänsten. Studien omfattar 120 barn i åldern 0–18 år från arton kommuner i Skåne och Kronobergs län. Barnen läkarundersöktes under perioden september 2010 till och med augusti 2011 i samband med att deras behov av skydd eller stöd utreddes av socialtjänsten enligt 11 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och att socialtjänsten ansåg att det fanns behov av en läkarbedömning. Orsakerna till att en läkarbedömning efterfrågades har inte undersökts, och resultaten ska inte tolkas som en beskrivning av den procentuella fördelningen av fysisk och psykisk hälsa bland alla barn vars behov utreds av socialtjänsten. Läkarundersökningarna genomfördes enligt anvisningarna i utrednings- och dokumentationssystemet Barns behov i centrum (BBIC).

Vid läkarundersökningarna konstaterades hög grad av såväl fysisk som psykisk ohälsa. Totalt remitterades varannat undersökt barn för fortsatt utredning och vård till somatisk mottagning eller till barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Av de barn som remitterades hade 80 procent fysiska symptom. Många barn behövde flera remisser. Sammanlagt skrevs 99 remisser för 61 barn.

Som grupp uppvisade de läkarundersökta barnen en stor sårbarhet och det går inte att bortse från risker för allvarlig framtida fysisk och psykisk ohälsa för många av barnen. Det är därför särskilt allvarligt att de hälsovårdande verksamheterna inte har nått dessa barn eller undersökt deras situation och behov tillräckligt väl innan socialtjänsten inledde utredning. Det behövs effektivare arbetssätt för att bevaka hälsan hos barn som inte har vuxna som kan stödja och företräda dem så att de inte ska riskera att bli utan den hälsovård som är avsedd för alla barn. I det sammanhanget är det viktigt att uppmärksamma sambandet mellan fysisk och psykisk hälsa.

Resultaten understryker också vikten av att socialtjänsten får ett tydligt och användbart stöd i BBIC för att undersöka barnens fysiska och psykiska hälsa inför en placering.

Tidigare studier och uppföljningar har visat att barn som har varit i samhällsvård löper stora risker för att utveckla fysisk och psykisk ohälsa och att deras behov inte uppmärksammas och tillgodoses tillräckligt väl trots det särskilda ansvar som samhället tagit på sig för dem genom placeringen. Denna studie visar att det dessa problem ofta också är aktuella *innan* en utredning inom socialtjänsten blir aktuell eller att en placering beslutas.

Bakgrund

Hälsovårdens uppgifter

Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter har barn rätt till goda uppväxtvillkor där det bland annat ingår rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Enligt konventionens artikel 24 ska konventionsstaterna – bland dem Sverige – bland annat säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård [1].

I Sverige är de medicinska undersökningarna inom barnhälsovården, elevhälsan och tandhälsovården för barn viktiga delar av samhällets resurser för tidig upptäckt av riskfaktorer och hälsoproblem som kan bidra till en ogynnsam utveckling

Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. För att uppnå dessa mål behöver barnhälsovården erbjuda insatser till alla barn och föräldrar, riktade förstärkta insatser till barn och föräldrar med särskilda behov, hälsoövervakning och individuellt utformad hjälp till barn som löper högre risk att drabbas av ohälsa samt vara uppmärksam på förhållanden i familjens närmiljö. Det är angeläget att varje barnvårdscentral har handlägningsrutiner för samverkan med och anmälan till socialtjänsten när barn misstänks fara illa eller riskerar att fara illa [2]. Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting når barnhälsovården nästan alla barn som är bosatta i Sverige [3]. Det finns dock skillnader mellan olika grupper av barn och familjer. En studie i Uppsala läns landsting visade att deltagandet i föräldragrupper var lägre i familjer där en eller båda föräldrarna var utlandsfödda, i familjer med lägre inkomster, och för unga eller ensamstående mödrar [4].

I och med att skollagen (2010:800) började tillämpas den 1 juli 2011 samlades skolhälsovården, den särskilda elevvården och de specialpedagogiska insatserna i en samlad *elevhälsa*. Elevhälsan omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser och ska finnas för elever i förskoleklass, grundskola, grundsärskola, sameskola, specialskola, gymnasieskola och gymnasiesärskola. Elevhälsans insatser ska stödja elevens utveckling mot utbildningens mål. Enligt skollagen ska elever erbjudas hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller. Mellan hälsobesöken ska eleverna dessutom erbjudas syn- och hörselundersökningar samt andra begränsade hälsokontroller. I hälsobesöken ingår att bedöma elevens allmänna hälsotillstånd, tillväxt, utveckling och inläring. Hälsobesöken utgör också en möjlighet för eleven att diskutera sin hälsa med skolsköterskan och ger förutsättningar att stödja elevernas utveckling mot målen, undanröja hinder för lärande samt återföra kunskaper i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet [5]. Vid en granskning av elevhälsan uppgav praktiskt taget samtliga svarande rektorer att alla elever på skolan erbjuds hälsobesök med hälsokontroller [6].

Tandhälsovårdens målsättning är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Landstingen har ansvaret för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården men familjer får själv välja vem som ska utföra vården. Man kan fritt välja vårdgivare inom folktandvården eller hos privat vårdgivare. Barn och ungdomar har rätt till fri tandvård till och med det år de fyller 19 år. Tandhälsan hos svenska barn och unga har förbättrats under 2000-talet och är generellt god, men det finns skillnader mellan grupper. Föräldrarnas socioekonomiska status har en tydlig inverkan på om barn och unga uteblir från tandvårdsbesök [7]. Karies kan debutera tidigt. Om karies lämnas utan åtgärd kan det leda till skador som inte kan repareras, tandvärk och om behovet av tandvård är kopplat till behandlingsrädsla, tandutdragning i narkos. Barn och unga som uteblir från tandvården har i hög utsträckning föräldrar som själva inte besöker tandvården [8].

Barn i samhällsvård – en riskgrupp

Även om hälsovårdens generella insatser når nästan alla barn i Sverige finns det behov av särskilda insatser för de barn som behöver ett förstärkt skyddsnät och lever under svåra omständigheter. Det gäller särskilt när de vuxna i barnets nära omgivning inte själva förmår att ge den omsorg och stöd som barnet behöver. Det förebyggande arbetet inom barnhälsovården och elevhälsan saknar dock till stor del tillgång till metoder, arbetssätt och rutiner som är speciellt anpassade till dessa barns speciella situation [9]. Stora brister i dokumentationen av placerade barns hälsa har påvisats i en journalstudie i Malmö. 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 [10].

Tidigare studier och uppföljningar av hur det går för barn som varit i samhällsvård har visat nedslående resultat i flera avseenden. Samstämmig internationell forskning har visat att dessa barn är en högriskgrupp för att utveckla framtida psykisk och somatisk ohälsa [11]. Hög förekomst av somatiska hälsoproblem har beskrivits i ett flertal nordamerikanska studier [12]. Svårigheter i skolan och yrkesliv, psykiska och somatiska hälsoproblem och nedsatt livskvalitet i allmänhet har dokumenterats även i Svenska studier [13, 14, 15]. I en studie av 108 barn i samhällsvård redovisades att 67 procent av barnen hade fysiska hälsoproblem medan 50 procent uppvisade beteende- och känslomässiga problem [16]. En svensk nationell registerstudie har beskrivit påtagligt ökade risker för suicidförsök och allvarlig psykiatrisk problematik bland unga vuxna som varit i vård under uppväxten [14].

Socialnämnden har i uppdrag att utreda barnet före eller i samband med en placering. Nämnden är även skyldig att verka för att alla barn som placeras utanför det egna hemmet får en lämplig utbildning och en god hälso- och sjukvård samt tandvård enligt tandvårdslagen. Att verka för innebär att socialtjänsten ska vara aktiv i att få till stånd undersökningar, insatser och behandlingar som barnet kan vara i behov av både i skolan och inom hälso- och sjukvården. Ansvaret för att tillhandahålla utbildning respektive hälso- och sjukvård ligger däremot på utbildningsnämnden och hälso- och sjukvården. Forskning och praktik har visat på att det finns behov av att läkarundersöka

alla barn som placeras i samhällsvård. En utredning av barnets psykiska och fysiska hälsa kan utgöra en bra grund för planeringen av insatser från hälso- och sjukvården, för alla barn som placeras. Utredningen behöver då innehålla både en kartläggning av tidigare insatser och en läkarundersökning. Utifrån dessa underlag kan parterna därefter göra en bedömning av vilka fortsatta insatser som barnet kan ha behov av [17].

Många gånger brister samverkan mellan myndigheter och verksamheter om behoven hos barn i samhällsvård. Detta trots att det finns en samverkansskyldighet för socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård när det gäller barn som far illa eller riskerar eller fara illa. Även tandvården är en part som socialtjänsten kan behöva samverka med. Samverkan kan underlättas om det finns rutiner eller avtal. Det finns exempel från regioner där man upprättat överenskommelser mellan parterna för att placerade barn och unga ska få sin skolgång och hälso- och sjukvård som de har rätt till [17, 18].

Ett långsiktigt samarbete mellan Socialstyrelsen, kommuner och forskare om barn som far illa har resulterat i dokumentationssystemet BBIC - Barns behov i centrum. Detta dokumentationssystem började införas år 2001. I BBIC-systemet finns anvisningar för en omfattande hälsoundersökning av de barn som ska placeras i samhällsvård [19].

Syfte

Syftet med denna studie har varit att beskriva barns hälsa och ohälsa i samband med att deras behov av skydd och stöd utreds av socialtjänsten, att öka förståelsen för deras hälsosituation samt att öka kunskapen om vilken vård som barnen behöver. Följande frågor har varit centrala i studien:

- Vilka kunskaper om barnens hälsa kan en läkarundersökning bidra med i samband med social barnvårdsutredning?
- Vilka psykiska hälsoproblem är aktuella vid olika åldrar hos barn i denna målgrupp och hur kan dessa hanteras?
- Vilken hälsoplanering behövs för denna grupp av barn?
- Vilka stress- och riskfaktorer för ohälsa är aktuella vid olika åldrar hos de barn som är aktuella för utredning inom socialtjänsten?

Studien är den första kliniska studien i Sverige, enligt rådande anvisningar för läkarundersökning enligt BBIC, av barns fysiska och psykiska hälsa i samband med social utredning.

Metod och genomförande

Inkludering av barn

Studien avsåg läkarundersökningar av barn i åldern 0–18 år, vars behov av skydd eller stöd utreds enligt 11 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och där socialtjänsten bedömt att det fanns behov av en läkarbedömning.

Samtliga kommuner i Skåne och Kronobergs län tackade ja till att delta i inkluderingen av barn till studien. Inkluderingen påbörjades i september 2010. Målet var att inkludera 120 barn, vilket hade gjorts i augusti 2011. Att det tog närmare ett år att uppnå detta mål kan ses som en antydning om att läkarbedömningar relativt sällan efterfrågas när barns behov av skydd eller stöd utreds av socialtjänsten. Orsakerna till att en läkarbedömning efterfrågades har inte undersökts i studien.

Ett villkor för inkluderingen var samtycke från barnets vårdnadshavare att rekvirera samtliga relevanta och tillgängliga journalkopior från hälso- och sjukvården, inklusive tandhälsovården, samt konsultationsdokument BBIC som beskriver barnens förskole- och skolsituation [19]. För samtliga de 120 barn som först blev aktuella för studien gav vårdnadshavarna sådant samtycke. De barn som var äldre än 15 år gav också sitt eget samtycke till att delta i studien.

De barn som inkluderades kom från följande 18 kommuner: Malmö, Vellinge, Bromölla, Hässleholm, Eslöv, Östra Göinge, Tomelilla, Kristianstad, Lund, Osby, Örkelljunga, Kävlinge, Trelleborg, Landskrona, Svalöv, Tingsryd och Uppvidinge.

En tredjedel av de barnen kom från storstad, en tredjedel från kommuner med fler än 25 000 invånare och en tredjedel från kommuner med färre än 25 000 invånare. Andelen utlandsfödda barn var 18 procent. Barnens ålders- och könsfördelning framgår av tabell 1.

Tabell 1. Antal barn som ingår i studien fördelade på ålder och kön

Ålder (år)	Pojkar	Flickor	Totalt
0-6	24	20	44
7-12	22	13	35
13-18	21	20	41
Totalt	67	53	120

Även om barnen utreddes inför beslut om en placering kan flera av dem redan ha bott i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende (HVB). En del av de barn som ingick i studien var också akut placerade under utredningstiden.

Barn som hade behov av omgående kontakt med sjukvården för känd kroppslig eller psykisk sjukdom inkluderades inte i studien. Ett annat skäl att inte inkludera ett barn i studien var om det pågick en särskild undersökning för ställningstagande till misstänkta övergrepp eller oklara skador.

Information om barnens hälsa

I studien definierades hälsa enligt det så kallade sjukdomsorienterade perspektivet, där hälsa innebär frånvaro av sjukdom och att en människa är vid hälsa då hennes kropp och själ fungerar utifrån det statistiskt normala. Indikationer på psykisk ohälsa definierades som samtliga diagnoser där kriterierna enligt de diagnostiska klassifikationssystemen ICD-10 eller DSM IV var uppfyllda [20, 21]. Även beteendestörning inrymdes i begreppet psykisk ohälsa och definierats i termer av våldsamt beteende (utagerande aggressivt beteende) och/eller självskadande beteende.

Information om barnens hälsa hämtades ur följande dokument:

- Förlossningsjournal (FV 2)
- BVC-journal
- Skolhälsovårdsjournal
- Tandhälsovårdsjournal
- Kopior från kända kontakter med hälso- och sjukvården
- Konsultationsdokument BBIC, Förskola och Skola

I de hälsodata som insamlades av socialtjänsten ingick uppgifter om barnets kontakter med barn- och ungdomspsykiatri, barnhabilitering, vårdcentraler och eventuella kontakter med andra specialistkliniker. I samtliga fall kunde relevanta barn- och skolhälsovårdsjournaler inhämtas. Enstaka journalkopior från kända kontakter med sjukvården saknades, till exempel vårdcentral, ögon-, hud- och öronklinik. I några fall saknades också journaler från kända kontakter med barn- och ungdomspsykiatri.

Läkarundersökningen genomfördes systematiskt enligt rådande anvisningar för BBIC och dokumenterades enligt en särskild mall.

Samtliga 120 läkarundersökningar utfördes av samma läkare. Undersökningen förbereddes genom att tidigare journalanteckningar genomlästes. Ärftliga faktorer, tidigare sjukdomar, medicinering, tillväxt, tidigare hörsel- och synundersökningar och vaccinationer inom hälsovården noterades. Någon vuxen som barnet kände förtroende för medföljde alltid vid läkarundersökningen. Inför undersökningen gavs en kort beskrivning av varför och på vilket sätt undersökningen skulle utföras samt vilka moment som skulle ingå.

Enligt anvisningarna i BBIC ingår att läkaren ska bedöma barnens tandstatus. Den läkare som svarade för bedömningen i denna studie utbildades av en specialistkompetent barntandläkare under en dag för detta uppdrag.

Anvisningarna för läkarundersökning i BBIC omfattar inga standardiserade och diagnostiska instrument när det gäller psykisk hälsa. I denna studie ställdes särskilt riktade kliniska frågor om barnens psykiska hälsa utifrån den kunskap som en erfaren barnpsykolog kan ha inom området. Frågorna gällde dessa områden:

- Stämningsläge, oro, ångest och rastlöshet.
- Psykosomatiska besvär, magont, huvudvärk, ryggont, yrsel och sömnstörningar.
- Självdestruktivt beteende.
- Uppmärksamhetssvårigheter och koncentrationsförmåga.
- Hyperaktivitet, aggressivitet.

Norm- och regelbrytande beteende analyserades med utgångspunkt från anamnes samt tillgänglig dokumentation. I samtalet med barnet ställdes också frågor om sömn, mat, motion, rökning, bruk av alkohol och droger samt om sexuell hälsa.

Vid avslut av konsultationen sammanfattades den tillgängliga bakgrundsinformation och den fortsatta planeringen kommunicerades både med barnet och medföljande vuxen. Vid behov av vidare remiss avtalades detta. I samtliga remisser poängterades att remissvar även skulle gå till vederbörande socialsekreterare som initierat undersökningen för att säkerställa att vårdkedjan skulle fungera. Det gavs också möjlighet för barnet, utifrån ålder, mognad och önskemål, att i enrum efter avslutad undersökning ställa frågor och diskutera egna funderingar om hälsan.

Ansvariga för studien

Studien genomfördes av de båda projektledarna leg. läkare Stefan Kling och leg. psykolog Ingemar Nilsson. Allt material rörande fysisk hälsa analyserades av Stefan Kling medan allt material rörande psykisk hälsa analyserades av Ingemar Nilsson. Sammanställning av resultat och slutsatser gjordes gemensamt av Stefan Kling och Ingemar Nilsson. Professor Anders Hjern, Karolinska Institutet, och professor Bo Vinnerljung, Stockholms universitet, har lämnat synpunkter under arbetet. Genomförandet har skett med stöd från de deltagande kommunerna och Socialstyrelsen.

Resultat

Fysisk hälsa

Graviditetslängd och födelsevikt

I Sverige sker omkring 6 procent av alla förlossningar i förtid, det vill säga i graviditetsvecka 22–36, varav 1 procent före vecka 32 [22]. För 14 av de 120 barnen fanns inte tillgång till säkra uppgifter om graviditetslängd eller exakt födelsevikt. Enligt tillgängliga journaler var drygt 8 procent av barnen i studiegruppen födda före fullgångna 37 veckors graviditet. Det fanns inte indikationer på att något barn i den grupp där exakta data saknades hade varit i behov av neonatal vård på barnklinik. Hos 90 procent av barnen var födelsevikten normal i förhållande till graviditetslängden. Andelen barn med undervikt vid förlossningen var drygt 6 procent.

Psykomotorisk utveckling

Minst en psykomotorisk utvecklingsavvikelse noterades för 31 procent av barnen vid 18 månaders ålder och för 43 procent vid fem till sex års ålder. I detta ingick avvikelser avseende fin- och grovmotorik, kontakt, språk och kognitiv nivå

Syn, hörsel och vaccinationer

Andelen barn i undersökningsgruppen som hade deltagit i de allmänna syn- och hörselkontrollerna var påfallande låg, under 70 procent. Nationella jämförelsedata för andelen barn som deltar i sådana kontroller saknas, men årsrapporter och verksamhetsberättelser som är tillgängliga via internet från landsting, kommuner och skolområden tyder på att omkring 95 procent av alla barn har tagit del av och genomgått de rekommenderade hälso- besöken/undersökningar som erbjuds inom dessa verksamheter.

Tabell 3. Genomförd synundersökning. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Barn	Pojkar	Flickor	Totalt
0–6 år	10	5	15 av 44 (34 procent)
7–12 år	18	8	26 av 35 (74 procent)
13–18 år	15	17	32 av 41 (78 procent)
Totalt	43	30	73 av 120 (61 procent)

Tabell 4. Genomförd hörselkontroll. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Barn	Pojkar	Flickor	Totalt
0–6 år	17	11	28 av 44 (64 procent)
7–12 år	15	8	23 av 35 (66 procent)
13–18 år	15	14	29 av 41 (70 procent)
Totalt	47	33	80 av 120 (67 procent)

Vaccinationstäckningen för undersökningsgruppen var i alla åldrar klart lägre än för andra barn i motsvarande ålder i Sverige och låg i hela gruppen på 75 procent. Enligt den senaste nationella statistiken har minst 96 procent av eleverna i klass 6 genomgått fullständigt vaccinationsprogram enligt de nationella rekommendationerna. Drygt 98 procent av alla tvååringar i Sverige är vaccinerade mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och Haemophilus influenzae typ b och 97 procent mot mässling, röda hund och påssjuka var 97 procent. [23, 24].

Tabell 5. Vaccinationer genomförda enligt nationellt program. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Ålder (år)	Pojkar	Flickor	Totalt
0-6 år	21	17	38 av 44 (86 procent)
6-12 år	15	9	24 av 35 (69 procent)
13-18 år	14	14	28 av 41 (68 procent)
Totalt	50	40	90 av 120 (75 procent)

Övervikt och fetma

Med hjälp av Body Mass Index (BMI) beräknades om barnet hade undervikt, normalvikt, övervikt eller fetma utifrån ålder och kön enligt särskilda BMI-tabeller för barn. Andelen barn med övervikt och fetma var klart högre hos både pojkar och flickor i undersökningsgruppen jämfört med nationella data. Cirka 40 procent av flickorna i skolåldern och 33 procent av pojkarna i samma ålder hade BMI över gränsen för diagnos övervikt/fetma [25, 26, 27].

Tabell 6. Förekomst av övervikt och fetma hos pojkar och flickor i åldrar 7-12 år respektive 13-18 år. Antal och andel av 74 barn i procent

Övervikt/fetma	Pojkar	Flickor	Totalt
7-12 år	8 av 22 (36 procent)	5 av 13 (38 procent)	13 av 35 (37 procent)
13-18 år	6 av 20, (30 procent)	8 av 19 (42 procent)	14 av 39 (36 procent)
Totalt	14 av 42 (33 procent)	13 av 32 (39 procent)	27 av 74 (36 procent)

Astma, allergi och eksem

Förekomsten av astma, symtom på luftburen allergi och eksem var vanlig i alla åldrar i undersökningsgruppen och på betydligt högre nivå än motsvarande tillgängliga nationella data [28]. I gruppen var det en större andel pojkar som hade allergirelaterade sjukdomar än flickor, 42 procent jämfört med 32 procent.

Tabell 7. Förekomst av astma, allergi och eksem. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Ålder	Eksem/astma/allergi
0-6 år	15 av 44 (35 procent)
7-12 år	13 av 35 (36 procent)
13-18 år	17 av 41 (42 procent)
Totalt	45 av 120 (38 procent)

Rökning

Totalt ingick 41 barn i undersökningsgruppen i åldersgruppen 13-18 år, varav 21 pojkar och 20 flickor. Bland pojkarna i denna grupp uppgav 29 procent att de regelbundet rökte. Motsvarande andel bland flickorna var 45 procent. Både för pojkarna och flickorna var det klart större andelar än vad som redovisas i nationella undersökningar för barn i motsvarande ålder [29].

Tandhälsa

Förekomst av obehandlad och omfattande karies, tandvärk, tandvårdsrädsla och utebliven förebyggande tandhälsövård var påfallande hög i undersökningsgruppen. I skolåldern hade vartannat barn uppenbara hål i tänderna som inte tagits om hand. Barnen i undersökningsgruppen hade, vid jämförelse med nationella data för barn i motsvarande ålder, tydligt försämrat tandstatus [7]. Det bör påpekas att endast omfattande och obehandlade djupa kariesangrepp dokumenterades i samband med läkarundersökningen. Barn som tidigare hade fått tandbehandling med fyllningar, men som vid undersökning inte uppvisade tydlig aktiv karies, hänvisades för fortsatt ordinarie uppföljning inom tandhälsövården och kunde inte diagnostiseras vidare i samband med läkarundersökningen. (Två av barnen exkluderades på grund av låg ålder från bedömningen av tandhälsan.)

Tabell 8. Förekomst av påvisade djupa kariesangrepp. Antal barn och andel av 118 barn i procent

Karies	Antal barn, procent
0-6 år	12 av 42 (29 procent)
7-12 år	18 av 35 (51 procent)
13-18 år	20 av 41 (49 procent)
Totalt	50 av 118 (42 procent)

Medicinering

Sammanlagt hade 32 av barnen ordinerats någon form av regelbunden medicinsk behandling av olika kroppsliga besvär och sjukdomar. Förskrivning av medel mot astma, allergi och eksem dominerande. Det var vanligt att barn samtidigt behandlades med medicin mot astma, allergi och eksem.

Tabell 9. Ordinerade preparat. Antal för alla 120 barn

Preparat	Antal
Medel mot obstruktiv lungsjukdom (astma)	10
Antihistaminer (allergi)	9
Kortikosteroider för utvärtes bruk (eksem)	8
Medel mot acne	2
Laxermedel (förstoppning)	3
Medel vid syrelaterade sjukdomar (gastrit)	2
Medel mot järnbrist	1
Antiepileptika (epilepsi)	2
Totalt	37

Remisser

Vid läkarundersökningen framkom ett mycket stort behov av vidare utredning av redan tidigare kända somatiska besvär. Dessutom diagnostiserades en lång rad nyupptäckta, utredningskrävande symtom. Totalt remitterades vartannat barn för fortsatt utredning och vård, varav 80 procent hade fysiska symtom. Många barn behövde flera remisser. Sammanlagt skrevs 99 remisser, av vilka 87 gällde somatisk vård.

Tabell 10. Remisser. Antal för alla 120 barn

Remiss till	Pojkar	Flickor	Totalt
Vårdcentral	9	15	24
Ögonklinik	5	3	8
Öron – näsa – hals	5	6	11
Logoped		1	1
Kirurg	1		1
Ortoped	1	2	3
Barnmedicin	7	12	19
Hudklinik	6	1	7
Skolhälsovård	2	3	5
Barnhälsovård		1	1
Kvinnoklinik		1	1
Tandhälsovård	3	3	6
Barnpsykiatri	9	3	12
Totalt	48	51	99

Remisser till vårdcentral föranleddes av symtom på obehandlad astma, eksem, oklar allergi, uppföljning efter urinvägsinfektion, utredningskrävande mag- eller huvudvärk, kronisk förstoppning, kronisk trötthet, ledbesvär eller andra symtom som krävde fortsatt uppföljning, utredning eller behandling i primärvården.

Remisserna till barnspecialist avsåg tillväxtavvikelse med avplaning av längdtillväxt, för tidig pubertet, fetma, behov av barnneurologisk bedömning av psykomotorisk utvecklingsavvikelse, epilepsi som krävde fortsatt uppföljning med mera. Kronisk öroninflammation och hörselnedsättning, synnedsättning med tidigare ögonläkarkontakt som avbrutits motiverade remiss till specialistundersökning.

De barn som remitterades till skolhälsovård hade behov av grundvaccinering enligt nationella program.

Barn som remitterades till specialisttandvård hade uttalad tandvårdsrädsla och mycket uttalad karies.

Under rubriken ”bedömning/åtgärd” i utlåtandet föreslogs att socialtjänsten skulle vara behjälplig att beställa tid till och att tillsammans med barnen följa upp så att adekvat tandhälsovård genomfördes.

Psykisk hälsa

I enlighet med klassifikationssystemen ICD-10 och DSM IV dokumenterades symtom på psykisk ohälsa efter om de var varaktiga, hindrade den unge att fungera och utvecklas optimalt samt orsakade lidande. Det bör påpekas att metodiken har fokus på individen, inte på bakomliggande orsaker till den psykiska ohälsan, barnets resurser eller om risk- och skyddsfaktorer i miljön.

Symtom på psykisk ohälsa delades in i två huvudkategorier:

1. Internaliserade symtom: sinnesstämnings- och ångestproblem, psykosomatiska besvär och självdestruktivitet
2. Externaliserade symtom: hyperaktivitets- och uppmärksamhetsproblem, norm- och regelbrytande beteende

Indelningen används i andra vetenskapliga sammanhang, men är inte oproblematiserad eftersom externaliserade och internaliserade problem ofta förekommer samtidigt.

Drygt hälften av barnen hade minst en indikation på psykisk ohälsa som uppfyllde ovanstående kriterier. Pojkar var överrepresenterade i åldersgrupperna 0–6 och 7–12 år medan andelen flickor dominerade i tonårsgruppen 13–18 år. Dessutom hade nästan vart femte barn i studien minst tre indikationer på psykisk ohälsa. I denna mindre grupp fanns fler pojkar än flickor, 14 jämfört med 8.

Tabell 11. Förekomst av minst en indikation på psykisk ohälsa. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Ålder	Pojkar	Flickor	Totalt
0–6 år	9 av 24 (38 procent)	3 av 20 (15 procent)	12 av 44 (27 procent)
7–12 år	17 av 22 (77 procent)	7 av 13 (54 procent)	24 av 35 (69 procent)
13–18 år	14 av 21 (67 procent)	18 av 20 (90 procent)	32 av 41 (78 procent)
Totalt	40 av 67 (60 procent)	28 av 53 (53 procent)	68 av 120 (57 procent)

Jämfört med beräkningar och statistik på nationell nivå från statliga utredningar och myndigheter var andelen barn med indikationer på psykisk ohälsa avsevärt högre i undersökningsgruppen [30, 31, 32].

Internaliserade och externaliserade symtom

Förekomsten av internaliserade problem var något vanligare hos flickorna och externaliserade problem något vanligare bland pojkarna i materialet. I hela gruppen hade drygt hälften av barnen problem av internaliserad karaktär och nästan en tredjedel problem av externaliserad karaktär.

Tabell 12. Förekomst av internaliserade problem. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Ålder	Pojkar	Flickor	Totalt
0–6 år	7 av 24 (29 procent)	5 av 20 (25 procent)	12 av 44 (27 procent)
7–12 år	14 av 22 (64 procent)	5 av 13 (38 procent)	19 av 35 (37 procent)
13–18 år	12 av 21 (57 procent)	18 av 20 (90 procent)	30 av 41 (49 procent)
Totalt	33 av 67 (49 procent)	28 av 53 (53 procent)	61 av 120 (51 procent)

Tabell 13. Förekomst av externaliserade problem. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Ålder	Pojkar	Flickor	Totalt
0–6 år	6 av 24 (25 procent)	0 av 20 (0 procent)	6 av 44 (14 procent)
7–12 år	11 av 22 (50 procent)	5 av 13 (39 procent)	16 av 35 (46 procent)
13–18 år	5 av 21 (24 procent)	10 av 20 (50 procent)	15 av 41 (37 procent)
Totalt	22 av 67 (33 procent)	15 av 53 (28 procent)	37 av 120 (31 procent)

Sinnesstämnings- och ångestproblem

Drygt en femtedel av samtliga barn bedömdes ha varaktiga symtom av nedstämdhet och ångest. Denna grupp utgjorde cirka 40 procent av samtliga barn i undersökningsgruppen med symtom på psykisk ohälsa. Flickorna dominerade bland de barn som bedömdes ha varaktiga symtom av nedstämdhet och ångest.

Enligt nationella data beräknas av sinnesstämnings- och ångestproblem förekomsten bland alla skolbarn till en till två procent och bland tonåringar till cirka sex procent. Besvär som inte kräver vård eller behandling återfinns hos 10-15 procent av tonåringar och är ungefär tre gånger så vanligt bland flickor som bland pojkar [33].

Tabell 14. Förekomst av sinnesstämnings- och ångestbesvär. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Ålder	Pojkar	Flickor	Totalt
0–6 år	2 av 24 (8 procent)	3 av 20 (15 procent)	5 av 44 (11 procent)
7–12 år	7 av 22 (32 procent)	3 av 13 (23 procent)	10 av 35 (29 procent)
13–18 år	2 av 21 (10 procent)	8 av 20 (38 procent)	10 av 41 (24 procent)
Totalt	11 av 67 (16 procent)	14 av 53 (26 procent)	25 av 120 (21 procent)

Psykosomatiska besvär

Vart femte barn i undersökningsgruppen, 14 pojkar och 10 flickor, hade psykosomatiska besvär. I tabell 15 redovisas psykosomatiska besvär som ett sammansatt mått bestående av huvudvärk, magont, ryggont, yrsel.

Tabell 15. Förekomst av psykosomatiska besvär. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Ålder	Pojkar	Flickor	Totalt
0–6 år	3 av 24 (13 procent)	1 av 20 (5 procent)	4 av 44 (9 procent)
7–12 år	5 av 22 (23 procent)	1 av 13 (8 procent)	6 av 35 (17 procent)
13–18 år	6 av 21 (29 procent)	8 av 20 (40 procent)	14 av 41 (34 procent)
Totalt	14 av 67 (21 procent)	10 av 53 (19 procent)	24 av 120 (20 procent)

Självdestruktivt beteende

Med självdestruktivt beteende menas att avsiktligt – men utan avsikt att begå självmord – skada sin kropp. Vanliga exempel på självdestruktivt beteende är hudskärning, rispning, bränning, överdrivet tablettbruk och slag mot kroppen. Resultaten i undersökningsgruppen överensstämmer väl med vad som anges i nationella data [34].

Tabell 16. Förekomst av självdestruktivt beteende bland barn i åldern 7–18 år. Antal barn och andel av 76 barn i procent

Ålder	Pojkar	Flickor	Totalt
7–12 år	2 av 22 (9 procent)	1 av 13 (8 procent)	3 av 35 (14 procent)
13–18 år	2 av 21 (9 procent)	1 av 20 (5 procent)	3 av 41 (7 procent)
Totalt	4 av 43 (9 procent)	2 av 33 (6 procent)	6 av 76 (8 procent)

Hyperaktivitets- och uppmärksamhetsproblem

Nästan var tredje pojke och var femte flicka i undersökningsgruppen besvärades av hyperaktivitet eller uppmärksamhetsproblem. Bland samtliga barn i skolåldern beräknas cirka 5 procent av alla barn i skolåldern motsvara kriterierna för diagnoserna ADHD, enligt olika vetenskapliga översikter [35].

Tabell 17. Förekomst av hyperaktivitet eller uppmärksamhetsproblem. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Ålder	Pojkar	Flickor	Totalt
0–6 år	4 av 24 (17 procent)	0 av 20 (0 procent)	4 av 44 (9 procent)
7–12 år	11 av 22 (50 procent)	4 av 13 (31 procent)	15 av 35 (43 procent)
13–18 år	5 av 21 (24 procent)	10 av 20 (50 procent)	15 av 41 (37 procent)
Totalt	20 av 67 (30 procent)	14 av 53 (26 procent)	34 av 120 (28 procent)

Norm- och regelbrytande beteende

Andelen barn med normbrytande beteende i undersökningsgruppen var mindre än en tiondel. Det överensstämmer väl med vad som anges i nationella data [36].

Tabell 18. Förekomst av normbrytande beteende. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Ålder	Pojkar	Flickor	Totalt
0–6 år	1 av 24 (4 procent)	0 av 20 (0 procent)	1 av 44 (2 procent)
7–12 år	2 av 22 (9 procent)	2 av 13 (15 procent)	2 av 35 (6 procent)
13–18 år	2 av 21 (10 procent)	1 av 20 (5 procent)	3 av 41 (7 procent)
Totalt	5 av 67 (8 procent)	3 av 53 (6 procent)	8 av 120 (7 procent)

Kontakt med barn- och ungdomspsykiatri

Kontakten med barn- och ungdomspsykiatri var jämnt fördelad mellan flickor och pojkar, 13 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna hade sådan kontakt.

Tabell 19. Förekomst av kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Antal barn och andel av alla 120 barn i procent

Ålder	Pojkar	Flickor	Totalt
0–6 år	4 av 24 (17 procent)	0 av 20 (0 procent)	4 av 44 (9 procent)
7–12 år	2 av 22 (9 procent)	1 av 13 (8 procent)	3 av 35 (9 procent)
13–18 år	3 av 21 (14 procent)	7 av 20 (35 procent)	10 av 41 (24 procent)
Totalt	9 av 67 (13 procent)	8 av 53 (15 procent)	17 av 120 (14 procent)

Av de barn i undersökningsgruppen som hade minst en indikation på psykisk ohälsa hade bara en fjärdedel kontakt med barnpsykiatrisk klinik eller mottagning.

Medicinering

Sju barn i undersökningsgruppen hade ordination på regelbunden medicinering från läkare med psykofarmaka. Två barn använde centralstimulantia och medel mot sömnrubbning. Ett barn använde neuroleptika och lugnande medel. I gruppen av barn som använde centralstimulantia på grund av diagnosticerad ADHD var tre flickor och två pojkar. Samtliga dessa barn var över 12 år gamla.

Remisser

Vart tionde barn remitterades till barnpsykiatri för vidare undersökning och vård. Samtliga dessa remisser föranleddes av internaliserade problem som depression, sorgereaktion, ångest samt koncentrationsproblem. Inget barn remitterades på grund av externaliserade problem.

Diskussion

Tidigare studier och uppföljningar har visat att barn som har varit i samhällsvård löper stora risker för att utveckla fysisk och psykisk ohälsa och att deras behov inte uppmärksammas och tillgodoses tillräckligt väl trots det särskilda ansvar som samhället tagit på sig för dem genom placeringen. Denna studie visar att det dessa frågor ofta också behöver uppmärksammas *innan* en utredning inom socialtjänsten blir aktuell, även om resultaten inte ska tolkas som en beskrivning av den procentuella fördelningen av fysisk och psykisk hälsa bland alla barn vars behov utreds av socialtjänsten.

Som grupp uppvisade de läkarundersökta barnen en stor sårbarhet och det går inte att bortse från risker för allvarlig framtida ohälsa för många av barnen. Några exempel på det ger följande resultat från studien:

- Andelen barn i studien som genomfört hörsel- och synundersökningar samt de allmänna vaccinationer som erbjuds alla barn i Sverige låg långt under andelarna för alla barn i landet.
- Förekomsten av allergirelaterade sjukdomar var vanlig i alla åldersgrupper och på betydligt högre nivå än motsvarande tillgängliga nationella data.
- Mer än en tredjedel av barnen i åldrarna 7–18 år hade övervikt eller fetma.
- Den förebyggande tandhälsovården var kraftigt eftersatt bland barnen. Cirka hälften av barnen i skolåldern hade uppenbart behov av tandläkarbehandling på grund av karies.
- Hög förekomst av psykisk ohälsa hos de 120 barn som ingår i studien. Större förekomst av psykisk ohälsa hos pojkarna än hos flickorna. Mer än hälften av barnen hade minst en indikation på psykisk ohälsa och nästan en femtedel av dem hade minst tre indikationer på psykisk ohälsa.
- 30 procent av pojkarna och 26 procent av flickorna hade indikationer på hyperaktivitet eller uppmärksamhetsproblem.
- Endast vart fjärde barn med minst en indikation på psykisk ohälsa hade kontakt med barnpsykiatrin.
- Totalt remitterades vartannat barn för fortsatt utredning och vård till somatisk mottagning eller till BUP, varav 80 procent hade fysiska symtom. Många barn behövde flera remisser.

Det bör framhållas att dessa resultat både gäller barnens *fysiska* och *psykiska* hälsa. De problem som aktualiseras i samband med socialtjänstens utredning handlar inte minst om grundläggande fysiska hälsofrågor som syn, hörsel, vaccinationer och vikt. Samtidigt visar resultaten på stora möjligheter att tidigare upptäcka tecken på allvarliga psykisk ohälsa och att ge stöd som förebygger svårare problem. Resultaten pekar också på vikten av att sambandet mellan fysisk och psykisk hälsa uppmärksammas inom vården och omsorgen. Flera tidigare studier har visat att kroppslig ohälsa ökar förekomsten av psykisk ohälsa [37].

Med tanke på de omfattande problem som framkommit i studien är det särskilt allvarligt att de hälsovårdande verksamheterna inte tidigare har nått de barn som ingått i studien eller undersökt deras situation och behov tillräckligt

väl. Det behövs effektivare arbetssätt för att bevaka hälsan hos barn som inte har vuxna som kan stödja och företräda dem så att de inte ska riskera att bli utan den hälsovård som är avsedd för alla barn. Resultaten från denna studie indikerar att det nät som är tänkt att fånga upp tecken på ohälsa har för grova maskor och att hälsovården inte förmår att nå de barn som lever i riskmiljöer. Socialstyrelsen har i vägledningar för barnhälsovården och elevhälsan pekat på vikten att insatser för barn som löper högre risk att drabbas av ohälsa och ogynnsam utveckling [2, 5].

Resultaten understryker också vikten av att socialtjänsten får ett tydligt och användbart stöd i BBIC för att undersöka barnens hälsa inför en placering. Anvisningarna för läkarundersökning i BBIC omfattar inga standardiserade och diagnostiska instrument när det gäller psykisk hälsa.

I denna studie ställdes särskilt riktade kliniska frågor om barnens psykiska hälsa en erfaren barnpsykologs kunskap inom området. Det pekar på behovet av att sådana instrument behöver bli en del av hälsoundersökningar av barn i samband med utredning inom socialtjänsten. Socialstyrelsens Metodguide för socialt arbete (tillgänglig på www.socialstyrelsen.se) ger en översikt av det aktuella kunskapsläget när det gäller bedömningsmetoder för barns och ungas psykiska hälsa.

Referenser

1. Sveriges överenskommelser med främmande makter: Nr 20. FN:s konvention om barnets rättigheter. New York den 20 november 1989. Stockholm: Regeringen; 1990.
2. Vägledning för barnhälsovården. Falun: Socialstyrelsen; 2014.
3. Barns hälsa, vård och omsorg 2013. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.
4. Wallby T. Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter föräldrars amning, rökvanor och kontakter med BVC. Doktorsavhandling. Uppsala: Uppsala universitet; 2012.
5. Vägledning för elevhälsan. Falun: Socialstyrelsen & Skolverket; 2014.
6. Elevhälsa. Sammanställning av rektorernas samtliga svar uppdelade på fristående och kommunala huvudmän. Stockholm: Skolinspektionen; 2011.
7. Karies hos barn och ungdomar – Epidemiologiska uppgifter för år 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
8. Mellner C, Biterman D. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport. Barn och ungas hälsa vård och omsorg 2013. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.
9. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering i kommuner och landsting. Västerås: Socialstyrelsen; 2008.
10. Kling S. Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Malmö 2010-12-15.
11. 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*, 2004; 83:367-380.
12. Jaudes P K, Bilaer L, Goerge R, Catania C. (2014). Improving access to health care for foster children: the Illinois Model. *Child Welfare*; 2014; 83:215-238.
13. Hjern A, Vinnerljung B. (2002). Health care for children in foster and residential care. *Acta Paediatrica*, 2002; 91:1153-1154.
14. Vinnerljung B, Hjern A, Lindblad F. Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47:723-733.
15. Andersson J, Kronvall B, Nilsson, I. Barn i familjehemsvård – skolgång och psykisk hälsa hos familjehemsplacerade barn i åldern 7 – 21 år. Malmö: Malmö stad; 2006.
16. Dartingtonprojektet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
17. Placerade barns skolgång och hälsa- ett gemensamt ansvar. Stockholm: Socialstyrelsen & Skolverket; 2013.
18. Samverkan för barn bästa – en vägledning om barns behov insatser från flera aktörer. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.

19. Barns behov i Centrum – Formulär och stöddokument. Västerås: Socialstyrelsen; 2011.
20. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization WHO; 1992.
21. American Psychiatric Association. DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
22. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
23. Vaccinationsstatistik från barnvårdscentralerna 2011, gällande barn födda 2008. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2012.
24. Vaccinationsstatistik från skolhälsovården. Elever i årskurs 6, läsåret 2010/11. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2012.
25. Neovius M, Rasmussen F. Alarmerande siffror för övervikt och fetma i Sverige och världen. Läkartidningen. 2011; 49:2566–8.
26. Läkemedelsboken 2014. Uppsala: Läkemedelsverket; 2013.
27. Fetma – problem och åtgärder. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002.
28. Miljöhälsoenkät 2011 – åldrarna 6–10 mån, 4 och 12 år. Enkätundersökning 2011. Uppdragsgivare: Socialstyrelsen. Teknisk rapport. Statistiska centralbyrån, enkätenheten; 2011.
29. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Drogutvecklingen i Sverige 2011. Stockholm: CAN, Rapport nr. 130; 2011.
30. Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén (SOU 1997:8).
31. Det gäller livet. Betänkande av Barnpsykiatrikommittén (SOU 1998:31).
32. Upp till 18 – fakta om barn och ungdom. Stockholm: Barnombudsmannen & Statistiska centralbyrån; 2010.
33. Olsson G I, von Knorring A L. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. Acta Psychiatr Scand. 1999; 99:324–31.
34. Skador och förgiftningsbehandlingar i slutenvård 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
35. ADHD hos barn och vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
36. Andershed H, Andershed A-K. Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen? Stockholm: Gothia förlag; 2005.
37. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization WHO; 2001.