

# **Hälsoundersökningar av barn- och unga som vårdas utanför det egna hemmet.**

**– En kvalitativ kartläggning med fokus på förutsättningar för fortsatt implementering av hälsoundersökningar i Gävleborgs län**

Charlotte Roos

FoU Välfärd

Arbetsrapport 2024:2

## Sammanfattning

Syftet med kartläggningen var att utforska förutsättningar för fortsatt implementering gällande hälsoundersökningar av barn- och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Data har samlats in genom intervjuer med personer som arbetar inom barn- och ungdomssjukvård samt på barnvårdscentraler och hälsocentraler i primärvården. Data har analyserats utifrån ett ramverk för implementering som har fokus på implementeringsprocessen när det gäller insatsen (det som ska implementeras), den yttre och den inre kontexten. Resultatet visade att hälsoundersökningar av barn/unga som vårdas utanför det egna hemmet ses som en angelägen och viktig uppgift inom hälso- och sjukvården. Samverkan med socialtjänsten, vårdnadshavare, skola och hälso- och sjukvården är central, och dessa aktörer bidrar alla med viktig bakgrundsinformation inför hälsoundersökningen. Bakgrundsmaterialet är viktigt för att läkaren ska kunna göra en korrekt bedömning av barnets/den ungas hälsa och fortsatta vård- och behandling, och därav är det viktigt att processen kring att inhämta bakgrundsinformation fungerar väl. Hälsoundersökningar av barn/unga som vårdas utanför det egna hemmet beskrivs vara en uppgift som genomförs mer sällan än andra uppgifter. Därav kan det vara svårt att bibehålla sin kompetens inom området och behovet av tillgång till mer erfarna kollegor samt lokalt utarbetade rutiner och mallar för dokumentation betonas.

## Innehåll

1.	Bakgrund.....	1
2.	Syfte och frågeställningar.....	1
2.1	Syfte.....	1
2.2	Frågeställningar.....	1
3.	Metod.....	2
3.1	Design.....	2
3.2	Datinsamling, deltagare och kontext.....	2
3.3	Dataanalys.....	2
3.4	Etiska överväganden .....	3
4.	Resultat.....	4
4.1	Organisationens yttre kontext.....	5
4.2	Organisationens inre kontext.....	6
4.3	Hälsoundersökningen.....	8
5.	Slutsatser och rekommendationer.....	9
	Referenser .....	11

## 1. Bakgrund

Tidigare forskning visar att barn- och unga som vårdas utanför det egna hemmet har en sämre fysisk och psykisk hälsa jämfört med andra barn- och unga. Alla barn- och unga, 0-20 år, som vårdas utanför det egna hemmet har sedan 2017 enligt lag rätt till en hälsoundersökning som omfattar fysisk, psykisk och oral hälsa. Ungefär samtidigt som lagens tillkomst infördes också bestämmelser om att regioner och kommuner ska ingå länsöverenskommelser som klargör ansvarsfördelning och formerna för hur arbetet med hälsoundersökningar ska samordnas (Socialstyrelsen 2024). I Gävleborg antogs den första länsöverenskommelsen i nuvarande form år 2016.

Överenskommelsen har sedan reviderats vid tre tillfällen, senast hösten år 2021. Enligt länsöverenskommelsen ska barn 0-5 år hälsoundersökas vid barnavårdscentral, barn 6-12 år hälsoundersöks inom barn- och ungdomssjukvården och unga 13-20 år hälsoundersöks vid hälsocentral. En hälsoundersökning ska erbjudas inom en månad från det att en begäran inkommit till hälso- och sjukvården. Det skriftliga svaret ska skickas tillbaka till socialtjänsten så snart som möjligt, dock senast tio dagar efter genomförd hälsoundersökning (Region Gävleborg 2022).

## 2. Syfte och frågeställningar

### 2.1 Syfte

Att kartlägga och utforska förutsättningar för fortsatt implementering gällande hälsoundersökningar av barn- och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

### 2.2 Frågeställningar

Vilka svårigheter/hinder upplevs idag vad gäller implementering av hälsoundersökningar av barn- och unga som vårdas utanför det egna hemmet?

Vilka förbättringar och/eller lösningar finns vad gäller hälsoundersökningar av barn- och unga som vårdas utanför det egna hemmet?

Vilka förutsättningar för implementering behövs vad gäller hälsoundersökningar av barn- och unga som vårdas utanför det egna hemmet?

## 3. Metod

### 3.1 Design

Projektet genomfördes som en kvalitativ kartläggning.

### 3.2 Datainsamling, deltagare och kontext

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer som genomfördes inom barn- och ungdomssjukvården samt på barnavårdscentraler och hälsocentraler i primärvården i region Gävleborg. Privata hälsocentraler avböjde deltagande i kartläggningen. Ansvariga chefer inom respektive verksamhet kontaktades och informerades om kartläggningen. Dessa chefer bidrog sedan med förslag på namn på lämpliga personer att intervjua i verksamheten. Dessa personer kontaktades, fick information om kartläggningen och vad deltagande i kartläggningen skulle innebära samt att de tillfrågades om att delta i intervju. I kartläggningen genomfördes tio intervjuer. Från barn- och ungdomssjukvården deltog medicinska sekreterare samt verksamhetschef för läkare. Från barnavårdscentraler deltog BVC-sköterskor och läkare ansvariga för BVC och från hälsocentraler deltog vårdutvecklare, läkare och verksamhetschef. Vid datainsamling användes en intervjuguide som hade fokus på kartläggningens frågeställningar. Samtliga intervjuer spelades in digitalt och tilldelades en kod.

### 3.3 Dataanalys

Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Analysen hade en deduktiv ansats utifrån ett ramverk för implementering – The Consolidated Framework for Implementation research (CFIR) (Damschroeder 2022). CFIR är ett ramverk som används i forsknings- och utvecklingsprojekt för att förstå och stödja implementeringsprocesser. Ramverket används för att kartlägga och förstå de faktorer som påverkar implementeringsprocessen och dess utfall i olika kontexter. Ramverket kan också användas för att utvärdera utfallet av en intervention/insats. De faktorer som påverkar implementeringen delas in i kategorier, se tabell 1.

Data analyserades i följande steg:

1. Intervjuerna transkriberades ordagrant.
2. Intervjuerna lästes igenom i sin helhet.
3. Innehåll relaterat till domän 1, 2 och 3 i ramverket CFIR identifierades och sorterades in i matriser, en för vardera kategori.

Tabell 1: Kategorier i CFIR

1.	Organisationens yttre kontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagar och policys</li> <li>• Samverkan med externa aktörer</li> <li>• Patienters/klienters behov</li> </ul>
2.	Organisationens inre kontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förändringsklimat</li> <li>• Ledarskap</li> <li>• Hur väl utvecklingsarbetet stämmer överens med verksamhetens värderingar och kan integreras med rådande strukturer inom verksamheten</li> </ul>
3.	Insatsens karaktäristika	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatsens vetenskapliga evidens</li> <li>• Insatsens komplexitet</li> <li>• Insatsens anpassningsbarhet</li> </ul>
4.	Egenskaper hos individer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitering</li> </ul>
5.	Processrelaterade faktorer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planering</li> <li>• Aktiviteter</li> <li>• Genomförande</li> <li>• Uppföljning</li> </ul>

### 3.4 Etiska överväganden

I kartläggningen samlades inga *känsliga* personuppgifter in då syftet och frågeställningarna hade fokus på organisatoriska förutsättningar och svårigheter gällande implementering av hälsoundersökningar av barn- och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Personuppgifter samlades dock in i form av inspelade intervjuer. De inspelade intervjuerna sparades med kodnamn och intervjuer och kodlista förvaras i en mapp på Region Gävleborgs server i tio år. Endast utredare på FoU välfärd har tillgång till mappen. Deltagande i utvärderingen var frivilligt och kunde när som helst avbryta utan att ange skäl för det.

## 4. Resultat

Resultatet presenteras nedan i löpande text under kategorierna: organisationens yttre kontext, organisationens inre kontext och insatsens (hälsundersökningens) karaktäristika. För översikt av kategorier med tillhörande subkategorier, se tabell 2.

Tabell 2: Översikt av kategorier och subkategorier

<b>Kategori</b>	<b>Subkategori</b>
Organisationens yttre kontext	Kontakt med socialtjänst
	Kontakt med vårdnadshavare
	Kontakt med skolhälsovård
	Kontakt med hälso- och sjukvård
Organisationens inre kontext	Organisering av administration
	Organisering av läkare
Hälsundersökningen	Vikten av att bibehålla kompetens för att kunna genomföra hälsundersökningen
	Vikten av tillräckligt med avsatt tid för att genomföra hälsundersökningen

## 4.1 Organisationens yttre kontext

Resultatet visar att den yttre kontexten är central för hälsoundersökningar av de barn/unga som vårdas utanför det egna hemmet. I den yttre kontexten finns socialtjänst, vårdnadshavare, skola och övrig hälso- och sjukvård, vilka alla bidrar till bakgrundsinformation om barnet/den unga som ska genomgå en hälsoundersökning. Vikten av att den läkare som ska genomföra hälsoundersökningen har tillräckligt med bakgrundsinformation betonas starkt i kartläggningen. Bakgrundsmaterialet är viktigt för att läkaren ska kunna göra en korrekt bedömning av barnets/den ungas hälsa. Vid läkarundersökningen ska läkaren beskriva bakgrunden samt nuvarande och framtida vårdbehov vilket beskrivs vara svårt vid avsaknad av tillräcklig bakgrundsinformation.

### 4.1.1 Kontakt med socialtjänst

Hälsoundersökningen initieras av att det inkommer en begäran om hälsoundersökning från socialtjänsten. Det betonas att det är viktigt att socialtjänsten skickar begäran till rätt verksamhet dvs till BVC om barnet är mellan 0-5 år, till barn- och ungdomssjukvården om barnet är mellan 6-12 år och till hälsocentral om barnet/den unga är mellan 13-20 år. När det gäller begäran om hälsoundersökningar beskrivs vikten av att den är tydligt och tillräckligt ifylld vad gäller bakgrundsinformation om barnet samt att den innehåller aktuella kontaktuppgifter till vårdnadshavare. Vad gäller bakgrundsinformationen beskrivs det vara av stor vikt att det finns angivet vilken skola barnet går på/har gått på. Om det saknas information i begäran måste socialtjänsten kontaktas, och det finns beskrivningar av att det kan vara svårt att komma i kontakt med rätt socialsekreterare för att få kompletterande information vilket kan fördröja hälsoundersökningen. En förbättring som lyfts fram är om mallen för begäran kan utvecklas och bli tydligare. Processen kring begäran beskrivs oftast fungera bra i kontakten med socialtjänsten i Gävleborgs län, men kan vara svårare när samverkan sker med socialtjänsten i andra län som har andra rutiner.



#### **4.1.2 Kontakt med vårdnadshavare**

När begäran om hälsoundersökning har inkommit inhämtas samtycke från vårdnadshavare, för att få tillgång till information i barnets/den ungas journaler. Om inhämtandet av samtycke tar lång tid fördröjer det genomförandet av hälsoundersökningen. Det som beskrivs fördröja processen är när brev gällande samtycke skickas till vårdnadshavare, den processen beskrivs ofta ta flera veckor innan samtycket är undertecknat av vårdnadshavare och åter till den verksamhet som ska genomföra hälsoundersökningen. Processen beskrivs dock fungera bättre när vårdnadshavare kontaktas via telefon och lämnar muntligt samtycke som sedan dokumenteras i journalen. Det finns informanter som beskriver att de kontaktar vårdnadshavare för att inhämta muntligt samtycke via telefon redan samma dag som begäran om hälsoundersökning inkommer. Detta beskrivs avsevärt förkorta processen från begäran till genomförd hälsoundersökning. En förbättring som lyfts fram som önskvärd är möjligheten att ordna med digitalt samtycke från vårdnadshavare.

#### **4.1.3 Kontakt med skolhälsovården**

Inför hälsoundersökningen behöver information samlas in från skolhälsovården. Bakgrundsinformation från skolhälsovården beskrivs vara viktig information för den läkare som ska genomföra hälsoundersökningen. Bakgrundsinformationen kan tex handla om läs- och skrivsvårigheter, beteendeproblematik osv. När det gäller att få tillgång till bakgrundsinformation från skolhälsovården beskrivs hinder. Det främsta hindret beskrivs vara att det är svårt att komma i kontakt med skolhälsovården och detta leder till att genomförandet av hälsoundersökningen kan fördröjas.

#### **4.1.4 Kontakt med hälso- och sjukvården**

Processen kring att få tillgång till bakgrundsinformation från hälso- och sjukvården beskrivs oftast fungera bra.

### **4.2 Organisationens inre kontext**

Resultatet visar att den inre kontexten är central för hälsoundersökningar av de barn/unga som vårdas utanför det egna hemmet. Den inre kontexten utgörs av verksamheten där hälsoundersökningarna genomförs dvs inom barnavårdscentral, barn- och ungdomssjukvården och hälsocentral. När det gäller den inre kontexten visar resultatet att organisering av administration och organisering av läkare är viktiga aspekter.

#### 4.2.1 Organisering av administration

I samtliga verksamheter finns någon eller några personer som har ansvar för administrationen kring hälsoundersökningarna. Administrationen innebär att ta emot begäran om hälsoundersökning, inhämta samtycke från vårdnadshavare, inhämta bakgrundsinformation samt boka in tid för hälsoundersökningen. Organiseringen av administrationen ser olika ut i olika verksamheter, men det lyfts fram som viktigt att det är känt i organisationen vem som gör vad i processen kring hälsoundersökningarna. Den samlade bilden från administratörer är att det är viktigt att den administrativa processen fungerar så att barnet/den unga kan få hälsoundersökningen så fort som möjligt.

*"Jag vill hjälpa så mycket som jag kan från min yrkesroll och göra mitt bästa för att barnet ska få komma så fort som möjligt, för den kanske behöver träffa en läkare."*

(Medicinsk sekreterare)

#### 4.2.2 Organisering av läkare

Organiseringen av läkare som genomför hälsoundersökningar ser olika ut i olika verksamheter. När det gäller barn 0-5 år som ska hälsoundersökas på BVC visar kartläggningens resultat att det oftast är den ordinarie läkaren på BVC som genomför hälsoundersökningen. En anledning till det beskrivs vara att barnet inte ska behöva träffa så många olika läkare. När det gäller barn 6-12 år som ska hälsoundersökas inom barn- och ungdomssjukvården visar kartläggningens resultat att hälsoundersökningarna genomförs av samtliga läkare som arbetar i verksamheten. När det gäller barn/unga 13-20 år som ska hälsoundersökas på hälsocentral visar kartläggningens resultat att det varierar mer hur man har löst det. I vissa fall är det en läkare på hälsocentralen som har ansvar för samtliga hälsoundersökningar, i vissa fall har en läkare ansvar för samtliga hälsoundersökningar vid flera hälsocentraler och i vissa fall har läkare på hälsocentralen fördelat ansvaret för hälsoundersökningarna. Den samstämmiga uppfattningen bland läkare på hälsocentraler vad gäller organiseringen av hälsoundersökningarna är dock att man inte bör lägga hälsoundersökningen på en oerfaren läkare och inte heller på läkare som befinner sig en begränsad tid på hälsocentralen.

*"Det är ju jättesvårt att slänga ut ett sånt här uppdrag till någon ny läkare eller någon som dyker upp någon vecka bara här och där."*

(Läkare primärvård)

### 4.3 Hälsoundersökningen

Resultatet visar att hälsoundersökningar av barn/unga som vårdas utanför det egna hemmet ses som en angelägen uppgift som dock genomförs mer sällan än andra uppgifter. Därav betonas, bland administratörer, sjuksköterskor och läkare, vikten av att bibehålla sin kompetens inom området. Organisatoriska förutsättningar i form av tillräckligt med tid för att genomföra hälsoundersökningarna betonas också.

#### 4.3.1 Vikten av att bibehålla kompetens för att kunna genomföra hälsoundersökningen

Hälsoundersökningar av barn/unga som vårdas utanför det egna hemmet beskrivs både bland administratörer sjuksköterskor och läkare vara en uppgift som genomförs mer sällan än andra uppgifter. Det i sig beskrivs kunna leda till svårigheter att bibehålla sin kompetens inom området. Därtill beskrivs upplevelser kring att känna sig obekvämt med arbetsuppgiften, samt en rädsla för att göra fel då dessa barn som befinner sig i en utsatt situation.

*” Jag är otroligt rädd att göra fel med såhär utsatta barn, så jag är på tårna för att göra mitt bästa”.*

(Läkare primärvård)

Utifrån rädslan för att göra fel beskrivs vikten av att det finns tillgång till kollegor med mer erfarenhet av dessa hälsoundersökningar. Utifrån att hälsoundersökningarna beskrivs vara en sällanuppgift där det kan vara svårt att upprätthålla kompetens beskrivs vidare vikten av att ha lokalt anpassade rutiner. Länsöverenskommelsen i sig är känd men upplevs som alltför omfattande och tankar kring att bryta ned överenskommelsen till lokalt anpassade rutiner beskrivs. I detta sammanhang lyfts även vikten av att utarbeta lokalt anpassade mallar för dokumentation att utgå från vid hälsoundersökningen.

*” Vi hade en mall förut och den var väldigt utförlig. Då kunde en kollega ta ett barn åt mig när jag inte var här, då fungerade det för henne eftersom hon kunde följa mallen. Så den där mallen var till bra hjälp. Nu får jag sitta och försöka ta fram frågor själv, så jag saknar den där mallen. Om ett barn är omhändertaget enligt Socialtjänstlagen- undersök det här, vilka frågor ska jag fråga. Om ett barn är omhändertaget enligt LVU – undersök det här, vilka frågor ska jag fråga. Det tycker jag skulle kunna förbättras.”*

(Läkare primärvård)

#### 4.3.2 Vikten av tillräckligt med avsatt tid för att genomföra hälsoundersökningen

Hälsoundersökningen omfattar det fysiska och psykiska hälsotillståndet samt om det finns tecken på funktionsnedsättning. Hälsoundersökningen innehåller en kroppsundersökning, kontroll av hörsel och syn, bedömning av utveckling och tillväxt, ställningstagande till behov av vaccin, ställningstagande till läkemedelsbehandling, frågor om levnadsvanor, frågor om reproduktiv och sexuell hälsa utifrån barnets mognadsnivå, frågor om livslust, framtidstro och förekomst av tankar på att ta sitt liv samt observation av psykiska funktioner. Då hälsoundersökningen är omfattande betonas vikten av att tillräckligt med tid avsätts för att genomföra undersökningen. Ytterligare en aspekt som betonas är att läkaren vid besöket behöver skapa ett förtroende hos barnet. Många barn beskrivs ha varit utsatta för jobbiga situationer och de kan vara negativt inställda till vuxna och till vården. Att skapa ett förtroende i den situationen kräver tid, och om tiden vid undersökningen är för snålt tilltagen kan det få negativa konsekvenser, i form av att förtroende inte hinner upprättas.

*”Många barn är jätterädda att komma hit, så då måste man först försöka nå barnet på den nivån. Man kan inte tvinga sig på barnen utan behöver prata i lugn och ro och förklara vad man ska göra och varför. Behöver förklara att det är för deras skull man gör det.”*

(Läkare primärvård)

Ytterligare en aspekt som lyfts fram är att det kan komma barn där man inte känner till om de har farit illa, men finns det mer tid vid undersökningstillfället finns större chans att kunna upptäcka det.

### 5. Slutsatser och rekommendationer

- Hälsoundersökningar av barn/unga som vårdas utanför det egna hemmet beskrivs som en angelägen och viktig uppgift inom hälso- och sjukvården.
- Organiseringen av administrationen och genomförandet av hälsoundersökningarna anpassas till den kontext där hälsoundersökningen genomförs. Det är viktigt att organiseringen är känd i verksamheterna.
- Det är viktigt att processen kring att inhämta bakgrundsinformation, om barnet/den unga, från socialtjänsten, vårdnadshavare, skolhälsovården och hälso- och sjukvården fungerar. Bakgrundsinformationen är viktig för att läkaren ska kunna göra en korrekt bedömning av barnet/den ungas hälsa och fortsatta vård- och behandling.
- Vid hälsoundersökningen är det centralt för läkaren att skapa ett förtroende hos barnet. Därav är det viktigt att det finns tillräckligt med avsatt tid för hälsoundersökningen.

- Hälsoundersökningar av barn/unga som vårdas utanför det egna hemmet är en sällanuppgift och därav kan det vara svårt att bibehålla sin kompetens inom området.
- För att förbättra processen kring hälsoundersökningar av barn/unga som vårdas utanför det egna hemmet kan lokalt anpassade rutiner och mallar för dokumentation, utifrån länsöverenskommelsen, behöva utarbetas eller förtydligas.

## Referenser

Damschroeder, L., Reardon, C., Widerquist, M., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17:75.

Graneheim, UH., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.

Region Gävleborg. (2022). *Läkar- och hälsoundersökning samt tandhälsoundersökning placerade barn och unga*. <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-tandvard/samverkan-och-avtal/kommun--och-regionsamverkan/overenskommelser>

Socialstyrelsen. (2024). *Hälsoundersökningar av placerade barn och unga. Nationell kartläggning av hälsoundersökningar av placerade barn och unga*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-2-8949.pdf>