Uppsala kommun

Omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till omsorgsnämnden

Datum:
2021-09-07

Diarienummer:
OSN-2021-00352

Handläggare:
Evelyn Widenfalk Ehlin, Lena Sjöberg

Yttrande över delbetänkandet SOU 2021:34, Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar

1. **att** avge yttrande till Socialdepartementet enligt ärendets bilaga 1.

Ärendet

Socialdepartementet har remitterat betänkandet Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34) till Uppsala kommun för yttrande senast 3 oktober 2021. Uppsala kommun svarar genom omsorgsnämnden, socialnämnden och utbildningsnämnden i ett gemensamt yttrande.

Utredningen föreslår att det hälsobefrämjande arbetet ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga tas fram och implementeras i hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår också att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps samt att ett tydligt krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet införs. Betänkandet kan läsas i sin helhet via denna länk.

Beredning

Ärendet har beretts av vård och omsorgsförvaltningen, utbildningsförvaltningen och socialförvaltningen tillsammans.

Postadress: Uppsala kommun, vård- och omsorgsförvaltningen, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Fyrisborgsgatan 1
Telefon: 018-727 00 00 (Kontaktcenter)
E-post: vard-ochomsorgsforvaltningen@uppsala.se
www.uppsala.se

Föredragning

Utredarens främsta uppdrag har varit att se över förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga samt föreslå åtgärder som avlastar den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Åtgärderna ska vara inriktade mot förebyggande och hälsofrämjande insatser och en likvärdig vård för barn och unga i hela landet. I direktiven till utredningen anges att utredaren ska överväga möjligheten till ett gemensamt huvudmannaskap för primärvården, ungdomsmottagningarna och de medicinska delarna av elevhälsan. Regeringens utredare konstaterar att barn- och ungdomshälsovården är fragmentiserad med många huvudmän och vårdverksamheter och att det saknas en tydlig nationell styrning av verksamheterna. Det gäller såväl mödrahälsovården och barnhälsovården som ungdomsmottagningarnas verksamhetsformer och dess innehåll. Utredningen bedömer att elevhälsans insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa inte är tillräckliga. Kvalitet och omfattning av det hälsofrämjande arbetet är på många skolor personberoende. Utredningen föreslår insatser och åtgärder som ska förbättra samverkan mellan huvudmän och verksamheter och som ska främja det förebyggande hälsovårdsarbetet. Utredningen bedömer att en förändring av huvudmannaskapet för elevhälsans medicinska ansvar inte är möjligt i dagsläget mot bakgrund av att regionerna idag inte har förutsättningar att ta över verksamheten och att skolan har tydliga fördelar med att kunna följa barn och ungas utveckling genom den närhet till eleverna som skolan ger. I ett gemensamt yttrande föreslås att Uppsala kommun instämmer med utredningens förslag om åtgärder för att förbättra samverkan och främja förebyggande hälsovårdsarbete för barn och unga. Uppsala kommun instämmer också med utredningens bedömning att det medicinska ansvaret för elevhälsovården ska fortsätta att ligga under skolans ansvar. Utredningen har inte omfattat socialtjänstens förebyggande arbete men beskriver behovet av en bättre samverkan mellan alla verksamheter som arbetar hälsofrämjande med barn och unga. Huvudmannaskapet för ungdomsmottagningarna diskuteras i utredningen men ingen förändring föreslås. Däremot ser utredningen ett behov av en tydligare styrning av verksamheter som riktar sig till barn och unga och föreslår att utformningen av verksamheterna ska förtydligas i ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Uppsala kommun delar utredningens bedömning om behovet av en tydligare styrning och utredningens förslag om behovet ett nationellt hälsovårdsprogram.

Ekonomiska konsekvenser

Besvarandet av yttrandet innebär inga ekonomiska konsekvenser för nämnden.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2 september 2021
- Bilaga 1, Yttrande över delbetänkandet SOU 2021:34, Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga
- Bilaga 2, Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (del 1)
- Bilaga 3, Konsekvensanalyser av utredningens förslag

Omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Omsorgsnämnden
Yttrande

Datum:
2021-09-28

Diarienummer:
OSN-2021-00352

SocialdepartementetS2021/04102
s.remissvar@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Handläggare:
Evelyn Widenfalk Ehlin, Lena Sjöberg

Yttrande över delbetänkandet SOU 2021:34, Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Uppsala kommun har mottagit ovan rubricerad remiss för yttrande och kommunens synpunkter presenteras nedan

Sammanfattning

Uppsala kommun välkomnar de slutsatser som utredningen beskriver att det behövs en tydligare och mer enhetlig styrning av de verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga för att få till stånd en mer sammanhållen och likvärdig vård. Utredningens förslag att det behöver finnas förutsättningar för att den specialiserade vården att kunna utgöra ett konsultativt stöd för primärvården och elevhälsans medicinska insatser är mycket bra. Detta är förenligt med den omställning som nu pågår till en god och nära vård.

Kapitel 6.3 Nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

6.3.1 Inriktningen på det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga

Uppsala kommun instämmer i att framtagandet av ett nationellt hälsovårdsprogram är behövs för att skapa ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden.

Postadress: Uppsala kommun, omsorgsnämnden, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12
Telefon: 018-727 00 00 (Kontaktcenter)
E-post: omsorgsnamnden@uppsala.se
www.uppsala.se

Kapitel 6.4 Organisation, planering och samverkan i hälso- och sjukvården som riktar sig till barn och unga

6.4.1 Förstärkt samverkan mellan region och skolhuvudmän

Uppsala kommun instämmer i behovet av en stärkt samverkan och samordning och särskilt för barn och unga med stora och långvariga behov.

6.4.2 Hälso- och sjukvårdens samverkan och samordning med socialtjänst och tandvård behöver stärkas

Uppsala kommun anser att det ska förtydligas vem som bär ansvaret för uppföljning av ett patientkontrakt, när det används som ett verktyg för att samordna barns och ungas vårdinsatser.

6.4.3 Systematiskt arbetssätt med barns och ungas rättigheter och behov

Uppsala kommun instämmer med utredningens bedömning att samtliga huvudmän behöver systematiskt integrera barns och ungas rättigheter och behov i planeringen och organiseringen av hälso- och sjukvården.

6.4.5 Tryggare övergång från hälso- och sjukvård för barn

Uppsala kommun instämmer med utredningens bedömning att ett nationellt kunskapsstöd som stödjer en trygg övergång från barn- till vuxensjukvård behöver tas fram. Uppsala kommun anser att kunskapsstödet lämpligen genomförs inom ramen för regionernas organisation för kunskapsstyrning.

Kapitel 6.5 Fast vårdkontakt för barn och unga

6.5.3 Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt

Uppsala kommun instämmer att en fast vårdkontakt bör finnas där patienten finns och inte styra mot en specifik verksamhet. Kommunen delar utredningens bedömning om att barn och unga kan ha ett mer uttalat behov av fast vårdkontakt och det är angeläget att noggrant följa att barn och unga med behov ges den möjligheten.

Kapitel 6.6 Vägledning för rektorer och skolhuvudmän

Uppsala kommun instämmer i förslaget om behovet av att utforma en tydligare vägledning om rektors och skolhuvudmäns ansvar för hälso- och sjukvård och med en tydlig information om vad en fast vårdkontakt innebär för skolverksamheterna. Uppsala kommun anser även att kompetenskrav för verksamhetschef tydliggörs i vägledningen.

Om skolhuvudmännens ansvar för hälso- och sjukvården utökas med vägledningen så vill Uppsala kommun peka på behovet av en resursförstärkningar till kommunerna för att ge möjlighet att upprätta en god kvalitet utifrån ansvaret.

6.8 Förutsättningar för ett samlat huvudmannaskap för barn- och ungdomshälsovården

6.8.1 Primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser bör inte samlas under ett regionalt huvudmannaskap

Uppsala kommun instämmer i utredningens bedömning om att primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser inte bör samlas under ett regionalt huvudmannaskap. Den lokala elevhälsans fördelar är att den ligger nära eleverna och kan följa processerna bland personal och elever samt uppmärksamma problem tidigt.

Uppsala kommun anser att det finns behov av att hitta former för att förebygga fragmentiseringen. Uppsala kommun anser att det nationella hälsoprogrammet behöver stödja processen kring samverkan. Uppsala kommun anser även att begreppet primärvård behöver förtydligas i de fall som det är den regionala primärvården som avses.

Omsorgsnämnden

Angelique Prinz Blix
Ordförande

Peter Jernberg
Nämndsekreterare

Börja med barnen!

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

DELBETÄNKANDE AV UTREDNINGEN OM EN SAMMANHÅLLEN GOD OCH NÄRA VÅRD FÖR BARN OCH UNGA

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:34

Börja med barnen!

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Delbetänkande av Utredningen om
en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:34

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0092-7 (tryck)
ISBN 978-91-525-0093-4 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 28 november 2019 att uppdra åt en särskild utredare att se över förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir 2019:93). I utredningens uppdrag har ingått att föreslå insatser som ska bidra till en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. I uppdraget har även ingått att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa. Ett slutbetänkande ska lämnas senast den 1 oktober 2021.

Barnläkaren Peter Almgren förordnades den 1 december 2019 som särskild utredare. Utredningen har antagit namnet en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Den 19 mars 2020 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: departementssekreteraren Christopher Carlson, kanslirådet Hedvig Feltelius, departementssekretaren Linda Hindberg, departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder och departementssekretaren Jessika Yin.

Samma dag förordnades som sakkunniga: utredaren Rosita Claesson Wigand enhetschefen Anders Feijer, generalsekretaren Magnus Jägerskog, undervisningsrådet Timmy Larsson, och handläggaren Tyra Warfvinge.

Den 14 april 2020 förordnades kommundirektören Camilla Holmqvist att vara expert i utredningen. Den 6 juli 2020 förordnades direktören Charlotta Larsdotter som expert i utredningen.

Den 7 september 2020 entledigades kanslirådet Hedvig Feltelius som sakkunnig i utredningen och ersattes av kanslirådet Marie Törn. Den 1 oktober 2020 entledigades departementssekreteraren Linda Hindberg som sakkunnig i utredningen och ersattes av departementssekretaren Andrea Larsson. Den 20 oktober 2020 entledigades departementssekreteraren Jessika Yin som sakkunnig i utredningen.

Den 14 november 2020 entledigades departementssekreteraren Andrea Larsson som sakkunnig i utredningen och ersättes av departementssekreteraren Kalle Brandstedt. Den 22 januari 2021 entledigades departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder som sakkunnig i utredningen och ersattes den 1 mars 2021 av departementssekreteraren Nela Lalouni och ämnesrådet Tom Nilstierna.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 1 februari 2020 kanslirådet Klara Granat. Som sekreterare i utredningen anställdes den 10 februari 2020 utredaren Sandra Creutz. Sandra Creutz anställning som sekreterare i utredningen upphörde den 20 januari 2021. Som sekreterare i utredningen anställdes den 19 februari 2020 juristen Caroline-Olivia Elgán. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 april 2020 den digitala strategen Niklas Eklöf. Niklas Eklöfs anställning som sekreterare i utredningen upphörde den 29 januari 2021. Som senior rådgivare i utredningen anställdes den 1 april 2020 läkaren Göran Stiernstedt. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 december 2020 utredaren Ylva Malmquist och psykologen Antonia Reuter på deltid. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 januari 2021 strategen Frida Bjurström. Som sekreterare på deltid i utredningen anställdes den 11 januari 2020 juristen Nadja Zandpour.

Utredningen vill rikta ett särskilt tack till alla barn och unga som deltagit i utredningens arbete. Utredningen vill även tacka journalisten Ylva Mårtens för lån av frasen vi måste börja med barnen.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (2021:34).

Göteborg i maj 2021

/Peter Almgren

Klara Granat
Caroline-Olivia Elgán
Ylva Malmquist
Frida Bjurström
Nadja Zandpour
Antonia Reuter
Göran Stiernstedt

Innehåll

Sammanfattning **15**

God och nära vård för barn och unga – enkel sammanfattning **33**

1 Författningsförslag **39**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 39

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 41

1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 42

2 Utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande **43**

2.1 Utredningens uppdrag 43
2.1.1 Avgränsningar 44
2.1.2 Tidigare utredningar ligger till grund för utredningens uppdrag 47
2.1.3 Utgångspunkter 50
2.1.4 Betänkandets disposition 55

2.2 Utredningens genomförande 56
2.2.1 Expert- och referensgrupper 57
2.2.2 Dialoguppdraget 58
2.2.3 Särskilt om genomförandet av uppdraget om psykiska hälsa 59
2.2.4 Barns och ungas delaktighet och bidrag till utredningen 60

2.2.5 Samarbete med Tilia ... 61
2.2.6 Samverkan med berörda statliga utredningar ... 61

3 Gällande rätt ... 63

3.1 Allmänt om kapitlet ... 63

3.2 Allmänt om hälso- och sjukvårdslagen ... 63

3.3 Särskilda skyldigheter i fråga om barn ... 64

3.4 Kort om regionens ansvar som huvudman ... 65

3.5 Kort om kommunens ansvar som huvudman ... 66

3.6 Samverkan mellan region och kommun ... 66

3.7 Övergripande om vissa bestämmelser i patientlagen ... 67

3.8 Övergripande om vissa bestämmelser i patientsäkerhetslagen ... 68

3.9 Övergripande om vissa bestämmelser i skollagen ... 69

3.10 Barnkonventionen ... 70
3.10.1 Kort historik ... 70
3.10.2 De grundläggande principerna i barnkonventionen ... 71
3.10.3 Särskilt om barns rätt till hälsa och sjukvård ... 75
3.10.4 Några andra relevanta artiklar ... 81

3.11 Övergripande om skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet ... 82

4 Bakgrund och nuläge ... 85

4.1 Inledning ... 85
4.1.1 Pandemins effekter på barn och unga ... 85

4.2 Barns hälsoutveckling ... 88
4.2.1 Hälsans bestämningsfaktorer ... 89
4.2.2 Barns och ungas hälsa i olika åldrar och olika grupper ... 108
4.2.3 Begrepp kring psykisk hälsa ... 120

4.3 Hälsofrämjande och förebyggande arbete 123
4.3.1 Föräldraskapsstöd och vårdnadshavares delaktighet 127
4.3.2 De folkhälsopolitiska målen 129
4.3.3 Agenda 2030 130
4.3.4 Vägledningar och kunskapsstöd 131
4.3.5 Organisation och styrning av hälsofrämjande och förebyggande insatser i de nordiska grannländerna 132

4.4 Barn- och ungdomshälsovården 133
4.4.1 Övergripande styrning av barn- och ungdomshälsovården 135
4.4.2 Beskrivning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och uppdrag 139

4.5 Andra verksamheter som möter barn och unga 161
4.5.1 Vårdcentral 161
4.5.2 Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa 163

4.6 Den specialiserade vården för barn och unga 166
4.6.1 Barn- och ungdomspsykiatrin 166
4.6.2 Barn- och ungdomsmedicin 168
4.6.3 Barn- och ungdomshabilitering 171

4.7 Ytterligare verksamheter med hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga 172
4.7.1 Tandvården 172
4.7.2 Socialtjänsten 173

4.8 Samlokalisering av verksamheter för barn och unga 174

4.9 Myndigheternas roller 175
4.9.1 Folkhälsomyndighetens roll och uppdrag 176
4.9.2 Inspektionen för vård och omsorgs roll och uppdrag 177
4.9.3 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys roll och uppdrag 178
4.9.4 Socialstyrelsens roll och uppdrag 178

4.9.5 Specialpedagogiska skolmyndighetens roll och uppdrag ... 180
4.9.6 Statens skolinspektions roll och uppdrag ... 180
4.9.7 Statens skolverks roll och uppdrag ... 180
4.9.8 Ytterligare några myndigheter med särskilda uppdrag kring barn och unga ... 182

4.10 Sveriges Kommuner och Regioner ... 184

4.11 Kunskapsstyrning ... 187
4.11.1 Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård ... 187
4.11.2 Professionsorganisationer ... 189

4.12 Civila samhället ... 190

4.13 Några pågående nationella utvecklingsarbeten ... 190
4.13.1 Tidiga samordnade insatser – TSI ... 191
4.13.2 Barn som anhöriga ... 191

5 Problembild ... 193

5.1 Ökande barnpopulation, ökad psykisk ohälsa och nya överlevare ... 193

5.2 Samhällstrender, skola, arbetsmarknad och utsatta grupper barn och unga ... 196

5.3 Reaktiv och sjukhustung vård med otillräckligt utbyggd primärvård ... 198

5.4 Ojämlikt vård- och omsorgsutbud ... 201

5.5 Fragmentiserad hälso- och sjukvård med oklara uppdrag, ansvar och roller ... 202
5.5.1 Glapp i övergången till hälso- och sjukvård för vuxna ... 204

5.6 Koordinering och samordning av vård brister ... 204

5.7 Informationsdelning inom vård och omsorg brister ... 206

5.8 Barn och unga med vissa diagnoser eller problem får en sämre vård ... 209

5.9 Bristande stöd, delaktighet och inflytande på vården 210

5.10 Brister i kontinuitet och kompetens 211

5.11 Utmaningar i barn – och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatrin 213
5.11.1 Tillgång till och kvalitet i mödrahälsovården 213
5.11.2 Tillgång till och kvalitet i barnhälsovården 216
5.11.3 Tillgång till och kvalitet i elevhälsan 220
5.11.4 Tillgång till och kvalitet i ungdomsmottagningar 226
5.11.5 Tillgång till och kvalitet i barn- och ungdomspsykiatri 230
5.11.6 Brister i samverkan mellan samtliga vårdverksamheter 233

5.12 Sammanfattande analys 242
5.12.1 Reglering av barn-och ungdomshälsovård saknas 242
5.12.2 Alla barn och unga får inte del av hälsofrämjande och förebyggande stöd och insatser under hela sin uppväxt 244
5.12.3 Samordningen mellan verksamheter brister 248
5.12.4 Ökat ansvar, resurser och kompetenser till primärvården i omställningen till en god och nära vård 249
5.12.5 Psykisk ohälsa leder till allvarliga konsekvenser 250
5.12.6 Kunskapsstyrning för barn- och ungdomshälsovård är av varierande kvalitet och inte samordnad 251
5.12.7 Hälso- och sjukvården kan anpassas mer utifrån barns och ungas rättigheter och behov 252
5.12.8 I ett komplext system finns inga enkla lösningar på sammanhållen vård 253

6 Förslag och bedömningar 255

6.1 Sammanhållen god och nära vård för barn och unga 255

6.2 Förtydligande av skyldigheten att arbeta för att främja hälsa 257
6.2.1 Det behöver förtydligas att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa 257
6.2.2 Förslaget ska bidra till att det hälsofrämjande arbetet ökar 262
6.2.3 Bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga 264

6.3 Nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga 271
6.3.1 Inriktningen på det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga 273
6.3.2 Uppdrag att sammanställa evidens för hälsofrämjande insatser 289

6.4 Organisation, planering och samverkan i hälso- och sjukvården som riktar sig till barn och unga 290
6.4.1 Förstärkt samverkan mellan region och skolhuvudmän 291
6.4.2 Hälso- och sjukvårdens samverkan och samordning med socialtjänst och tandvård behöver stärkas 296
6.4.3 Systematiskt arbetssätt med barns och ungas rättigheter och behov 303
6.4.4 Omställningen till en god och nära vård behöver stärkas med ett barnrättsperspektiv 307
6.4.5 Tryggare övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna 309

6.5 Fast vårdkontakt för barn och unga 310
6.5.1 Fast vårdkontakt är en lagreglerad funktion 310
6.5.2 Flera uppföljningar av fast vårdkontakt har gjorts 312
6.5.3 Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt 317

6.6 Vägledning för rektorer och skolhuvudmän 330

6.7 Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa 334
6.7.1 Steg 1 – Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa 336
6.7.2 Steg 2 – Ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård 342
6.7.3 Steg 3 – Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga 344
6.7.4 Steg 4 – Stärkta kompetenser och resurser i primärvården för att möta barn och unga med psykisk ohälsa 352
6.7.5 Steg 5 – En nära och tillgänglig specialiserad vård 355
6.7.6 Steg 6 – Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola/skola och elevhälsa behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov 359

6.8 Förutsättningar för ett samlat huvudmannaskap för barn- och ungdomshälsovården 362
6.8.1 Primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser bör inte samlas under ett regionalt huvudmannaskap 363
6.8.2 Olika huvudmannaskap för ungdomsmottagningarna har prövats 371

6.9 Bör regionen ansvara för sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga? 375
6.9.1 Vissa barn och unga får inte hälsofrämjande och förebyggande insatser 376
6.9.2 Bör regionen ansvara för hälsouppföljningen av barn och unga? 380
6.9.3 Vad skulle en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman innebära? 382

6.9.4 Konsekvensbeskrivningar av sammanhållen hälsouppföljning ... 402

7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser ... 411

8 Konsekvensanalyser av utredningens förslag ... 413

8.1 Utredningens uppdrag och problembeskrivning ... 413

8.2 Konsekvenser för barn och unga ... 416
8.2.1 Barnkonsekvensanalys ... 416
8.2.2 Konsekvenser för unga personer över 18 år ... 420

8.3 Samhällsekonomiska konsekvenser ... 421
8.3.1 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ... 423
8.3.2 Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner ... 424
8.3.3 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna ... 425

8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 426

8.5 Konsekvenser för vårdens professioner ... 427

8.6 Konsekvenser för företagen ... 429

8.7 Konsekvenser för sysselsättningen ... 431

8.8 Konsekvenser för jämlikhet och jämställdhet mellan könen och de integrationspolitiska målen ... 431

8.9 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet ... 433

8.10 Konsekvenser för miljön ... 434

8.11 Konsekvenser för EU-rätten ... 434

8.12 Konsekvenser för den personliga integriteten ... 435

8.13 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag ... 437
8.13.1 Inledning ... 437
8.13.2 Metodfrågor ... 438
8.13.3 Utgångsläget ... 443

8.13.4 Förslagens kostnader ... 448
8.13.5 Förslagens kostnader och intäkter till följd av ökad inriktningseffektivitet ... 452
8.13.6 Utförarnivån ... 457
8.13.7 En kvantitativ sammanställning ... 460
8.13.8 En sammanfattande kvalitativ bedömning av förslagen ... 464
8.13.9 Avslutande diskussion ... 466

9 Författningskommentarer ... 467

9.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 467

9.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821) ... 470

Referenser ... 473

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2019:93 ... 501

Bilaga 2 Sammanställning av barns förslag till utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (SOU 2019:05) ... 519

Bilaga 3 Rapport God och nära vård ... 543

Bilaga 4 Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden ... 569

Bilaga 5 Underlag till överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri BUP ... 663

Bilaga 6 Sammanställning dialogmöten ... 675

Sammanfattning

Sverige behöver en hälsoreform som börjar med barnen!

Just nu pågår en av de största omställningarna av hälso- och sjukvården på många decennier med syfte att skapa en god och nära vård. Denna process behöver systematiskt beakta barns rättigheter enligt Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnskonventionen). Som ett led i detta tillsattes utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Utredningen lämnar förslag som ger regeringen möjlighet att bana väg för en hälsoreform för barn och unga i Sverige som ska bidra till att minska fragmentiseringen och glappen i hälso- och sjukvården och bryta trenden med ökad psykisk ohälsa hos barn och unga. Utredningen föreslår att det hälsofrämjande arbetet ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga tas fram och implementeras i hälso- och sjukvården. Programmet ska bidra till att barns och ungas hälsa och utveckling kontinuerligt följs upp och stöttas på ett likvärdigt sätt och med kvalitet under hela uppväxten, från graviditet till vuxen ålder. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska vara i fokus och utgöra en plattform för tidiga samordnade insatser med möjlighet till fördjupade insatser inom övrig vård och omsorg vid behov. Utredningen föreslår vidare att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps samt att ett tydligt krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet införs. Sex steg beskriver också hur barn och unga med psykisk ohälsa kan få ett mer ändamålsenligt och samordnat stöd i vården. Sammantaget bildar detta ett mer ändamålsenligt och resurseffektivt system som främjar hälsan hos barn och unga och frigör resurser till de som har störst behov. Ett fortsatt och mångårigt arbete på alla nivåer kommer dock att krävas i vård och omsorg om detta ska kunna bli den vändpunkt

och den nationella samling som behövs. Pandemins effekter på barn och unga har ökat angelägenheten i att detta arbete påbörjas nu.

Uppdrag och genomförande

Utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga har haft i uppdrag att se över förutsättningarna för en mer sammanhållen vård för barn och unga. Syftet är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). I enlighet med direktivet har utredningen prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för vissa primärvårdsaktörer och elevhälsans medicinska insatser (dir 2019:93).

Utredningsarbetet har huvudsakligen bedrivits i dialog med företrädare för berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), huvudmän, professioner och barn och unga.

Utredningen har genomfört särskilda insatser för att göra barn och unga delaktiga i utredningsprocessen. I samarbete med Bris och Tilia har över 800 barn och unga bidragit till utredningens arbete. Med stöd av Bris egen metod Expertgrupp barn genomfördes fyra expertgrupper på olika högstadieskolor i Göteborg, Umeå och Linköping i årskurs 7–9. Samtalet med barn och unga byggde på ett strukturerat arbetssätt och ett antal frågeställningar om hälsa och vilket stöd som barn och unga efterfrågar från skolan, elevhälsan och hälso- och sjukvården i övrigt. För att utredningen skulle få en fördjupad insikt och kunskap om barns och ungas psykiska hälsa har utredningen dessutom genomfört ett samarbete med Tilia, en ideell organisation som arbetar för ungas psykiska hälsa.

Utredningsarbetet har till övervägande del genomförts under en pågående pandemi. Detta har medfört vissa begränsningar i utredningens arbete och olika möten har genomgående hållits i digital form.

Börja med barnen!

Barndomen är en unik period i livet, präglad av anknytning, beroende, tillväxt, utveckling och varierande autonomi. Tidsperspektivet är långt och händelser i barndomen kan ge livslånga konsekvenser. Barn är mer sårbara och systemberoende än vuxna och därför behöver hälso- och sjukvården arbeta familjecentrerat utifrån ett helhetsperspektiv med kunskap om barnets närmiljö. Vårdnadshavare och nära viktiga vuxna har en central roll i barns och ungas liv. Att få en bra start i livet främjar en allsidig utveckling, stärker färdigheter och ger förutsättningar för en god hälsa och välbefinnande under hela livet. Att barn ges förutsättningar för en hälsosam utveckling ger vinster för individ, familj och hela samhället. Om barns problem hanteras rätt i ett tidigt skede bidrar det till goda förutsättningar för hälsa, utveckling och lärande under uppväxtåren, men också för livskvalitet, mående, autonomi, föräldraskap och arbetsliv i vuxen ålder. *Därför måste vi börja från början, med barnen.*

Barns och ungas hälsa

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. De flesta barn och unga uppger själva att de har en bra eller mycket bra hälsa. Andelen minskar dock med stigande ålder och en lägre andel flickor i åldrarna 13 och 15 rapporterar att de har en mycket bra hälsa jämfört med pojkarna i samma ålder. Ojämlikheter i hälsa hos barn och unga rapporteras också på grund av olika livsvillkor och skilda möjligheter.

Hälsan hos barn och unga liksom hos befolkningen kan ses som ett samspel mellan individ och samhälle. En individs hälsa är beroende av faktorer hos individen, till exempel kön, ålder, ärftlighet med mera, men också av andra faktorer som relationer, uppväxt- och levnadsförhållanden, levnadsvanor, utbildning, samt samhällets stödsystem.

För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor ges likvärdiga villkor och förutsättningar. Risk- och skyddsfaktorer är centrala begrepp för att beskriva vad som påverkar utvecklingen av ohälsa hos barn och unga. Riskfaktorer är sådana förhållanden som ökar sannolikheten för att ett barn eller ung person ska utveckla problem. Skyddsfaktorerna är motsatsen och är de förhållanden som ökar barnets eller den unges motståndskraft mot belastningar eller

dämpar effekten av riskfaktorer. För att minska skillnader i uppväxtvillkor är tidiga insatser i hem-, förskole- och skolmiljön av stor vikt.

Omkring 2 miljoner individer är mellan 0 och 17 år i Sverige och utgör cirka 20 procent av befolkningen. Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov utgör ungefär en femtedel av barnpopulationen. Skillnaderna inom gruppen är stora när det gäller medicinsk komplexitet, funktionsnedsättning och resursbehov. Av barn med långvariga och stora behov har ungefär en femtedel tre eller fler kroniska diagnoser. Andelen barn och unga med psykiatriska tillstånd såsom depression, ångest och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har ökat över tid och därmed också antalet barn och unga som behandlas med psykofarmaka.

Psykiska besvär hos barn och unga ökar också, framför allt i skolåldern. Fler yngre barn än tidigare rapporterar psykiska besvär som nedstämdhet och sömnsvårigheter. Flickor i alla åldersgrupper och pojkar i 15-årsåldern uppger att de upplever en ökad skolstress som relaterar till psykiska och somatiska symtom. Unga hbtq-personer har en ökad risk för psykisk ohälsa, särskilt depression, ångest och självmordsbeteende jämfört med unga heterosexuella och cispersoner[1].

För närvarande pågår en pandemi som kommer att få långtgående effekter på barns och ungas hälsa under många år framåt i tiden. Även om pandemin vanligen inte drabbar barn och unga genom egen sjuklighet, har barn och unga på flera sätt påverkats av de samhällsförändringar som följt. I Sverige har många barn och unga fått en förstärkt utsatthet i hemmet och en försämring av den psykiska hälsan under krisen. Det har blivit tydligt att pandemin slår hårdast mot barn och unga som redan innan krisen befann sig i en utsatt situation eller hade psykisk ohälsa.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Med *hälsofrämjande insatser* avses åtgärder för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser och mål för att främja sin

[1] Cispersoner = personer vars kön som tilldelats vid födseln överensstämmer med det juridiska, sociala och upplevda könet

hälsa och förebygga och hantera sjukdom. Det innebär också ett salutogent perspektiv som ökar individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan. Förhållningssättet ska genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med individen.

Med *förebyggande insatser* avses åtgärder för att förhindra uppkomsten sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minska risken för ohälsa. Målet är att stärka skyddsfaktorernas och minska riskfaktorernas inverkan på hälsan.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan ges på universell, selektiv och indikerad nivå. På universell nivå avses insatser som riktas till alla i en population. På selektiv nivå riktas insatser till riskgrupper. Insatser på indikerad nivå riktas till individer som behöver fördjupade insatser.

Med *hälsouppföljning* avses insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa, identifiera vårdbehov och att initiera insatser.

Hälso- och sjukvård för barn och unga – ett komplext system

Mödrahälsovård och *barnhälsovård* utgör en del av primärvården. Regionerna är huvudmän och beslutar om mål, prioriteringar, uppdrag, budget och driftsramar för verksamheten. Mödrahälsovården och barnhälsovården arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande och med hälsouppföljning och föräldraskapsstöd. Mödrahälsovården svarar för uppföljning av barns hälsa från tillblivande till födsel. Barnhälsovården svarar för sådan uppföljning vanligtvis under barnets första fem år.

Från det år barnet börjar förskoleklass vilar ansvaret för hälsouppföljning på *elevhälsans medicinska insatser*. Elevhälsan och dess medicinska insatser regleras i skollagen (2010:800). Av skollagen framgår att eleverna i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska ha tillgång till elevhälsan och att elevhälsa bland annat omfattar medicinska insatser. För de medicinska insatserna ska det finnas tillgång till skolläkare och skolsköterska. Elevhälsan ska främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser definieras i regel som hälso- och sjukvård. Den som bedriver hälso-

och sjukvård inom elevhälsa är vårdgivare, ofta är det skolhuvudmannen. Elevhälsans medicinska insatser omfattas därmed av de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller vårdgivare.

Ungdomsmottagningarna organiseras på flera sätt och huvudmannaskapet för ungdomsmottagningar skiljer sig åt över landet. Det är vanligast att regionen är huvudman, då en stor del av verksamheten innehåller medicinska insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det förekommer även att kommuner driver ungdomsmottagning och levererar då insatser enligt socialtjänstlagen.

Primärvården ansvarar för att tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. I primärvårdens grunduppdrag ingår förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens som patientens individuella behov och förutsättningar. Primärvården har också, från den 1 juli 2021, ett skärpt samordningsansvar för olika insatser. Vård- eller hälsocentralen utgör i dag primärvårdens kärnverksamhet och ansvarar för grundläggande behandling i alla åldrar inklusive barn och unga. Många kommuner och regioner har under de senaste åren arbetat med att bygga upp en *första linje* som ansvarar för barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa oavsett orsak.

Den specialiserade vården för barn och unga består av en mängd specialistverksamheter och specialistkompetenser, som varierar i utformning över landet. Utredningen ser barn- och ungdomspsykiatrin, barn- och ungdomsmedicin och barn och ungdomshabiliteringen som de mest relevanta aktörerna för utredningens systemöversyn.

Barn- och ungdomspsykiatrin riktar sig till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd där funktionsnivån i vardagen är påverkad. Barn- och ungdomspsykiatrin ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differentialdiagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosocial situation.

Barn- och ungdomsmedicin tillhandahåller planerad och akut specialiserad barn- och ungdomssjukvård. Specialiteten består av många olika grenspecialiteter. Barn- och ungdomsmedicinsk vård är tvärprofessionell och präglas av en helhetssyn på barn och unga vars hälsa och utveckling som är beroende av många kringliggande faktorer. Den medicintekniska utvecklingen har också skapat nya vårdbehov och möjligheter att utreda och behandla olika kroniska sjukdomar. Sjukdoms-

tillstånden är i dag alltmer komplexa och kroniska tillstånd blir allt vanligare.

Barn- och ungdomshabiliteringen arbetar med prevention, utredning, diagnostik, behandling, habilitering och rehabilitering vid medfödda och förvärvade sjukdomar och skador i nervsystemet. I uppdraget ingår att stärka patientens förmåga att hantera sin situation, och ge verktyg och strategier som kompenserar patientens funktionsnedsättning. En ny målgrupp som vuxit till antalet är barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

I ett komplext system finns inga enkla lösningar för en sammanhållen vård

Enligt direktivet ska utredningen se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet.

Bakgrunden till uppdraget är problem med en fragmentiserade hälso- och sjukvården utan tillräcklig koordinering på nationell, regional och lokala nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda. Fragmentiseringen är särskilt tydlig på primärvårdsnivå där det förekommer en rad olika huvudmän och vårdverksamheter som ansvarar för hälsouppföljning och vårdinsatser för barn och unga under olika delar av uppväxttiden. Till dessa verksamheter hör ett antal primärvårdsaktörer med regionen som huvudman, mödrahälsovården, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna samt elevhälsans medicinska insatser som tillhandahålls i skolor ofta i skolhuvudmännens regi. Ungdomsmottagningarna arbetar ofta utifrån otydliga uppdragsbeskrivningar från respektive huvudman och tillgängligheten till ungdomsmottagningarnas verksamhet varierar över landet. För barn och unga med psykisk ohälsa tillkommer dessutom ett antal första linjeverksamheter som är organiserade på olika sätt i landet. Det finns stora brister i likvärdigheten, inte minst gäller det förutsättningarna för elevhälsans medicinska insatser att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet.

Hälsouppföljningen av barn och unga är inte heller sammanhållen och insatser skiljer sig åt både mellan vårdverksamheter och över tid

under barns och ungas uppväxt. Det finns brister när det gäller tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser, särskilt för barn och unga i skolåldern. Skolans elevhälsa har alltmer utvecklats mot att hantera skolsvårigheter och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Barn och unga kan dock behöva hälsofrämjande och förebyggande insatser oavsett sina skolresultat. Inte heller barn och unga som vare sig arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt tas om hand naturligt i systemet. Det finns också brister i samverkan mellan vårdverksamheterna, både inom de verksamheter som i första hand tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser, dvs. primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser och mellan dessa aktörer och den övriga hälso- och sjukvården som huvudsakligen bistår med vård och behandling. Bristande samverkan leder till att barns och ungas vårdinsatser inte samordnas i tillräckligt hög grad och att barn bollas mellan olika vårdverksamheter.

För att komma tillrätta med problemen med fragmentisering och tillgången till jämlik vård har utredningen utrett flera alternativa möjligheter. I enlighet med direktivet har lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för de aktuella vårdverksamheterna prövats. Utredningen har dock bedömt att det inte finns tillräckliga förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap. Utredningen har även prövat förutsättningarna för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman men även när det gäller detta bedömt att tiden inte är mogen för en sådan förändring.

För att öka förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård och likvärdig tillgång till de verksamheter som erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser har utredningen även övervägt möjligheten att lagreglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Utredningen har dock gjort bedömningen att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att det i stället är centralt att säkra tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga under hela uppväxttiden samt samordning och koordinering av det sådana insatser på nationell nivå. Dessutom bedömer utredningen att det behövs ytterligare åtgärder för att stärka samverkan mellan de aktuella vårdverksamheterna och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

Utredningens bedömningar och förslag

Hälsofrämjande arbete befästs i lag

Utredningen bedömer att det behövs en tydligare och mer enhetlig styrning av hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga. Utgångspunkten ska vara att ett helhetsperspektiv på hälsa där alla barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska säkras under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, sysselsättning, val av skola eller vårdenhet. Utredningen föreslår därför ett förtydligande i lag av att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete med att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. På så sätt kan en mer sammanhållen och likvärdig vård i ett fragmentiserat och komplicerat system komma till stånd.

Nationellt hälsovårdprogram från 0–20 års ålder

Utredningen föreslår dessutom att ett nationellt hälsovårdsprogram som tar ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden, ska tas fram. Samtliga berörda myndigheter, huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, professions-, patient- och närståendeorganisationer bör vara delaktiga i detta arbete. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska vara vägledande för verksamheterna och tydliggöra vad barn och unga och deras vårdnadshavare kan förvänta sig av barn- och ungdomshälsovården i form av hälsofrämjande och förebyggande insatser. I detta ska hälsouppföljning, hälsobesök och föräldraskapsstöd vara centrala beståndsdelar som bör erbjudas under hela uppväxttiden, från graviditet till vuxen ålder. Syftet med hälsovårdsprogrammet är också att vara det sammanhållande kitt som binder samman de verksamheter inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser som i dag utgör barn- och ungdomshälsovården, och bidra till att verksamheterna arbetar utifrån samma mål och uppdrag.

En nationell samling kring ett hälsovårdsprogram statuerar att samhället börjar med barnen och tydliggör den grundläggande plattformen i hälso- och sjukvården som behövs för att barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska kunna

tillgodoses. Det lägger också grunden för att barn och unga med mer omfattande behov ska kunna uppmärksammas och insatser sättas in i ett tidigt skede. Det stärker därmed även primärvårdens uppdrag som bas i hälso- och sjukvården och elevhälsans centrala uppdrag när det gäller hälsa, utveckling och välmående. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolhuvudmännen behöver skapa förutsättningar för att ett partnerskap kan utvecklas mellan primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Dessutom behövs förutsättningar för att den specialiserade vården kan utgöra ett konsultativt stöd för primärvården och elevhälsan.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa.

Ansvar för skolhuvudmän och rektorer behöver tydliggöras

Utredningen konstaterar att det förekommer brister när det gäller vårdgivaransvaret i skolverksamheten avseende till exempel det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Kunskapen om hälso- och sjukvårdslagstiftningen är i vissa fall otillräcklig och skolhuvudmän som är vårdgivare utför inte alltid sina skyldigheter i enlighet med gällande regelverk.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utforma en vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar när det gäller hälso- och sjukvård. Vägledningen ska sammanställa de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamheten inom elevhälsan och ge vägledning om hur dessa bestämmelser ska tolkas. I vägledningen bör även ingå tydlig information om vad bestämmelsen om fast vårdkontakt innebär för skolverksamheterna.

Hälso- och sjukvården behöver stärka sin samverkan med andra aktörer för barns och ungas hälsa

Myndighetsrapporter visar att det på många håll brister när det gäller samverkan och samordningen av vårdinsatser för barn och unga. Detta är särskilt tydligt när det gäller samverkan mellan primärvården, barn- och ungdomspsykiatrin och elevhälsan. När samverkan brister mellan vårdens aktörer lämnas familjer och barn och unga att själva samordna vårdinsatserna och att fungera som informationsbärare.

Samverkan med skolhuvudmän behöver utvecklas

Utredningen ser behov av en mer strukturerad samverkan mellan de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolhuvudmännen. Utredningen föreslår därför ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården för barn och unga ska samverka med huvudmän för skolväsendet. En mer strukturerad samverkan på huvudmannanivå ska skapa förutsättningar för samordning av vårdinsatser mellan de aktuella vårdverksamheterna.

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver stärkas

Utredningen ser behov av att samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn och unga och socialtjänsten stärks. Utredningen konstaterar att det finns juridiska förutsättningar för samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men att huvudmännen behöver se till att samverkan utvecklas på alla nivåer i systemet i syfte att ändamålsenligt samordna vård- och omsorgsinsatser för barn och unga.

Hälso- och sjukvården och tandvården behöver samordna sina insatser

Regionen bör i sitt arbete med att planera hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga utgå från en bred ansats för barns och ungas hälsa. Utredningen ser därför behov av att regionen skapar

förutsättningar för att hälso- och sjukvården och tandvården samordnar sina vårdinsatser som riktas till barn och unga. Samordning behöver ske på alla nivåer i systemet för att barns och ungas vårdbehov ska kunna tillgodoses. Utredningen bedömer att det finns goda förutsättningar att stärka utvecklingen mot en mer samordnad hälso- och sjukvård och tandvård, eftersom regionen är huvudman för både hälso- och sjukvården och tandvården.

Patientkontrakt behöver utvecklas för att anpassas till barns och ungas behov

Regeringen har tagit initiativ till ett utvecklingsarbete med patientkontrakt. Patientkontrakt ska på sikt utgöra en sammanhållen överenskommelse över patientens samtliga vård- och omsorgsinsatser och visualiseras via 1177 Vårdguiden. Utredningen anser att patientkontrakt kan vara ett värdefullt verktyg för att underlätta samordningen av barns och ungas vårdinsatser. Utredningen bedömer dock att arbetet med patientkontrakt behöver utvecklas för att i högre grad anpassas till barn och ungas behov. I detta bör ingå att pröva hur elevhälsan kan medverka som en aktiv part i arbetet.

Barns rättigheter och behov behöver beaktas systematiskt när regionen planerar och organiserar hälso- och sjukvården

Utredningen konstaterar att hälso- och sjukvården inte alltid möter barns och ungas behov. Vid planering och utformning av hälso- och sjukvården som helhet utgör vanligen vuxna norm, vilket riskerar att bli alltför begränsat för att tillgodose barns och ungas rättigheter och behov. Personcentreringen behöver öka i hälso- och sjukvården för barn och unga, för att skapa förutsättningar för delaktighet vid beslut om vård och behandling. Barn och unga upplever i ofta att de inte får förutsättningar att vara delaktiga på sina egna villkor.

Systematiskt arbetssätt för att tillgodose barns och ungas rättigheter och behov av delaktighet

Utredningen bedömer att regionen på ett tydligare och mer systematiskt sätt behöver integrera barns och ungas rättigheter och behov i planeringen av hälso- och sjukvården, för att i sin organisation göra de anpassningar som krävs.

Barns och ungas och deras närståendes delaktighet vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården behöver säkerställas på alla nivåer i enlighet med barnkonventionens bestämmelser. Det handlar om delaktighet när hälso- och sjukvården organiseras och planeras. Det kan till exempel ske genom dialoger eller referensgrupper. Det handlar också om att skapa förutsättningar för att barn och unga ska kunna vara delaktiga i sin egen vård och behandling.

Omställningen till en god och nära vård behöver stärkas med ett barnrättsperspektiv

Utredningen bedömer att den pågående omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård behöver kompletteras och förstärkas utifrån barnets rättigheter enligt barnkonventionen. Det gäller såväl på nationell som regional och lokal nivå.

Omställningen till en god och nära vård är en omfattande reform som kommer att få stor betydelse för befolkningens tillgång till vård. Det är därför mycket angeläget att alla aspekter av omställningsarbetet analyseras ur ett barnrättsperspektiv. Utredningen bedömer att barnrättsperspektivet behöver synliggöras i överenskommelser med SKR och i uppdrag till myndigheterna som har en roll i omställningen. Dessutom bedömer utredningen att huvudmännens handlingsplaner för omställningen bör analyseras och kompletteras ur ett barnrättsperspektiv.

Tryggare övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna

Utredningen bedömer att ett nationellt kunskapsstöd som stödjer en trygg övergång från barn- till vuxensjukvård behöver tas fram och att det lämpligen genomförs inom ramen för regionernas organisation för kunskapsstyrning.

Hälso- och sjukvårdens ansvar att utse fast vårdkontakt skärps

Utredningen ser behov av att skärpa kraven på att utse en fast vårdkontakt för barn och unga inom den regionfinansierade hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår därför att det ska framgå av patientlagen att det ska utses en fast vårdkontakt för en patient som inte har fyllt 21 år, om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Utredningen presenterar sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Målet är att alla barn och unga ska få insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa. Insatserna ska ges på universell nivå och riktade insatser ska ges till de som behöver få mer fördjupade insatser. Målet är också att utveckla den nära vården, där de olika vårdnivåerna samspelar med varandra i vård, stöd och behandling.

Steg 1 handlar om ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa. Hela samhället har ett ansvar för hur den psykiska hälsan i befolkningen utvecklas. Hälso- och sjukvården behöver ha ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa samt initiera och aktivt delta i breda hälsofrämjande insatser och tvärsektoriell samverkan för att främja psykisk hälsa. Hälso- och sjukvården behöver ha en beredskap för att möta barn och unga tidigt, på deras villkor och utifrån deras behov. Även förskolan och skolan har viktiga roller för barns och ungas förutsättningar att utveckla god hälsa. Det finns ett starkt dubbelriktat samband mellan studieresultat och hälsa.

Steg 2 handlar om utredningens förslag som syftar till en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Det är av central betydelse för en likvärdig vård och likvärdiga förutsättningar för hälsa och utveckling. En mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård som arbetar strukturerat med utgångspunkt från det tidigare beskrivna nationella hälsovårdsprogrammet skapar förutsättningar att fånga upp barn och unga med psykisk ohälsa i ett tidigt skede och förebygga en allvarlig utveckling som kan kräva mer insatser vård i ett senare skede.

Steg 3 handlar om ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller hälso- och sjukvården avseende psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att förslaget från utredningen En samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) som innebär ett förtydligande av primärvårdens ansvar för vård och behandling för psykiska vårdbehov bör genomföras. Huvudmännen behöver komma överens om vilka psykiska vårdbehov som ska mötas i primärvården och vilka kompetenser som behövs för uppdraget. Utredningen bedömer dessutom att pågående och utbyggda projekt kring första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver integreras i primärvårdsuppdraget. Det är en förutsättning för att skapa en mer enhetlig, likvärdig och tillgänglig vård för barn och unga enligt principen en väg in.

Steg 4 handlar om stärkt kompetens och stärkta resurser i primärvården för att möta barn och unga med psykisk ohälsa. En stark primärvård med tillräcklig barnkompetens gör det möjligt att möta barns och ungas psykiska vårdbehov utifrån individuella förutsättningar och behov och att utveckla ett familjecentrerat arbetssätt som bygger på ett psykosocialt omhändertagande av hela familjen. En systematisk kompetens- och kunskapsöverföring mellan specialiserad vård och primärvård skapar förutsättningar för en alltmer ändamålsenlig barnkompetens i primärvården.

Steg 5 handlar om en nära och tillgänglig specialiserad vård. Utredningen bedömer att den specialiserade vården behöver ha en tydligare konsultativ och stöttande roll i primärvården och elevhälsan, i enlighet med inriktningen mot en nära och tillgänglig vård. Det ger en effektivare triagering av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån. Utvecklingen mot en mer nära speciali-

serad vård av barn och unga med psykisk ohälsa, bidrar också till att höja primärvårdens kompetens att möta psykisk ohälsa.

Steg 6 handlar om att den specialiserade vården för barn och unga, socialtjänsten, förskolan/skolan och elevhälsan i högre utsträckning än i dag behöver samordna sig runt barn och unga med långvariga och stora behov.

Ett samlat huvudmannaskap för vårdverksamheterna bör inte införas

I enlighet med direktivet har utredningen prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat regionalt huvudmannaskap för mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna, vårdcentralen och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har bedömt att det inte finns förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap och att skolhuvudmännen fortsatt ska vara huvudman för elevhälsans medicinska insatser. Bedömningen bygger på flera skäl. Ett helt avgörande skäl är att det innebär ett delat huvudmannaskap för elevhälsans olika verksamhetsgrenar där ett regionalt huvudmannaskap riskerar att skapa en ny gräns mellan elevhälsans medicinska insatser, de övriga verksamhetsgrenarna inom elevhälsan och den elevvårdande verksamheten i övrigt. Utredningen bedömer att en sådan förändring av huvudmannaskapet skulle innebära inskränkningar i de enskilda, kommunala och de statliga skolhuvudmännens möjlighet att organisera, planera, styra och följa upp delar av skolverksamheten. En annan avgörande nackdel är de försvårande omständigheter som vård- och skolvalet innebär för regionens möjlighet att tillhandahålla de medicinska insatserna på ett samordnat sätt i skolans lokaler.

Utredningen har också prövat ett samlat huvudmannaskap för ungdomsmottagningar och funnit att den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar endast kan ha regionen som huvudman och att socialtjänst endast kan bedrivas med kommunen som huvudman. I de fall verksamheten erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst, behöver huvudmännen samverka utifrån respektive ansvar. Utredningen bedömer att ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst har bättre förutsättningar att ge den unge ett ändamålsenligt och brett stöd.

Regional huvudman för hälsouppföljning kan vara ett möjligt framtida vägval

Utredningen har även utrett möjligheten att införa en sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga med regionen som huvudman. Med hälsouppföljning avses de hälsobesök som i sker i mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser. Det skulle innebära att den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen ansvarar för hälsouppföljning under barns och ungas hela uppväxttid från tillblivande till vuxen ålder. Utredningen bedömer att förslaget skulle skapa bättre förutsättningar för en mer sammanhållen och kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare, vilket skulle gynna utvecklingen av barns och ungas hälsa och välmående. Regionerna skulle också få en överblick över barns och ungas hälsoutveckling under hela uppväxttiden och kunna planera och samordna hälsouppföljningen med vård- och behandlingsinsatser med utgångspunkt från barns och ungas behov på ett mer effektivt sätt. Det skulle skapa bättre förutsättningar för att samordna barns vårdprocesser när vårdbehov uppmärksammas vid hälsouppföljningen. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle dessutom underlätta uppföljningen av hälsan på såväl individuell som aggregerad nivå på ett systematiskt sätt. Skolan skulle i högre grad kunna fokusera på elevernas utveckling mot utbildningens mål, att skapa goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande.

Utredningen bedömer dock att tiden inte är mogen för att genomföra en sådan förändring. Det beror bland annat på att primärvården ännu inte är tillräckligt resurssatt för ett sådant uppdrag. En viktig förutsättning för att en sådan sammanhållen hälsouppföljning ska kunna genomföras är regionens möjligheter att tillhandahålla hälsobesök och vaccinationer i skolan. Detta gäller särskilt för vaccinationer. Det finns hinder för en sådan utveckling till följd av skol- och vårdval. En annan viktig förutsättning är en resursstark elevhälsa med ett tydligare uppdrag att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att främja barns och ungas hälsa och förebygga ohälsa både på grupp- och individnivå.

Utredningen bedömer att lagförslagen ovan som syftar till att skapa en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga och

det nationella hälsovårdsprogrammet ska ha högsta prioritet. Men om arbetet med det nationella hälsovårdsprogrammet inte skulle ge önskat resultat i form av effektiva samverkansstrukturer och likvärdig tillgång till programmets insatser oavsett huvudman eller vårdverksamhet bedömer utredningen att regeringen kan överväga möjligheten att införa en samlad hälsouppföljning med regionen som huvudman. Det i kräver dock att omställningen har kommit längre och att primärvården stärkts med resurser och kompetenser. Även elevhälsans resurser behöver säkras och de medicinska insatsernas roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet stärkas för att kunna stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.

Utredningen återkommer om uppföljning

I slutbetänkandet kommer utredningen i enlighet med direktivet att återkomma till frågan om uppföljning. Det handlar både om förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa och att följa upp hur huvudmännen arbetar med att genomföra det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga och utredningens förslag i övrigt.

God och nära vård för barn och unga – enkel sammanfattning

Alla barn och unga har rätt att få stöd för att må bra och få hjälp när de inte mår bra. Men i dag arbetar många olika verksamheter med barns och ungas hälsa. Därför kan det vara svårt att veta vart man ska vända sig. Stödet kan också skilja sig beroende på var man bor eller söker vård. Den här utredningen ger förslag på hur vården för barn och unga kan bli mer sammanhållen och lika för alla.

När vården görs om behövs ett barnperspektiv

Vården i Sverige håller på att göras om. Det ska vara lätt att söka och få vård. Vården ska finnas nära patienterna och vara lika i hela landet. De som ger vård ska också samarbeta mer om patienterna och utgå från det som är viktigt för patienterna. Det här kallas en god och nära vård.

När vården görs om behöver man undersöka hur den kan bli så bra som möjligt för barn och unga. Därför har regeringen bett oss göra den här utredningen. Syftet är att ta fram förslag på hur vården för barn och unga kan bli mer sammanhållen, och hur den psykiska ohälsan bland barn och unga kan minska.

Barn och unga har hjälpt oss med utredningen

Vi som jobbar med utredningen har besökt skolor tillsammans med Bris för att prata med elever. Vi har också samarbetat med organisationen Tilia för att få veta mer om psykisk ohälsa bland barn och unga. På så sätt har vi fått veta vad mer än 800 barn och unga säger om sin hälsa och hur de tycker att vården borde fungera.

Vi har också pratat med myndigheter och personer som arbetar med barn och unga. De har berättat hur de tycker att vården fungerar nu och hur den skulle kunna fungera bättre.

Alla ska få goda möjligheter att må bra

Att barn och unga mår bra är förstås viktigt för dem själva och deras familjer, men också för hela samhället. Om barn mår bra är det större chans att de mår bra även senare i livet. Därför behöver alla få goda möjligheter att må bra redan som barn. Till exempel behöver de ha bra vuxna nära sig som kan lyssna och hjälpa till. Barn som mår dåligt behöver få hjälp tidigt, innan problemen blir ännu större.

Barnkonventionen ger också alla barn upp till 18 år en rad rättigheter som påverkar hälsan och vården. Till exempel ska det som är bäst för barnet påverka allt arbete och alla beslut som rör barnet, och barnet har rätt att uttrycka sin åsikt och bli lyssnad på.

Pandemin visar att det behövs ett bättre stöd

Coronapandemin har gjort att många barn och unga mår sämre psykiskt. Det gäller särskilt dem som mådde dåligt redan före pandemin. Det har blivit tydligt att Sverige behöver ett bättre stöd för barns och ungas hälsa – och att vi behöver börja nu.

De flesta mår bra – men psykisk ohälsa ökar

De flesta barn och unga i Sverige mår bra. Men bland äldre ungdomar är det fler som mår dåligt. Det är också fler tjejer än killar som mår dåligt. Var man bor och går i skolan påverkar också hur man mår – i utsatta områden har barn och unga större risk att må dåligt.

Allt fler barn och unga mår psykiskt dåligt. Många känner sig till exempel stressade över skolan, särskilt tjejer. Fler yngre barn än tidigare säger också att de känner sig ledsna och sover dåligt.

Fler barn och unga överlever svåra sjukdomar i dag, men behöver sedan ändå mycket hjälp under lång tid. Det gäller också de barn och unga som har kroniska sjukdomar.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete för bättre hälsa

Man kan arbeta för en bättre hälsa på olika sätt, till exempel hälsofrämjande och förebyggande. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för att alla ska må bra.

Hälsofrämjande arbete är sådant som stärker människors egna resurser för att må bra. Det kan till exempel vara att få kunskap om hur man håller sig frisk och hur man kan undvika stress.

Förebyggande arbete är sådant som hindrar att någon drabbas av sjukdomar och andra hälsoproblem, eller som lindrar sjukdomar och hälsoproblem. Det är till exempel vaccinationer och råd om hur man kan hålla en hälsosam vikt.

Uppdelad vård skapar problem

Många verksamheter arbetar i dag hälsofrämjande och förebyggande och ger vård till barn och unga, exempelvis:

- mödrahälsovården och barnhälsovården
- elevhälsan med skolsköterskor och skolläkare
- ungdomsmottagningarna
- primärvården, oftast vårdcentralen
- specialiserad vård, till exempel barn- och ungdomspsykiatrin, bup.

Verksamheterna har olika uppdrag och styrs av olika lagar. Det här ökar bland annat risken för att barn och unga faller mellan stolarna, alltså att ingen tar fullt ansvar för den som mår dåligt. Det här kan vara särskilt jobbigt för den som mår psykiskt dåligt eller har flera problem och sjukdomar samtidigt.

Det kan också vara olika vad till exempel ungdomsmottagningarna och elevhälsan erbjuder, beroende på var man bor eller går i skolan. Det innebär att alla inte har samma förutsättningar för att ha en god hälsa.

Våra förslag och rekommendationer

Här sammanfattar vi utredningens huvudförslag och räknar kort upp några av våra andra förslag och rekommendationer. Vi presenterar också sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa.

Förtydliga vad som gäller om hälsofrämjande och förebyggande arbete

Barn och unga behöver få hälsofrämjande och förebyggande vård. Vi föreslår därför regler som gör att vårdens ansvar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot barn och unga blir mer lika över landet och i olika skolor. Då kan vården bli mer sammanhållen och lika för alla, även om den är uppdelad på flera verksamheter.

Ta fram ett hälsovårdsprogram som säger vad alla bör få

Vi föreslår ett hälsovårdsprogram som gör det tydligt vad barn och unga och deras föräldrar bör erbjudas, exempelvis vilka hälsobesök och vilket stöd de bör få under hela uppväxten.

Programmet gör det också tydligt för vården och elevhälsan vad de bör göra och hur de kan hjälpas åt för att ge barnen och föräldrarna så bra stöd som möjligt.

Det här gör att vården för barn och unga blir mer lika, oavsett var i landet de bor eller vilken skola de går i. Det blir också lättare att tidigt hitta och hjälpa de barn och unga som mår dåligt.

Fler förslag och rekommendationer i korthet

- Gör det enklare för barn och unga att få en fast vårdkontakt, alltså en person som hjälper till att samordna vården.
- Stärk samverkan mellan vården och skolan.
- Stärk samverkan mellan vården, socialtjänsten och tandvården.
- Gör barn och unga mer delaktiga i att planera och utforma vården.
- Skapa en tryggare övergång från vård för barn till vård för vuxna.

Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Vi föreslår att vården för barn och unga som mår psykiskt dåligt utvecklas i sex steg:

1. Hela samhället har ett ansvar för den psykiska hälsan. Exempelvis är förskolan och skolan viktiga för att minska risken att barn och unga börjar må dåligt.
2. En sammanhållen vård som arbetar utifrån hälsovårdsprogrammet kan tidigt hitta och hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa.
3. Primärvården får ett tydligare ansvar. De som mår psykiskt dåligt ska kunna vända sig dit i första hand.
4. Primärvården får bättre kunskap och resurser för att möta barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer.
5. Den specialiserade vården bör stötta primärvården och elevhälsan, och hjälpa till att avgöra vilka som kan få hjälp av primärvården och vilka som behöver specialiserad vård.
6. Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskolan och skolan behöver samarbeta kring barn och unga som behöver mycket hjälp under lång tid.

Förslagen lämnas till regeringen

Våra förslag innebär att lagar behöver skrivas om. Förslagen lämnas nu till regeringen. Regeringen väljer om de vill lämna förslag om ändrade lagar till riksdagen. Om riksdagen godkänner ändringarna i lagarna blir våra förslag verklighet.

Verksamheter som arbetar med barn och unga runt om i landet får också tycka till om förslagen och rekommendationerna. Vi hoppas att de tycker som vi och att alla kan börja jobba mot samma mål.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) att 3 kap. 2 §, 6 kap. 2 § och 7 kap. 7 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 kap.	
2 §[1]	
Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.	Hälso- och sjukvården ska arbeta för att *främja hälsa och* förebygga ohälsa.
6 kap.	
2 §[2]	
Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om	
1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,	
2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,	
3. hälso- och sjukvården i freds¬tid om det ur ett nationellt per¬spektiv finns	3. hälso- och sjukvården i freds¬tid om det ur ett nationellt per¬spektiv finns

[1] Senaste lydelse 2017:30.
[2] Senaste lydelse 2017:30.

behov av katastrofmedicinska insatser, *och*	behov av katastrofmedicinska insatser,
4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.	4. hälso- och sjukvård som be¬hövs till skydd för enskilda, *och*
	5. hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

7 kap.

7 §[3]

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga ska regionen särskilt samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

[3] Senaste lydelse 2019:973.

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821) att 1 kap. 2 § och 6 kap. 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 kap.	
2 §[1]	
Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman.	
Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.	Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, *6 kap. 2 § andra stycket,* 6 kap.. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.
6 kap.	
2 §[2]	
En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.	
	Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

[1] Senaste lydelse 2019:964.
[2] Senaste lydelse 2014:821.

1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att det ska införas en ny paragraf, 8 kap. 3 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	8 kap.
	3 §
	Socialstyrelsen får meddela före¬skrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande

2.1 Utredningens uppdrag

Regeringen tog den 28 november 2019 beslut om direktiv om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir 2019:93).

Enligt direktiven ska utredningen se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, BUP.

I detta ingår bland annat att:

- utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, till exempel genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll,

- i dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå,
- ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), och
- lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som ämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Barnrätts- och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och konsekvenser för barn och unga ska belysas. Utredaren ska särskilt belysa hur eventuella organisatoriska förändringar påverkar elevhälsan och ungdomsmottagningarna och förutsättningarna att stödja barn och unga. Utredaren ska även belysa och analysera konsekvenserna av förslagen för barn och unga, med särskilt fokus på grupper som i dagens system inte får sina behov av sjukvårdande och hälsofrämjande insatser tillräckligt tillgodosedda, bland andra späda barn, barn och unga med psykisk ohälsa och barn och unga med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet som har behov av samordnande insatser från olika aktörer.

2.1.1 Avgränsningar

Utredningens uppdrag är brett och rör flera huvudmän och ett stort antal vårdverksamheter inom hälso- och sjukvårdens och skolans område. Det har därför varit nödvändigt att avgränsa dess innehåll och omfattning.

Uppdraget tar i första hand sikte på verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga, det vill säga mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna, nedan benämnd barn- och ungdomshälsovården. Särskilt fokus läggs också på primärvården medan den övriga hälso- och sjukvården inte fått samma utrymme i utredningen. Utredningen beaktar dock den specialiserade vården och synliggör den i flera bedömningar. Det beror på att den specialiserade vården är en stor del av vårdsystemet och den

nära vården i enlighet med den omställningsprocess som nu pågår i hälso- och sjukvården. När det gäller uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bland annat psykisk ohälsa, ingår dessutom uttryckligen insatser som ska bidra till att korta köerna till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Utredningen menar att psykisk hälsa kan vara ett strategiskt område för insatser eftersom det rör hela hälso- och sjukvårdssystemet, hälsovården i primärvården, den specialiserade sjukvården, elevhälsans medicinska insatser i skolan och socialtjänsten. Det är också ett område där det finns stora problem framför allt när det gäller samordning av vårdinsatser och ansvarsfördelning mellan de berörda vårdverksamheterna. Dessutom finns anledning att särskilt titta på detta område mot bakgrund av att barn och unga med psykisk ohälsa är en ökande grupp i samhället. Tandvården och socialtjänsten ingår inte i utredningens huvudsakliga uppdrag.

Med barn avses i Sverige varje människa under 18 år, enligt barnkonventionens artikel 1 jämfört med 9 kap. 1 § föräldrabalken och det är i denna mening som begreppet barn används av utredningen genomgående i betänkandet. Begreppet unga har inte en lika självklar innebörd. Utredningen använder begreppet både för lite äldre barn, det vill säga personer som ännu inte fyllt 18 år, men framförallt för att beskriva unga vuxna som fyllt 18 år, ibland utan någon skarp övre åldersgräns. Utredningen är dock tydlig med att det med barn och unga i utredningens författningsförslag avses personer som ännu inte fyllt 21 år. Syftet med att inte begränsa förslagen till 18 år är att utredningen anser det motiverat att värna unga vuxna från 18 år till 21 år, liksom barn som är särskilt skyddsvärda och att gränsen vid 18 års ålder i hälso- och sjukvårdsammanhang ofta blir för tidig och skarp. I skälen till författningsförslagen motiverar utredningen varför åldersgräns vid 21 år bedömts som lämplig i de förslagen.

Förslag och bedömningar som gäller sammanhållen och samordnad vård har prioriterats eftersom det ligger i linje med utredningens uppdrag, framför till exempel förslag som leder till ökad tillgänglighet och kvalitet.

Frågor som rör specifika former av vård, omsorg och myndighetsutövning såsom tvångsvård, behandlingshem, hemsjukvård, korttidsboende och liknande ingår inte i utredningens uppdrag. I uppdraget ingår inte heller att föreslå vårdinsatser för barn och unga med specifika diagnoser, funktionsnedsättningar eller långvariga

sjukdomar. I övrigt ingår inte frågor som gäller breda samhällsområden med bäring på barns och ungas livssituation som skola, förskola, familjeförhållanden, kriminalitet, utanförskap, integration, fritidssysselsättning med mera.

Utredningen har också funnit det lämpligt att avgränsa uppdraget i förhållande till andra pågående eller nyss avslutade utredningar.

Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) fick den 15 augusti 2019 i uppdrag att utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården för personer mer lättare psykisk ohälsa (dir. 2019:49). Detta uppdrag tangerar utredningens uppdrag att bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag. De båda utredningarna har kommit överens om att gränsdragningen mellan utredningarnas uppdrag i första hand handlar om gränsen mellan barn-och vuxensjukvården och att denna gräns bör gå vid 18 års ålder.

Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) har vissa uppdrag som gäller elevhälsan. I uppdraget ingår bland annat att analysera regleringen av tillgång till elevhälsa och föreslå en ändring så att det förtydligas vad som är en acceptabel lägstanivå. Utredningen ska även föreslå hur det kan göras obligatoriskt att till en myndighet redovisa uppgifter om hur många skolläkare, skolsköterskor, psykologer och kuratorer det finns i förhållande till antalet elever och föreslå hur denna redovisning ska gå till. Utredningarna har kommit överens om att frågor som rör elevhälsans medicinska insatsers ansvar för hälso- och sjukvård i första hand hanteras inom ramen för den här utredningen.

Den 13 augusti 2020 beslutade regeringen om en delegation för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. I delegationens uppdrag ingår bland annat att utreda om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti samt hur målet om en köfri BUP ska uppnås (dir 2020:81). I förhållande till delegationens uppdrag kommer denna utredning att föreslå insatser som ska bidra till en köfri BUP på en mer övergripande systemnivå och som ska ligga till grund för en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKR). I detta ingår inte att ta fram författningsförslag.

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har bland annat i uppdrag att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. I sitt delbetänkande Informationsöverföring inom vård och omsorg (SOU 2021:04) föreslår utredningen en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning dit bestämmelserna i patientdatalagen om sammanhållen journalföring och kvalitetsregister överförs. Utredningen lämnar även flera andra förslag, bland annat i fråga om sekretessbrytande bestämmelser. Utredningen fortsätter sitt arbete enligt direktiven (dir. 2019:37 och dir. 2020:112) och ska slutredovisa uppdraget den 31 maj 2021. Mot bakgrund av det nyligen redovisade och det pågående arbetet på området har denna utredning valt att inte fokusera på frågor om informationsdelning, personuppgiftsbehandling och sekretess i detta betänkande.

2.1.2 Tidigare utredningar ligger till grund för utredningens uppdrag

Mot bakgrund av en alltmer fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård har flera tidigare utredningar sett behov av att förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga utreds. Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar konstaterade i delbetänkandet Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2017:9) att hälsa har stor betydelse för ungas etablering i samhället och att många unga som varken arbetar eller studerar har haft hälsoproblem från tidig ålder. Samordnaren konstaterade också att samhället inte har kunnat möta de behov av tidiga och samordnade insatser som dessa barn och unga har, vilket har resulterat i skolmisslyckanden och svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden. Samordnaren bedömde att det fanns behov av ett förstärkt stöd och ett systemsynsätt på hälsa och vård för barn och unga. Samordnaren lyfte fram att både de generella förebyggande insatserna till alla barn och unga och de individuellt riktade insatserna behövde stärkas. Stödet borde vara likvärdigt och kompensatoriskt och systemen behövde hänga ihop från tidig ålder fram till vuxen ålder.

Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar föreslog att en statlig utredning skulle få i uppdrag att lämna förslag om hur

en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 års ålder borde utformas som inkluderar främjande och förebyggande arbete för alla barn och unga. Samordnaren såg främst behov av att se över organiseringen av dagens stödsystem, aktörers uppdrag och mandat samt att lämna förslag om hur samhällets samlade stöd kunde organiseras för att bättre möta behov av främjande, förebyggande och åtgärdande insatser.

Kommissionen för jämlik hälsa föreslog i slutbetänkandet Nästa steg på väg mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god jämlik hälsa (SOU 2017:47) att en utredning borde tillsätts för att utreda hur en sammanhängande barn-, elev- och ungdomshälsovård skulle kunna utformas. Kommissionen menade att syftet med en sådan utredning borde vara att skapa förutsättningar för en jämlik vård genom att elevhälsans resurser samlas centralt och inte avgörs av varje skola. I den samlade barn- och ungdomsvården borde även ungdomsmottagningarna ingå. Utredningen borde utgå från befintliga aktörers organisering, deras uppdrag och mandat, samt undersöka hur ett geografiskt områdesansvar skulle kunna kombineras med befintliga vård- och skolvalssystem. Kommissionen konstaterade att mängden aktörer inom barn- och ungdomshälsovården ökar risken för fragmentisering av vårdkedjan och att det förebyggande arbetet förbises. Det offentliga systemet borde se till helheten med barnet i centrum och en samlad organisation för hälsoarbetet är nödvändig. Syftet med en samlad barn-, elev- och ungdomshälsovård borde enligt kommissionen, vara att säkerställa en jämlik tillgång till och ett sammanhållet ansvar för hälsofrämjande insatser, både generella och riktade, under hela uppväxttiden och att underlätta för vårdnadshavare att stödja barns hälsoutveckling. Vidare borde syftet vara att möjliggöra för barn att söka hjälp för sin hälsa oavsett vårdnadshavarnas resurser genom en tillgänglig form av hälsostöd i barns närhet, att minska antalet övergångar mellan olika verksamheter samt att samla kunskap, kompetens och metoder för att kunna möta barnets behov av hälsoinsatser.

SKR framhöll i rapporten Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar från 2017 att det fanns anledning att se över om vissa förändringar i organisering och arbetssätt skulle kunna bidra till att barn- och ungdomshälsovården på ett ännu mer träffsäkert sätt än i dag kan tillgodose alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa oavsett bakgrund. SKR ansåg vidare att det borde utredas om

elevhälsan även borde omfatta barn i förskoleålder eftersom kunskapen om barnets hälsa går hand i hand med det stöd barnet får i förskolan. SKR menade också att inrättande av en ungdomshälsa för barn och unga i åldern 13–24 år behöver ses över eftersom hälsovården (via ungdomsmottagningar) för denna grupp är ojämlikt fördelat i landet och för att alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa, oavsett bakgrund skulle kunna tillgodoses.

Den nationella samordnaren för den sociala barn och ungdomsvården föreslog en barn- och ungdomsreform för en hållbar framtid, i sitt slutbetänkande. Reformen skulle bidra till att stärka barns och ungas ställning i förhållande till välfärdssektorns utbud och tillgänglighet. I reformen ingick bland annat alla barns och ungas rätt till delaktighet och medskapande i frågor som rör dem och alla barns och ungas rätt till jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård. Reformen skulle möta barns, ungas och deras familjers behov och bidra till att förstärka ordinarie strukturer i samhället. Det handlade till exempel om att minska mellanrum mellan olika lagstiftningar, aktörer och samhällsnivåer.

Den nationella samordnaren för statens insatser på området psykisk hälsa föreslog i rapporten Ungas beställning till samhället (dnr. 2018/04669/FS), att frågan om en modell för en samlad barn- och ungdomshälsovård för barn och unga i åldern 0–25 år skulle utredas. Enligt samordnaren upplevde barn och unga med psykisk ohälsa svårigheter i kontakten med vården, det handlade både om mångfalden aktörer och bristen på samordning mellan dessa aktörer. Samordnaren lyfte fram att barn och unga efterfrågade en ingång till all barn- och ungdomshälsa och en sammanhållen vårdkedja som har barns och ungas behov i centrum. Den nationella samordnaren ansåg att det borde utredas om i första hand elevhälsan och i andra hand primärvården borde ha ansvar för att samordna barns och ungas hälsovård.

Hjälpmedelsutredningen uttryckte behov av en mer sammanhållen vård för barn och unga i betänkandet På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen (SOU 2017:43).

Även utredningar inom det utbildningspolitiska området har sett behov av insatser för att främja en mer sammanhållen vård och omsorg för barn och unga. Redan i början av 1980-talet lyfte skolförfattningsutredningen (U 1979:12) fram behovet av en mer sam-

manhållen barn- och ungdomshälsovård och föreslog att de dåvarande landstingskommunerna skulle ta över huvudmannaskapet för den dåvarande skolhälsovården i grund- och gymnasieskolan. Utredningen föreslog vidare att ”vården skulle ombesörjas av landstingskommunerna med egen personal men bedrivas i skolans lokaler och i nära samarbete med skolan, dess personal, elever och elevernas föräldrar”. Ett tiotal år senare lyfte elevvårdsutredningen fram behovet av en försöksverksamhet med sådan sammanhållen barn- och ungdomshälsovård i betänkandet Från dubbla spår till elevhälsan (SOU 2000:19). Även 2015 års skolkommission pekade på behovet av en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Skolkommissionen konstaterade i sitt slutbetänkande, Samling för skolan Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35) att frågor som har bäring på barns och ungas hälsa och samhällets förutsättningar att förebygga och möta barns och ungas behov hade aktualiserats i flera statliga utredningar. Flertalet av dessa utredningar hade särskilt beaktat elevhälsans uppdrag och funktion. Skolkommissionen bedömde i likhet med dessa utredningar att det fanns ett behov av att utreda hur ett långsiktigt hållbart system som tog sin utgångspunkt i alla barns och ungas behov av stöd skulle kunna utformas.

2.1.3 Utgångspunkter

Förutom vad som framgår av direktiv och avgränsningar, har utredningen identifierat några väsentliga förhållanden och perspektiv som utgör kompletterande utgångpunkter för utredningens arbete.

Barn och unga har specifika behov och förutsättningar

Barndomen präglas av anknytning, beroende, tillväxt, utveckling och varierande autonomi. Tidsperspektivet är långt, händelser i barndomen kan ge livslånga konsekvenser. Barn och unga har olika behov i olika utvecklingsstadier. Behoven varierar också utifrån andra aspekter, som till exempel socioekonomiska förhållanden. Barns uttryck för svårigheter, nedsatt hälsa eller sjukdom skiljer sig från vuxnas, men skiljer sig också mellan olika åldrar. Det är till exempel

stor skillnad mellan ett spädbarns uttryck vid ohälsa jämfört med en fjortonårings.

Barn är mer sårbara och beroende av det system och sammanhang som de lever i, det vill säga familj och närmiljö, än vuxna.

Även i barns behov av stöd och deras begränsning i rättslig handlingsförmåga skiljer de sig från vuxna.[1] I samhället har barn vanligtvis ingen egen röst eller eget mandat utan är beroende av goda och lyssnande vuxna talespersoner. Vårdnadshavare och nära viktiga vuxna har en central roll i barns liv.

Barn kan inte vänta, tidiga insatser ger stora vinster

Det finns åtskilligt med evidens för att tidiga insatser i livet ger vinster för individen, för familjen och för samhället. Ju tidigare man upptäcker och agerar desto större är det hälsoekonomiska utfallet.[2] Detta gäller för tvärsektoriella insatser mellan olika arenor i samhället som ansvarar för insatser till barn och unga och deras familjer. Hälso- och sjukvården är en sådan central arena.

Hälsofrämjande insatser tidigt i livet har historiskt sett gjort stor nytta, till exempel genom barnhälsovårdens vaccinationsprogram och fokus på näringsintag hos de små.

De allra flesta sjukdomstillstånd är också enklare att behandla tidigt i förloppet. Obehandlade kroniska sjukdomar leder ofta till förvärrade besvär, och skador som inte får läka kan ge nedsatta funktionsförmåga och långvariga besvär.

Levnadsvanor etableras ofta i tidig ålder och många risker för hälsan som beror på ohälsosamma levnadsvanor kan undvikas. En stor del av sjukvårdens samlade resurser går till behandling av olika undvikbara sjukdomstillstånd (ohälsosam vikt, cancer, hjärt-kärlsjukdomar, typ 2 diabetes).

[1] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*
[2] Heckman, J. J. (2000) 'Policies to foster human capital', *Research in Economics*, 54(1), s. 3–56.

Personcentrering och delaktighet ska gälla för barn och unga

Barn och unga ska betraktas som individer med kompetens och resurser, snarare än utifrån deras ohälsa, risk för ohälsa eller funktionsnedsättning. Barn och unga är inte heller en homogen grupp med samma behov utan insatser behöver adresseras universellt, selektivt och indikerat, det vill säga både genom breda insatser till många och mer riktat efter behov till de som behöver mer.[3] Delaktighet är en grundläggande aspekt i personcentrerad vård.[4] Det som skiljer barn från vuxna i detta hänseende är det faktum att delaktighet och stöd samt erbjudandet om vård måste anpassas efter ålder, mognad och allvarlighetsgrad.

En annan väsentlig del av personcentrerad vård är att involvera närstående.[5] Det är särskilt angeläget när det handlar om barn och unga. Familjens hälsa, trygghet och välbefinnande är central. Vårdnadshavare är enlig föräldrabalken ansvariga för barnets hälsa fram till 18 årsdagen men under uppväxten finns också lagstadgad rätt att själv söka vård och få tillgång till sina hälsodata. Många barn lever också i utsatta förhållanden eller med bristande omsorg från vårdnadshavare, vilket gör att integritets- och skyddsaspekter blir särskilt viktiga i allt arbete som rör barn.

Arbetet med barns och ungas delaktighet i vård och behandling kräver särskild kompetens, metodik och hänsyn samt ofta mer tid. Lyssnande närvaro med tillitsfullt bemötande i mötet med barn och unga är nödvändigt för att uppnå en god delaktighet.

Holistiskt synsätt ska prägla vården

Barnet eller den unge ska ses som en hel människa – inte uppdelad i ett psyke och en kropp. Psykisk ohälsa kan ge fysisk ohälsa och tvärtom. Ett holistiskt synsätt behöver integreras i ett sammanhållet system i alla led.

[3] Folkhälsomyndigheten (2019): *preventionstriangeln.*
[4] Vårdhandboken (2021) (Hämtad 2021-02-05).
[5] Vårdhandboken (2021) (Hämtad 2021-02-05).

Barnperspektivet före verksamhetsperspektivet

Att tillgodose barns och ungas behov av en god hälso- och sjukvård med goda resultat, är utgångspunkten. Hälso- och sjukvården som system, organisation och enskilda verksamheter finns inte till för sin egen skull utan tjänar endast syftet att möta invånarnas och patienternas behov. Systemet behöver formas i långsiktigt hållbara strukturer så att det möter behoven och skapar en jämlik vård. Då krävs att hälso- och sjukvården inte uppfattas som uppdelad i olika rum och nivåer, med gränser som utgör hinder.

Det innebär till exempel att utredningen väljer att fokusera på hur barns och ungas psykiska välbefinnande kan främjas och hur barn och unga bättre kan tas omhand vid psykisk ohälsa, snarare än hur barn- och ungdomspsykiatrin kan avlastas eller bli köfri.

Barnrättsperspektivet är centralt

Barn är rättighetsbärare enligt lag. Barnets fulla människovärde och integritet ska respekteras. Barnet ska inte diskrimineras på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Barnets bästa, både på lång och kort sikt ska uppmärksammas, utredas och övervägas i alla åtgärder och beslut som berör barn. Barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling ska också beaktas. Barns röster ska höras och ges inflytande i frågor som rör dem. Information om och delaktighet i vården ska erbjudas och anpassas efter ålder och mognad. Mer om barnets rättigheter enligt barnkonventionen utvecklas i Gällande rätt, kap. 3.

Barnets perspektiv ska beaktas

Enligt barnkonventionen artikel 12 har barn har rätt att höras och att uttrycka sin åsikt i alla frågor som rör barnet. Det är inte bara en rättighet för det enskilda barnet i egna ärenden, utan även för gruppen av barn, i frågor som berör dem. Barns perspektiv är deras

egna berättelser och tolkningar av sin situation, och kan därmed bidra med unik och värdefull kunskap.[6]

En sammanhållen vård är samordnad och har kontinuitet

Med sammanhållen vård avser utredningen en integrerad, effektiv och väl fungerande vård som tar ett samlat grepp om barns och ungas hälsa och utveckling under hela uppväxttiden. I en sammanhållen vård ingår att koordinera och samordna vårdinsatser från olika aktörer. En sammanhållen vård innebär att berörda vårdverksamheter samverkar för att få till stånd en samordnad vårdprocess med sömlösa övergångar där barnet eller den unge är i centrum. Samverkan i sig har inget egenvärde om det inte leder till samordning.

I en sammanhållen vård kan barnets och den unges hälsa och utveckling följas. Kontinuitet är en kvalitetsfaktor för en effektiv god och nära vård. Regeringens och den nationella inriktningen mot En nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, baseras på en stark primärvård med kontinuitet och personcentrering.[7] I dagens situation med allt mer specialiserad vård, stor personalomsättning och svårigheter med kompetensförsörjning kan personkontinuitet också i viss mån ersättas och stöttas av data- och systemkontinuitet. Barn och unga betonar dock att det är viktigt med tillit till de vuxna som ska hjälpa, varför även personkontinuitet alltid är att eftersträva.

Omställningen till en god och nära vård – behöver anpassas för barn och unga

Samma principer som gäller för den pågående omställningen till en god och nära vård ska gälla även för hälso- och sjukvården till barn och unga. En stärkt primärvård ska vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten med patienten i centrum. Ett särskilt fokus ska ligga på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Denna utredning kan ses som en förstärkning av barnperspektiven i omställningen till den nära vården. Det är utredningens

[6] Socialstyrelsen (2020): *Barns medverkan i Socialstyrelsens arbeten. Ett stödmaterial för att inhämta barns kunskaper och erfarenheter.*
[7] Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

bedömning att omställningens vägval och strategier också gynnar barns och ungas hälsa. Primärvården är den verksamhet som möter flest barn, eftersom den är hemvist för både mödrahälsovård, barnhälsovård och de flesta ungdomsmottagningar. Elevhälsans medicinska insatser möter alla barn och unga under skolåldrarna och utgör bredvid primärvården en viktig del av den nära vården för barn och unga. Den specialiserade öppenvården (barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri) har sedan decennier tillbaka varit en föregångare för en utbyggd nära vård.

2.1.4 Betänkandets disposition

Betänkandet består av några centrala delar, uppdrag och genomförande, bakgrund och nuläge, problembild och problemanalys samt förslag och bedömningar.

I kapitel 1 redogörs för författningsförslag.

I kapitel 2 redogörs för utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande.

I kapitel 3 redogör utredningen för gällande rätt.

I kapitel 4 redogör utredningen för utvecklingen av barns och ungas hälsa, grunderna för det hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvården samt barn- och ungdomshälsovårdens organisation, relevanta myndigheter och nationellt system för kunskapsstyrning.

I kapitel 5 redogör utredningen för den problembild och den problemanalys som ligger till grund för utredningens förslag.

I kapitel 6 redogör utredningen för förslag och bedömningar som ska leda till en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv god och nära vård för barn och unga. Särskild fokus har lagts på det hälsofrämjande och förebyggande arbete och ett antal bedömningar om hur vården för barn och unga med psykisk ohälsa bör utvecklas.

I kapitel 7 redogör utredningen för ikraftträdande och övergångsbestämmelser.

I kapitel 8 redogör utredningen för konsekvensanalyser av utredningens förslag.

Slutligen i kapitel 9 redogör utredningen för författningskommentarer.

Till betänkandet har lagts ett antal bilagor.

Bilaga 1 är utredningens direktiv, kommittédirektiv 2019:93.

Bilaga 2 är en rapport sammanställd av Bris som summerar barns förslag till utredningen och samarbetet kring expertgrupp barn.

Bilaga 3 är en rapport sammanställd av Tilia som summerar resultatet av ungas röster om vården och psykisk hälsa i samarbete med utredningen.

Bilaga 4 är en rapport från Uppsala universitet, som gjorts på beställning av utredningen, om hälsoekonomisk evidens för tidiga och samordnade insatser med särskilt fokus på hälso- och sjukvård och psykisk hälsa och en omvärldsanalys av samverkansmodeller för barn och unga.

Bilaga 5 är en redovisning av utredningens uppdrag att lämna underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri.

Bilaga 6 är en kortfattad sammanställning av svaren på de fyra öppna frågor som ställts i alla dialogmöten som utredningen genomfört (se nedan 2.2.2).

2.2 Utredningens genomförande

Utredningsarbetet har huvudsakligen bedrivits i dialog med företrädare för berörda myndigheter, SKR, huvudmän, professioner och barn och unga. Utredningen har bedömt att problembilden som ligger till grund för utredningens uppdrag är väl etablerad och beskriven i tidigare utredningar och myndighetsrapporter. Utredningen har därför inte genomfört några egna kartläggningar av barn- och ungdomshälsovården. Stort fokus har i stället lagts vid att gå igenom myndighetsrapporter och annan litteratur. Därutöver har utredningen tagit hjälp av forskare vid Uppsala universitet för att sammanställa information om hälsoekonomiska analyser och evidens gällande tidiga samordnade insatser kopplade till fysisk och psykisk hälsa och samverkansmodeller kring barn och unga (bilaga 4).

2.2.1 Expert- och referensgrupper

Till utredningen har en expertgrupp knutits med företrädare för berörda myndigheter, SKR, huvudmän och Bris. Utredningen har hållit sex möten med expertgruppen med anledning av det utredningsuppdrag som ska redovisas i delbetänkandet. Syftet med dessa möten har varit att diskutera väsentliga teman för utredningen och redovisa och få synpunkter på utredningens förslag och bedömningar.

Därutöver har utredningen knutit tre referensgrupper till utredningsarbetet, en med professionsföreträdare, en med patientföreträdare och en med personer med juridisk kompetens. Referensgruppen för professionsföreträdare har bestått av representanter för Akademikerförbundet SSR, Svenska Barnläkarföreningen, Svenska Barnmorskeförbundet, Dietisternas riksförbund, Distriktssköterskeföreningen, eHälsoläkarföreningen, Fysioterapeuterna, Riksföreningen för Barnsjuksköterskor, Riksföreningen för Skolsköterskor, Svenska skolläkarföreningen, Svensk sjuksköterskeförening, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svenska Logopedförbundet, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Vårdförbundet, NPO Barn och ungas hälsa, NPO Tandvård, NPO Psykisk hälsa och Sveriges Farmaceuter.

Referensgruppen för patientföreträdare har bestått av representanter från Autism- och Aspergerförbundet, Förbundet Unga Rörelsehindrade, Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, Föreningen Tilia, Maskrosbarn, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, Unga reumatiker, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Svenska prematurförbundet, Attention, Unga allergiker, Unga med synnedsättning, Unga med hörselnedsättning och Synskadades riksförbund.

Utredningen har träffat referensgrupperna för professions- och patientföreträdare vid fyra tillfällen med anledning av delbetänkandets uppdrag. Vid dessa tillfällen har relevanta teman för utredningen diskuterats och synpunkter inhämtats på utredningens förslag och bedömningar.

Utredningen har också inrättat en juridisk referensgrupp som har lämnat synpunkter på utvecklingen av utredningens författningsförslag.

Dessutom har utredningen genomfört ett stort antal bilaterala möten med berörda intressenter inom olika delar av hälso- och sjukvården inklusive elevhälsans medicinska insatser för att få en ökad inblick och kunskap om förutsättningarna inom barn- och ungdomshälsovården.

Samtliga grupperingar har haft stor betydelse för utvecklingen av utredningens förslag och bedömningar.

2.2.2 Dialoguppdraget

Utredningen har i enlighet med direktivet fört dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän för att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå. Dessutom har utredningen fört dialog med flera företrädare för civila samhället, SKR, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård. Syftet med dialogen var att fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer samt att diskutera alternativa vägar framåt för att få till stånd en mer sammanhållen god och nära vård.

Utredningen har sammantaget genomfört ett 50-tal dialogmöten. Mot bakgrund av de särskilda förhållanden som pandemin inneburit för alla verksamheter och medborgare i Sverige har dialogmötena uteslutande genomförts digitalt. För att skapa struktur och systematik har dialogmötena utformats med utgångspunkt från följande fyra frågeställningar:

- Om din organisation skulle prioritera barns och ungas hälso- och sjukvård extra mycket under ett års tid – vilka aktiviteter/insatser skulle ni satsa på?
- För att börja med barnen måste olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet samverka. Hur samverkar ni i dag och med vilka aktörer?
- För att börja med barnen måste uppdrag och ansvar i hälso- och sjukvården hänga ihop med barnet i centrum – hur fungerar samverkan mellan aktörer och ansvarsfördelning hos er?

- För att börja med barnen måste vi veta mer om deras hälsa. Därför behövs statistik över barns mående och hälsa på nationell nivå. Hur mäter ni barns hälsa i dag?

En sammanställning över de inspel som lämnats under dialogmötena finns i bilaga 6.

2.2.3 Särskilt om genomförandet av uppdraget om psykiska hälsa

När det gäller utredningens uppdrag att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bland annat psykisk ohälsa har utredningen särskilt samrått med olika myndigheter såsom Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering och Inspektionen för vård och omsorg. Utredningen har flera gånger träffat en så kallad basgrupp som samlar alla berörda aktörer på nationell nivå inom psykisk ohälsa, samma gruppering leder regeringsuppdraget att ta fram en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.[8] Utredningen har också samrått med flera avdelningar och berörda nätverk inom SKR bland annat SKR:s psykiatrisamordnare och projektchef för uppdrag psykisk hälsa, avdelningarna för vård och omsorg och för utbildning och arbetsmarknad, nätverket för ledning och styrning av psykiatrin och de nationella programområdesgrupperingarna för psykisk hälsa och primärvård. Utredningen har även fört täta samtal med regeringens tidigare samordnare för psykisk hälsa och den tidigare psykiatrisamordnaren.[9] Dessutom har utredningen fört en dialog med Svensk Förening för Barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) och det nationella chefsnätverket för BUP. Därutöver har utredningen deltagit i flera olika bilaterala möten och mindre grupperingar med stark koppling till aktuell forskning på området och med särskilt fokus på små barns psykiska hälsa, anknytning, utvecklingspsykologi och föräldraskap.

[8] Regeringen (2020): *Uppdrag till Socialstyrelsen att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention* (dnr S2020/06171/FS).
[9] Regeringen (2012): *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016 (*dnr: S2012.006).

2.2.4 Barns och ungas delaktighet och bidrag till utredningen

Samarbete med Bris

Barn och unga är experter på sina egna liv. I barnkonventionen artikel 12 fastlås att barn och unga har rätt till delaktighet och inflytande i frågor som rör dem. Att göra barn och unga delaktiga, att få komma till tals, berätta om sina egna erfarenheter samt idéer och förbättringsförslag har varit en central och viktig del för utredningen. I samarbete med Bris har nära 700 barn och unga bidragit till utredningens arbete. Frågeställningarna till de unga togs fram av utredningens och Bris medarbetare med utgångspunkt från direktivet och uppdraget och anpassades för att skapa öppenhet och delaktighet.

Underlaget till utredningen har samlats in på olika sätt, dels enligt Bris egen metod *Expertgrupp barn* med fyra workshops på högstadieskolor i Göteborg, Umeå och Linköping i årskurs 7–9, dels genom klassrumsinterventioner och en enkät via Bris webbplats.[10] Expertgrupperna bestod av 10–12 elever per skola och eleverna hade olika erfarenhet och förförståelse för hälso- och sjukvården och de vårdverksamheter som ingår i utredningens uppdrag. Samtalet med barn och unga byggde på ett strukturerat arbetssätt och ett antal frågeställningar om hälsa och vilket stöd som barn och unga efterfrågar från skolan, elevhälsan och hälso- och sjukvården i övrigt. Därutöver fick alla skolklasser i de aktuella skolorna möjlighet att diskutera frågorna tillsammans med sin lärare och lämna ytterligare inspel och bidrag till utredningen.

Under två veckor kunde barn och unga dessutom svara på en enkät med motsvarande frågor som ställdes i skolklasserna om hälsa på Bris webbplats. Nära 400 barn och unga i åldrarna 8–18 svarade på enkäten. Syftet med enkäten var få ett bredare svarsunderlag från barn och unga. Bris har sammanställt resultaten från expertgrupper och enkäten på Bris webbplats har i rapporten Ta psykisk hälsa på lika stort allvar som fysisk hälsa. För att läsa rapporten i sin helhet se bilaga 2.

[10] Bris (2019): *Expertgrupp barn – metodhandbok.*

2.2.5 Samarbete med Tilia

För att utredningen skulle få en fördjupad insikt och kunskap om barns och ungas psykiska hälsa har utredningen också genomfört ett samarbete med Tilia, en ideell organisation som arbetar för barns och ungas psykiska hälsa.[11] Med hjälp av Tilia samlades barns och ungas synpunkter in på flera sätt, bland annat genomfördes en 60 minuter lång live-sändning via det sociala mediet Instagrams funktion instagram stories med 95 anonyma unga deltagare. Dessutom genomfördes två workshops med barn och unga i åldrarna 16–20 år om barns och ungas erfarenheter av psykisk ohälsa och möten med hälso- och sjukvården via e-mötestjänsten Zoom. Utredningen fick bland annat återkoppling på förslag och bedömningar med särskild fokus på bedömningar inom området psykisk hälsa. Mer information om detta samarbete finns i bilaga 3.

2.2.6 Samverkan med berörda statliga utredningar

Utredningen har samverkat med flera pågående och avslutade statliga utredningar, till dessa hör:

- Utredningen om samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) med anledning av utredningens uppdrag att utreda införandet av en ny form av insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa (dir. 2019:49),
- Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03) med anledning av uppdraget att göra en översyn av socialtjänstlagen (dir 2017:39).
- Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) med anledning av uppdraget att analysera regleringen av tillgång till elevhälsa och föreslå en ändring så att det förtydligas vad som är en acceptabel lägstanivå. (dir. 2020:18).
- Barnkonventionsutredningen (S 2018:03) med anledning av uppdraget att kartlägga hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med barnkonventionen (dir. 2018:20).

[11] Tilia (2020): https://teamtilia.se/ (Hämtad 20-12-21).

- Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (S 2018:12) med anledning av uppdraget analysera och lämna förslag på en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen den befintliga myndighetsstrukturen (tilläggsdir. 2019:78).
- Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) med anledning av uppdraget att göra en översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (dir. 2019:37).
- Utredningen om fler barn i förskolan för bättre språkutveckling i svenska (U 20019:01) med anledning av uppdraget att lämna förslag som syftar till att öka deltagandet i förskolan bland barn i 3–5 års ålder och föreslå hur förskolans arbete med barnens språkutveckling i svenska kan stärkas, bl.a. när det gäller nyanlända barn (dir 2019:71).
- Utredningen om ett statligt huvudmannaskap för skolan (U 2020:07) med anledning av uppdraget att se över och lämna ett beslutsunderlag som kan ligga grund för fortsatt beredning av frågan (dir. 2020:140).
- Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08) med anledning av uppdraget att samordna insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd (dir. 2020:68).
- Delegationen för en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12) med anledning av uppdraget att utreda bedöma om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti samt hur målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska nås (dir 2020:81).
- Den nationella samordnaren för Agenda 2030 med anledning av uppdraget att ska stödja regeringen i arbetet med att genomföra Agenda 2030 och FN:s globala mål för hållbar utveckling nationellt (dir 2020:17).

3 Gällande rätt

3.1 Allmänt om kapitlet

I detta kapitel redogörs för några av de bestämmelser som varit relevanta att beakta i utredningens arbete. Kapitlet utgör inte en uttömmande beskrivning av regelverket på hälso- och sjukvårdens område eller av de bestämmelser som gäller hälso- och sjukvård för barn och unga. I samband med att vissa frågor behandlas i övriga delar av betänkandet finns vissa ytterligare beskrivningar av bestämmelser och andra rättskällor som är relevanta för just de frågorna.

3.2 Allmänt om hälso- och sjukvårdslagen

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas.

Med hälso- och sjukvård avses, enligt 2 kap. 1 § HSL, p. 1 åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, p. 2 sjuktransporter, och p. 3 omhändertagande av avlidna. I förarbetena till bestämmelsen utvecklas vad som ingår i definitionen av hälso- och sjukvård. Enligt dessa ingår bland annat sjukdomsförebyggande åtgärder av både miljöinriktad och individinriktad karaktär. Detta innefattar dels insatser för att fastställa hur kemiska, biologiska, fysiska, sociala och psykologiska faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd, dels allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsoupplysning samt mödra- och barnhälsovård.[1]

Enligt 3 kap. 1 § HSL är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda män-

[1] Se prop. 1981/82:97 s. 110–112.

niskans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska, enligt 3 kap. 2 § HSL, arbeta för att förebygga ohälsa.

I 5 kap. 1 § HSL regleras att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Med god vård avses att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och att den ska vara lätt tillgänglig. Av 5 kap. 2 § HSL framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvård, ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Kvaliteten i verksamheten ska, enligt 5 kap. 4 § HSL, systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

3.3 Särskilda skyldigheter i fråga om barn

I 5 kap. 6–8 §§ HSL regleras särskilda skyldigheter när det gäller hälso- och sjukvård som avser barn. Dessa bestämmelser gör ingen åtskillnad på vilken vårdform, verksamhet eller huvudman som tillhandahåller vården utan omfattar all hälso- och sjukvårdsverksamhet.

I 5 kap. 6 § HSL regleras den grundläggande principen att barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn.[2]

I 5 kap. 7 § HSL regleras att ett barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med, enligt p. 1 har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, p. 2 har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller p. 3 har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

I 5 kap. 8 § HSL regleras att hälso- och sjukvården, på socialnämndens initiativ ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs i frågor som rör barn som far illa eller som riskerar att fara illa. Skyldigheter för anmälan till socialnämnden att

[2] En likalydande bestämmelse finns också i 1 kap. 8 § patientlagen.

ett barn kan behöva nämndens skydd regleras i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

3.4 Kort om regionens ansvar som huvudman

I 8 kap. HSL regleras regionens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Regionen ska erbjuda god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen, enligt 8 kap. 1 § HSL. Därutöver har regionen även en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård åt andra personer under vissa förutsättningar enligt 8 kap. 2–4 §§ HSL. Regionen ansvarar inte för sådan hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar för enligt 12 kap. 1 § eller 14 kap. 1 § HSL, vilket anges i 8 kap. 6 § HSL.

I 7 kap. HSL finns bestämmelser om organisation och planering av den hälso- och sjukvård som regionen är huvudman för. Där anges bland annat, i 7 kap. 2 § HSL, att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar och beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Vidare stadgas bland annat, i 7 kap. 2 a § HSL, att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt.

I 7 kap. 3 § HSL regleras grunderna för vårdvalssystemet vilket bland annat innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

I 7 kap. HSL finns också bestämmelser om regionens skyldighet att samverka. Regionen ska bland annat samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården enligt 7 kap. 7 § HSL. Regionerna ska också, enligt 7 kap. 8 § HSL, samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner.

3.5 Kort om kommunens ansvar som huvudman

Kommunen ansvarar enligt 12 kap. 1–2 §§ HSL för att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bostäder och verksamheter och, om det överenskommits med regionen, hemsjukvård. Undantag gäller för sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare, enligt 12 kap. 3 § HSL. Kommunen har också ansvar för att erbjuda viss annan hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 4–6 §§ HSL.

I 11 kap. 3 § HSL regleras skyldigheten för kommunen att samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Av 11 kap. 2 § HSL framgår att kommunen har en skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård och ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

3.6 Samverkan mellan region och kommun

Bestämmelser om samverkan mellan huvudmännen finns i 16 kap. HSL. Av 16 kap. 1 och 2 §§ HSL framgår bland annat vad som gäller i fråga om samverkan rörande sådan hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder enligt 12 kap. 1 och 2 §§ HSL. Bland annat anges i 16 kap. 1 § att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård inom ramen för det kommunala ansvaret.

När den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska regionen, enligt 16 kap. 4 § HSL, tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan (en så kallad samordnad individuell planering, förkortad SIP). Motsvarande ansvar för SIP för socialtjänsten finns i 2 kap. 7 § SoL. Enligt ovan nämnda bestämmelser ska en SIP upprättas om regionen eller kommunen bedömer att det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Vidare regleras i bestämmelserna att när det är möjligt ska planen upprättas tillsammans med den enskilde och om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig detta, ska närstående till den enskilde också ges möjlighet att delta i arbetet med planen. Av planen ska det särskilt framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller

kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

3.7 Övergripande om vissa bestämmelser i patientlagen

Enligt 1 kap. 1 § patientlagen (2014:821) syftar lagen till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Flera av bestämmelserna i patientlagen återspeglar sådan reglering som finns i annan hälso- och sjukvårdslagstiftning, t.ex. i HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Det gäller t.ex. beskrivningen av målet med hälso- och sjukvården i 1 kap. 6 § patientlagen, bestämmelsen i 1 kap. 7 § patientlagen om att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och bestämmelsen i 1 kap. 8 § patientlagen om att barnets bästa ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn.

I patientlagens tredje kapitel finns bestämmelser om information. I 3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen anges vilken information patienten ska få. Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället, såvitt det är möjligt, lämnas till en närstående till denne i enlighet med 3 kap. 4 § patientlagen. Av 3 kap. 3 § patientlagen framgår att när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få motsvarande information som patienten ska få enligt 3 kap. 1 och 2 §§. Enligt 3 kap. 5 § patientlagen får information däremot inte lämnas till patienten eller någon närstående om det finns sekretesshinder eller råder tystnadsplikt.

Enligt 3 kap. 6 § patientlagen ska informationen anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Det finns också en skyldighet i 3 kap. 7 § patientlagen för den som ger informationen att så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen kan lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om patienten ber om det.

I patientlagens fjärde kapitel finns bestämmelser om samtycke. I 4 kap. 1 § patientlagen anges att patientens integritet och självbestämmelse ska respekteras. Av 4 kap. 2 § framgår att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information. När patienten är ett barn, ska barnets inställning till aktuell vård och behandling så långt som möjligt kartläggas och tillmätas betydelse i förhållande till dennes ålder och mognad. Detta framgår av 4 kap. 3 § patientlagen.

I patientlagens femte kapitel finns bestämmelser om delaktighet. Hälso- och sjukvården enligt 5 kap. 1 § patientlagen så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Av 5 kap. 2 § patientlagen framgår att patientens medverkan ska utgå ifrån patientens önskemål och individuella förutsättningar. Närstående till patienten ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården om det är lämpligt och om inte bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta. Detta regleras i 5 kap. 3 § patientlagen.

I patientlagens sjätte kapitel finns bestämmelser om fast vårdkontakt och individuell planering. Där anges bland annat, i 6 kap. 1 § patientlagen, att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses samt att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Av 6 kap. 2 § patientlagen framgår att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om denne begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet kontinuitet och säkerhet.

3.8 Övergripande om vissa bestämmelser i patientsäkerhetslagen

Av 1 kap. 1 § PSL, framgår att lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Vad som avses med hälso- och sjukvård i lagen regleras i 1 kap. 2 § PSL.

I 3 kap. PSL regleras vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Där anges bland annat att vårdgivaren, enligt 3 kap. 1 § PSL, ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL

respektive tandvårdslagen upprätthålls. I 3 kap. 4 § PSL regleras att vårdgivaren också ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

I kap. 6 kap. PSL regleras skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Där anges bland annat, i 6 kap. 1 § PSL, att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

3.9 Övergripande om vissa bestämmelser i skollagen

Skollagen (2010:800) innehåller bestämmelser om skolväsendet. Av 2 kap. 2–5 §§ skollagen framgår vem som är huvudman inom skolväsendet. Av 2 kap. 8 a § skollagen framgår att huvudmannen ska utse en skolchef som ska biträda huvudmannen med att tillse att de föreskrifter som gäller för utbildningen följs. Det pedagogiska arbetet vid en förskole- eller skolenhet ska ledas och samordnas av en rektor enligt 2 kap. 9 § skollagen.

I 2 kap. 25 § regleras att det för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska finnas elevhälsa. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas mål mot utveckling ska stödjas. För alla dessa insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator.

Varje elev ska under sin skoltid erbjudas ett visst specificerat antal hälsokontroller genom hälsobesök. Av 2 kap. 27 § skollagen framgår att även syn, hörsel och andra begränsade hälsokontroller ska erbjudas eleven mellan hälsobesöken. Eleverna får enligt 2 kap. 28 § skollagen också anlita elevhälsan vid behov för enkla sjukvårdsinsatser.

Även HSL, PSL och patientlagen är relevanta när det gäller elevhälsans medicinska insatser, eftersom vårdgivare inom elevhälsan omfattas av flera av bestämmelserna i de lagarna.

3.10 Barnkonventionen

3.10.1 Kort historik

Förenta nationernas (FN:s) generalförsamling antog den 20 november 1989 konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen). Denna trädde i kraft den 2 september 1990 och genom dess ratificering skapades ett internationellt regelverk som anger de rättigheter som barn har och de skyldigheter som det allmänna har gentemot personer som är under 18 år. Genom barnkonventionen ges barn ett fullständigt erkännande som rättighetsbärare. Rättigheterna som barn tillförsäkras bygger på allmänna mänskliga rättigheter som fastställts genom flera internationella överenskommelser.

Till barnkonventionen tillkommer också tre fakultativa protokoll med fördjupade åtaganden. De två första avser indragning av barn i väpnade konflikter och försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi. Dessa protokoll antogs av FN:s generalförsamling den 25 maj 2000 och trädde i kraft i Sverige den 20 mars 2003 respektive den 19 februari 2007. Det tredje protokollet om ett individuellt klagomålsförfarande har ännu inte ratificerats av Sverige.

Barnkonventionen och de fakultativa protokollen är en del av den internationella folkrätten vilket innebär att alla stater som har ratificerat dem är skyldiga att uppfylla dem. I Sverige är såväl riksdag, regering, regioner, kommuner som andra myndigheter ansvariga för att inom ramen för sina verksamhetsområden säkerställa att barns rättigheter enligt konventionen respekteras.[3]

FN har också inrättat en särskild kommitté, FN:s kommitté för barnets rättigheter (Barnrättskommittén) för att kunna granska konventionsstaternas uppfyllande av barnkonventionen och de därtill hörande fakultativa protokollen. Till Barnrättskommitténs uppgifter hör bland annat att ge stöd till konventionsstaterna i form av vägledning om tolkning av regelverken genom exempelvis juridiskt icke-bindande allmänna kommentarer som ger uttryck för kommitténs samlade syn på konventionen, genom periodiska uppföljningar av respektive stats förverkligande av konventionen samt genom rekommendationer och sammanfattande slutsatser (utifrån

[3] Se artikel 4 barnkonventionen vari anges att staten ska vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. Däremot är det upp till varje stat som har ratificerat konventionen att bedöma på vilket sätt dessa åtgärder ska genomföras och säkerställas.

uppföljningarna) i form av s.k. Concluding Observations, utifrån var respektive stat bör uppmärksamma och prioritera i fortsatt arbete med genomförandet av barnkonventionen.

Regeringen har sedan ratificeringen av konventionen genomfört såväl lagstiftningsåtgärder som andra åtgärder för att främja och stärka barns rättigheter inom olika områden, inte minst utifrån den av riksdagen antagna Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (2010). Bland annat innebär strategin att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen.

År 2016 överlämnade Barnrättighetsutredningen betänkandet Barnkonventionen blir svensk lag (SOU 2016:19) till regeringen. I mars 2018 överlämnade regeringen en proposition[4] om inkorporering av barnkonventionen till riksdagen och från och med 1 januari 2020 utgör barnkonventionen svensk lag genom lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

3.10.2 De grundläggande principerna i barnkonventionen

Barnkonventionen består av 54 artiklar, varav 41 är s.k. sakartiklar som fastslår barnets rätt att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda, medan övriga artiklar fastslår hur konventionsstaterna ska arbeta med konventionen. Sakartiklarna ska läsas i sin helhet och inte som separata delar.[5]

Barnrättskommittén har lyft fram fyra grundläggande rättigheter i barnkonventionen som utgör konventionens grundprinciper, artiklarna 2, 3, 6 och 12. Även om ingen av konventionens rättigheter är över- eller underordnad andra rättigheter, beaktas dessa som konventionens ”fyra pelare” som ska genomsyra övriga rättigheter och alltid beaktas i fråga om barn.

[4] Se prop. 2017/18:186, Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.
[5] Se exempelvis www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen där barnkonventionen beskrivs som ”hel och odelbar”.

Artikel 2, Lika rättigheter och icke-diskriminering

1. Konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt.
2. Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att barnet skyddas mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av föräldrars, vårdnadshavares eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro.

Den första punkten i artikel 2 innebär att alla barn som befinner sig i Sverige ska få sina rättigheter tillgodosedda, oavsett var barnet bor eller vilken skola barnet går på. Barnet får inte utsättas för diskriminering på grund av omständigheter som rör barnet eller dess föräldrar, såsom exempelvis religion, ursprung eller politiska åsikter.

I den andra punkten skyddas barn mot alla former av diskriminering[6], dvs. barn får inte diskrimineras på de grunder som anges i barnkonventionen.[7]

Artikel 3, Barnets bästa

1. Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.
2. Konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess

[6] Diskrimineringsgrunderna i barnkonventionen är: ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt. Jfr diskrimineringsgrunderna i diskrimineringslagen (2008:567) som är *sju* till antalet och utgörs av: kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning samt ålder.

[7] I Sverige gäller även förbud mot diskriminering på de grunder som anges i diskrimineringslagen (2008:567).

föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har juridiskt ansvar för barnet, och ska för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder och administrativa åtgärder.

3. Konventionsstaterna ska säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för omvårdnad eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal och lämplighet samt behörig tillsyn.

Artikeln innebär att vid alla åtgärder som rör barn, ska det beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Enligt Barnrättskommittén finns det tre dimensioner på barnets bästa; en rättighet för barnet att få sina intressen (barnets bästa) bedömda och beaktade, en rättslig tolkningsprincip om en rättsregel är öppen för flera tolkningar samt ett tillvägagångssätt för att konstatera och redogöra för vilka konsekvenser ett beslut som rör barn kan få och hur barnets bästa har beaktats i beslut om en åtgärd.

Vad som utgör barnets bästa i tidig ålder och under ungdomsåren skiljer sig åt. Barnrättskommittén har därvid skrivit två kommentarer till genomförandet av artikel 3. När det gäller den tidiga barndomen[8] har kommittén betonat att barn är rättighetsbärare och sociala aktörer från livets början och att små barn har en särskild sårbarhet men också egna intressen och förmågor. De har rätt till skydd, vägledning och stöd i deras utövande av sina rättigheter och det är viktigt att det skapas förutsättningar för att de små barnen ska kunna uttrycka sina åsikter, att de tillfrågas i frågor som berör dem med utgångspunkt i deras förmågor, deras bästa och deras rätt till skydd mot skadliga upplevelser. Ungdomstiden[9] är däremot ett stadium i livet som kännetecknas av ökade möjligheter, förmågor, strävanden, energi och kreativitet, men också av en betydande utsatthet. Ungdomar upplever större förväntningar kring sin roll i samhället och mer betydelsefulla vänskapsrelationer när de övergår från en beroendesituation till att vara mer självständiga. Det är därför

[8] FN:s barnrättskommitté har definierat den tidiga barndomen såsom tiden från 0 till 8 år. Se GENERAL COMMENT No. 7 (2005), *Implementing child rights in early childhood.* CRC/C/GC/7/Rev.1 20 september 2006, s. 2.

[9] FN:s barnrättskommitté har inte formellt definierat ungdomstiden (adolescence) på samma sätt som den ”tidiga barndomen” men fokus läggs på perioden mellan 10 och 18 års ålder för att underlätta enhetlighet vid insamling av data. Se GENERAL COMMENT No. 20 (2016), Implementing childs right in adolescence.

viktigt att tänka på att när barnets ålder och mognad ökar, utvecklas också dess kompetens, insikter och förmåga att agera. Vuxna ska stödja ungdomar så att de kan ta större ansvar för sina egna liv.

Artikel 6, Rätt till liv, överlevnad och utveckling

1. Konventionsstaterna erkänner varje barns inneboende rätt till livet.
2. Konventionsstaterna ska till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling.

Varje barn har alltså rätt till liv, överlevnad och utveckling. Rätten till utveckling omfattar en helhetssyn på barnet där såväl fysisk, psykologisk som social utveckling ingår.

Artikel 12, Rätt att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande

1. Konventionsstaterna ska tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.
2. För detta ändamål ska barnet, i alla domstolsförfaranden och administrativa förfaranden som rör barnet, särskilt beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom en företrädare eller ett lämpligt organ och på ett sätt som är förenligt med nationella procedurregler.

Enligt denna artikel har varje barn som kan bilda egna åsikter rätt att uttrycka dessa åsikter i alla frågor som rör barnet. Åsikterna ska få betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Den vuxne har därmed ett ansvar att göra barnet delaktigt och anpassa sättet att lyssna utifrån barnets ålder, mognad och funktionsförmåga.

Barnet ska vidare, enligt andra punkten, i domstols- och myndighetsärenden ha möjlighet att höras på ett sätt som är lämpligt för barnet vilket kan innebära att barnet hörs direkt, exempelvis genom en företrädare eller på annat sätt.

Barnrättskommittén har utifrån artikel 12 förtydligat att barnets rätt att göra sin röst hörd innebär en rättighet till både delaktighet och inflytande. Rätten att komma till tals är en rättighet och inte en skyldighet vilket innebär att barnet måste få välja, utan påtryckningar, om det önskar delta eller inte. Rätten att komma till tals är också absolut för alla barn, vilket innebär att den inte får begränsas utifrån landets resurser. Det måste också finnas förutsättningar för att barn ska kunna komma till tals, och för detta behövs strukturer och trygga miljöer som möjliggör detta.

3.10.3 Särskilt om barns rätt till hälsa och sjukvård

I artikel 24 barnkonventionen behandlas barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering, främst genom att exemplifiera på vilket sätt en stat ska sträva efter att förverkliga denna rätt. Artikeln stadgar därutöver en skyldighet för staten att vidta åtgärder för att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa. Genom artikeln åtar sig en stat också att främja och uppmuntra ett internationellt samarbete i syfte att förverkliga rätten till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering.

När primärvård uttrycks i artikel 24 är utgångspunkten det synsätt på primärvården som formulerades under Alma-Ata-deklarationen[10] som sedan förstärktes av Världshälsoförsamlingen (WHA)[11]. Detta synsätt betonar behovet av att avskaffa utanförskap och minska sociala skillnader i hälsa, att organisera hälso- och sjukvård utifrån människors behov och förväntningar, att införliva hälsa i andra samhällssektorer, att föra policydialoger enligt samarbetsmodell samt att utöka intressenternas deltagande, även när det gäller efterfrågan och hur hälso- och sjukvård lämpligen bör utnyttjas.

Genomförandet av artikel 24 måste alltid ta hänsyn till samtliga människorättsprinciper, i synnerhet konventionens vägledande principer, och styras av evidensbaserade folkhälsonormer och bästa praxis.[12]

---

[10] Alma-Ata-deklarationen vid den Internationella konferensen om primärvård, Alma-Ata (Kazakstan), 6–12 september 1978.

[11] Världshälsoförsamlingen, Primary health care, including health systems strengthening, document A62/8.

[12] Se Barnrättskommitténs allmänna kommentarnr. 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24), vidare refererad till som *CRC/C/GC/15*.

Artikel 24

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.
2. Konventionsstaterna ska sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att:
   a) minska spädbarns- och barnadödligheten,
   b) säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig hälso- och sjukvård med tonvikt på utveckling av primärvården,
   c) bekämpa sjukdom och undernäring, bland annat inom ramen för primärvården, genom utnyttjande av lättillgänglig teknik och tillhandahållande av lämpliga och näringsrika livsmedel och rent dricksvatten, med beaktande av de faror och risker som miljöförstöring innebär,
   d) säkerställa tillfredsställande hälso- och sjukvård för mödrar före och efter förlossningen,
   e) säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall och får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper,
   f) utveckla förebyggande hälso- och sjukvård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp i familjeplaneringsfrågor.
3. Konventionsstaterna ska vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa.
4. Konventionsstaterna åtar sig att främja och uppmuntra internationellt samarbete i syfte att gradvis uppnå det fulla förverkligandet av den rätt som erkänns i denna artikel. Särskild hänsyn ska härvid tas till utvecklingsländernas behov.

Barns rätt till hälsa omfattar alltså en uppsättning av fri- och rättigheter. De omfattar rätten att bestämma över den egna hälsan och

kroppen, inklusive den sexuella och reproduktiva friheten att göra ansvarsfulla val. I rättigheterna ingår också tillgång till olika inrättningar, varor, tjänster och villkor som ger alla barn samma möjligheter till bästa uppnåeliga hälsa. I begreppet bästa uppnåeliga hälsa ingår barnets biologiska, sociala, kulturella och ekonomiska förutsättningar, men även statliga resurser och resurser från andra håll, såsom exempelvis icke-statliga organisationer, det internationella samfundet och den privata sektorn.[13]

I barns rätt till god hälso- och sjukvård ingår förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, behandling, rehabilitering och palliativ vård. På primärvårdsnivå måste dessa tjänster vara tillgängliga med tillräcklig omfattning och kvalitet. De ska vara fungerande samt fysiskt och ekonomiskt tillgängliga för alla grupper av barn, och godtagbara för alla. Hälso- och sjukvårdsystemet bör inte endast erbjuda vård, utan även rapportera rättighetskränkningar och orättvisor till berörda myndigheter. I den utsträckning det är möjligt bör också sekundär- och tertiärvård göras tillgänglig med fungerande remissystem som kopplar samman lokalsamhällen och familjer på alla nivåer i vården.[14]

Vidare bör heltäckande primärvårdsprogram erbjudas tillsammans med beprövade lokalt förankrade insatser, till exempel förebyggande vård, behandling av specifika sjukdomar, och kostrelaterade åtgärder. Insatserna på lokalsamhällesnivå bör omfatta information, tjänster och varor, samt förebyggande av sjukdomar och skador, exempelvis genom investeringar i trygg offentlig miljö, trafiksäkerhet och utbildningar i att förhindra skador, olyckor och våld.[15] Staterna bör vidare säkerställa att det finns personal i tillräckligt antal och med rätt utbildning för att alla barn ska ha tillgång till barnhälsovård. Det krävs också reglering och tillsyn samt rimlig ersättning och rimliga tjänstevillkor även för vårdpersonal på lokalsamhällesnivå. Kapacitetsutveckling ska utformas så att hälso- och sjukvårdsleverantörer arbetar på ett barnanpassat sätt och inte förvägrar barn några tjänster de har laglig rätt till. Mekanismer för ansvarskontroll bör införlivas i verksamheten så att kvalitetssäkringsnormer upprätthålls.[16]

[13] Se CRC/C/GC/15 punkt 23.
[14] Se CRC/C/GC/15 punkt 25.
[15] Se CRC/C/GC/15 punkt 26.
[16] Se CRC/C/GC/15 punkt 27.

Artikel 24.1 innebär att konventionsstaterna har en strikt skyldighet att säkerställa att alla barn har tillgång till hälso- och sjukvård samt andra relevanta tjänster. Denna skyldighet gäller särskilt i missgynnade områden och befolkningar. Artikeln ställer krav på att det ska finnas ett heltäckande primärvårdssystem med fullgoda rättsliga ramar och att kontinuerlig uppmärksamhet riktas på de underliggande faktorer som påverkar barns hälsa.[17]

I enlighet med artikel 24.2 bör staterna införa en process för att identifiera och hantera andra frågor som är relevanta för barns rätt till hälsa. Detta kräver bland annat en fördjupad analys av den nuvarande situationen vad gäller prioriterade hälsoproblem och insatser samt att man identifierar och genomför evidensbaserade åtgärder och policyer som svarar mot nyckelfaktorer och hälsoproblem. När det är lämpligt ska barn konsulteras i arbetet.[18] Arbetet för barns rätt till hälsa bör särskilt fokusera på missgynnade barn, och barn i områden med dålig tillgång till tjänster. Staterna bör identifiera de faktorer på nationell och regional nivå som skapar utsatthet för barn eller missgynnar vissa grupper av barn. Dessa faktorer bör finnas med när man tar fram lagar, regleringar, policyer, program och tjänster som rör barns hälsa, och arbetar med att främja rättvisa.[19]

I enlighet med 24.2. [b] bör staterna bör prioritera allmän tillgång till primärhälsovård för barn, i så nära anslutning som möjligt till barnens och deras familjers hem, främst inom lokalsamhällen. Det krävs effektiva hälsovårdssystem med en robust finansieringsmekanism, en välutbildad och skäligt avlönad arbetsstyrka, tillförlitlig information att grunda beslut och policyer på, välskötta anläggningar och logistiksystem som levererar mediciner och teknik av god kvalitet, samt starkt ledarskap och styrning. Att tillhandahålla hälso- och sjukvård i skolor skapar en viktig möjlighet för hälsofrämjande arbete och screening för sjukdomar och ökar tillgängligheten till hälsovård för barn som går i skolan.[20]

Barnrättskommittén har uttryckt bekymmer över den ökande psykiska ohälsan bland ungdomar, inklusive utvecklings- och beteendestörningar, depression, ätstörningar, ångest, psykologiska trauman efter övergrepp, vanvård, våld eller utnyttjande, bruk av alkohol, tobak och droger, tvångsbeteenden som till exempel överdrivet

[17] Se CRC/C/GC/15 punkt 28.
[18] Se CRC/C/GC/15 punkt 32.
[19] Se CRC/C/GC/15 punkt 11.
[20] Se CRC/C/GC/15 punkt 36.

bruk och beroende av internet och annan teknik, samt självskador och självmord.

> Det finns en växande insikt om behovet av ökad uppmärksamhet kring beteendemässiga och sociala problem som undergräver barns psykiska hälsa, psykosociala välmående och emotionella utveckling. Kommittén varnar för övermedicinering och institutionalisering, och uppmanar staterna att tillämpa ett synsätt som utgår från folkhälsa och psykosocialt stöd för att möta psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, och att investera i primärvårdsmetoder som underlättar tidig upptäckt och behandling av barns psykosociala, emotionella och psykiska problem.[21]

Staterna är därvid skyldiga att tillhandahålla lämplig behandling och rehabilitering åt barn med psykiska och psykosociala störningar, och samtidigt undvika onödig medicinering. WHO:s resolution från 2012 om den globala bördan av psykiska störningar och behovet av en övergripande och samordnad respons från hälsosektorer och sociala sektorer på nationell nivå konstaterar att det finns allt fler belägg för att insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykiska störningar, i synnerhet hos barn, är verkningsfulla och kostnadseffektiva. Kommittén uppmanar staterna att öka omfattningen av sådana insatser genom att inlemma dem i policyer och program i olika sektorer, till exempel hälsa, utbildning och skydd (straffrätt), och att engagera familjer och lokalsamhällen i processen. Barn som på grund av sina familjer och sociala miljöer tillhör riskgrupper kräver särskild uppmärksamhet för att de ska ges bättre förutsättningar att hantera svårigheter och klara av vardagslivet och för att man ska främja skyddande och stödjande miljöer.[22]

När det gäller 24.2. [d] anför kommittén bland annat att ett hälsoperspektiv bör anläggas av staterna som tar hänsyn till barns förutsättningar under olika perioder,

> … till exempel a) amningsvänliga sjukhus där spädbarn får vara hos sina mammor dygnet runt, b) barnanpassade hälsopolicyer med fokus på att utbilda vårdpersonal i att ge god vård på ett sätt som minskar risken för rädsla, oro och lidande för barn och deras familjer och c) ungdomsanpassad hälsovård, som kräver att vårdpersonal och mottagningar är välkomnande och lyhörda för ungdomar, respekterar sekretessen och levererar tjänster som ungdomar kan acceptera.[23]

[21] Se CRC/C/GC/15 punkt 38.
[22] Se CRC/C/GC/15 punkt 39.
[23] Se CRC/C/GC/15 punkt 52.

Barn behöver vidare information och undervisning om alla aspekter av hälsa för att kunna göra informerade val angående livsstil och tillgång till hälsovård.[24]

I enlighet med 24.2. [e] bör exempelvis undervisning om sexuell och reproduktiv hälsa handla om självmedvetenhet och kunskap om kroppen och innehålla både anatomiska, fysiologiska och känslomässiga aspekter. Den ska också vara tillgänglig för alla barn, flickor som pojkar. Den bör vidare innehålla fakta kring sexuell hälsa och välbefinnande, till exempel om kroppsförändringar och mognadsprocesser och bör vara utformad på ett sådant sätt att barn kan få kunskap om reproduktiv hälsa och förebyggandet av könsrelaterat våld, och anta ett ansvarsfullt sexuellt beteende.[25] Information om barns hälsa bör vidare ges till alla föräldrar, individuellt eller i grupp, samt till släktingar och andra omvårdare, genom olika metoder såsom hälsokliniker, föräldraundervisning, informationsblad, yrkessamfund, föreningar och medier.[26]

När det gäller 24.2. [f] har kommittén bland annat anfört att förebyggande och hälsofrämjande åtgärder bör inriktas på de huvudsakliga hälsorisker barn utsätts för i sina lokalsamhällen och landet som helhet. I detta ingår sjukdomar och andra hälsorisker som olyckor, våld, drogmissbruk, samt psykosociala och psykiska hälsoproblem. I förebyggande hälsovård bör det ingå hantering av smittsamma och icke smittsamma sjukdomar och en kombination av biomedicinska, beteendemässiga och strukturella åtgärder. Arbetet med att förebygga icke smittsamma sjukdomar bör inledas tidigt i livet genom att man främjar och stöder en sund livsstil och en våldsfri miljö för gravida kvinnor, deras makar/partner, och för små barn.[27] Föräldrar bedöms vidare vara den viktigaste källan till tidig diagnostisering och primär omsorg av små barn. De är också den viktigaste skyddande faktorn mot högriskbeteenden hos ungdomar, till exempel drogbruk och oskyddat sex. Föräldrar spelar även en central roll i att främja en sund utveckling hos barn, skydda barn från faror i form av olyckor, skador och våld, samt lindra de negativa effekterna av riskbeteenden. Barns socialiseringsprocesser, som är avgörande för att de ska förstå och anpassa sig till den värld de växer upp i, påverkas starkt av deras föräldrar, släkt och andra omvårdare.

[24] Se CRC/C/GC/15 punkt 59.
[25] Se CRC/C/GC/15 punkt 60.
[26] Se CRC/C/GC/15 punkt 61.
[27] Se CRC/C/GC/15 punkt 62.

Staterna bör använda evidensbaserade insatser för att stödja ett gott föräldraskap, till exempel föräldrautbildning, stödgrupper och familjerådgivning. Det gäller i synnerhet familjer som ställts inför utmaningar vad gäller barnens hälsa, och andra sociala förhållanden.[28]

Utöver detta bör familjeplanering ingå i heltäckande paket med vård av sexuell och reproduktiv hälsa, och bör omfatta sexualundervisning, inklusive rådgivning. Detta kan betraktas som en del av den fortlöpande hälsovård som beskrivs i artikel 24.2 [d], och bör vara utformade så att alla par och individer får information och förutsättningar för att fritt och ansvarsfullt kunna fatta sexuella och reproduktiva beslut, inklusive hur många barn de vill ha, när och med vilka tidsintervall. Både gifta och ogifta ungdomar, såväl pojkar som flickor, ska ha allmän och konfidentiell tillgång till varor och tjänster. Staterna bör säkerställa att ungdomar inte undanhålls någon sexuell eller reproduktiv information eller tjänst på grund av samvetsbetänkligheter hos dem som tillhandahåller dessa tjänster.[29]

3.10.4 Några andra relevanta artiklar

Av artikel 1 framgår att ett barn är varje människa upp till 18 år om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet. Artikeln skapar därmed ramen för tillämpligheten av konventionen. I artikel 41 regleras att barnkonventionen är en miniminivå och inte ett tak. Inget i konvention ska därför inverka på bestämmelser som är mer långtgående vad gäller barnets rättigheter och som kan finnas i (a) en konventionsstats lagstiftning, eller (b) för den staten gällande internationell rätt.

I enlighet med artikel 4 ska alla stater vidta alla lämpliga lagstiftnings, administrativa och andra åtgärder för att genomföra rättigheterna. Artikeln omfattar på så sätt samtliga rättigheter i konventionen och har en övergripande karaktär. Medborgerliga och politiska rättigheter ska genomföras fullt ut oavsett tillgängliga resurser. Ekonomiska sociala och kulturella rättigheter ska staten genomföra så långt det är möjligt utifrån tillgängliga resurser. Detta innebär att länder som har stora resurser har högre krav än länder med mindre resurser. I Barnrättskommitténs allmänna kommentar

[28] Se CRC/C/GC/15 punkt 67.
[29] Se CRC/C/GC/15 punkt 69.

nr. 5 anges att statens ansvar för genomförandet av barns rättigheter delegeras vid decentraliserat styre vilket innebär att kommuner, regioner och statliga myndigheter har samma ansvar för genomförandet som staten.

Enligt artikel 5 ska en stat ska respektera det ansvar, rättigheter och skyldigheter som tillkommer föräldrar och andra att, på ett sätt som står i överensstämmelse med den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga, ge lämplig ledning och råd då barnet utövar de rättigheter som erkänns i konventionen. Att familjen är den grundläggande enheten framgår även av konventionens preambel.

Utöver de ovan redovisade artiklarna finns ett antal ytterligare sakartiklar av relevans för utredningens arbete. Ett exempel är artikel 16 varav framgår att barn har rätt till lagens skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt mot olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende. Ett annat exempel är artikel 23, som anger att ett barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv.

3.11 Övergripande om skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet

Skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet skyddas både av internationella regelverk och av nationell rätt. På internationell nivå kan bland annat FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna nämnas. Den är inte formellt bindande, men ger till stora delar uttryck för gällande sedvanerätt. Enligt förklaringens artikel 12 får ingen utsättas för godtyckligt ingripande i fråga om privatliv, familj, hem eller korrespondens och inte heller för angrepp på sin heder eller sitt anseende, och var och en har rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden och angrepp. Inskränkningar är endast möjliga under vissa förutsättningar, enligt artikel 29. Som nämnts ovan framgår också av artikel 16 i barnkonventionen att barn har rätt till lagens skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt mot olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende.

Även artikel 8 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europa-

konventionen) skyddar rätten till privat- och familjeliv. Europakonvention gäller som lag i Sverige enligt lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Ingen lag eller föreskrift får meddelas i strid med Sveriges åtaganden enligt Europakonventionen (2 kap. 19 § regeringsformen (1974:152)). Europarådets ministerkommitté har också antagit en konvention (nr 108) till skydd för enskilda vid automatisk databehandling av personuppgifter (dataskyddskonventionen), som syftar till att skydda den enskildes rätt till integritet och privatliv vid behandling av personuppgifter.

Vidare skyddar den Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EU-stadgan) bl.a. individers rätt till personlig integritet, främst genom artiklarna 3, 7 och 8. Ett centralt regelverk om behandling av personuppgifter är också Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (dataskyddsförordning). Dataskyddsförordningen syftar till att skydda fysiska personerna grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd för personuppgifter.

På nationell nivå är skyddet för den personliga integriteten reglerad i grundlag. Enligt målsättningsstadgandet i 1 kap. 2 § första stycket regeringsformen ska den offentliga makten utövas med respekt för bland annat den enskilda människans frihet. I fjärde stycket samma paragraf anges att det allmänna ska värna om den enskildes privat- och familjeliv. I 2 kap. 6 § regeringsformen finns en grundlagsstadgad rätt till skydd mot bland annat påtvingat kroppsligt ingrepp och skydd för den personliga integriteten.

Det finns också andra författningar på nationell nivå som syftar till att skydda den personliga integriteten. Relevanta författningar när det gäller behandling av personuppgifter är exempelvis lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen), som kompletterar dataskyddsförordningen, och patientdatalagen (2008:355), som bland annat reglerar vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Skyddet för den personliga integriteten upprätthålls även av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt, till exempel i offentlig-

hets- och sekretesslagen (2009:400) och PSL som bland annat innehåller bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt för uppgifter om enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden inom hälso- och sjukvården.

Även i hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns bestämmelser som rör den personliga integriteten. Kraven på god vård innebär, enligt 5 kap. 1 § HSL, bland annat att vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patientlagen syftar, enligt 1 kap. 1 §, bland annat till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I lagen anges bland annat i 4 kap. 1 § att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och i 10 kap. 1 § att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras. Enligt 6 kap. 1 § PSL, som handlar om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter, ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, och patienten ska visas omtanke och respekt.

4 Bakgrund och nuläge

4.1 Inledning

I detta avsnitt beskrivs barns och ungas hälsoutveckling i Sverige i förhållande till olika åldrar och grupper och faktorer som påverkar barns och ungas hälsa och mående. Dessutom redogörs för centrala utgångspunkter och begrepp för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Avsnittet inleds med en kort redogörelse för covid-19-pandemins effekter på barn och unga och barn- och ungdomshälsovårdens centrala roll i arbetet med att motverka negativa effekter av pandemin. Avsnittet innehåller också beskrivningar av de verksamheter som möter barn och unga, med särskilt fokus på barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter. Därefter beskrivs flera aktörer som utredningen bedömer har centrala roller för utvecklingen av hälso- och sjukvården för barn och unga såsom statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner och civila samhället. Avsnittet avslutas med beskrivningar av några pågående nationella utvecklingsarbeten.

4.1.1 Pandemins effekter på barn och unga

Strax efter utredningens start drabbades Sverige och världen av covid-19-pandemin. Utbrottet har lett till ett svårhanterligt läge i Sveriges hälso- och sjukvårdssystem. Akut- och intensivvårdskapaciteten har behövt utökas och annan vård har fått stå åt sidan för vård av covid-19-patienter. Även om barn och unga generellt löper mindre risk att själva drabbas av covid-19, kan pandemin komma att få många och allvarliga konsekvenser för barns och ungas hälsa och utveckling. Barn- och ungdomshälsovården har en central roll för att uppmärksamma behov hos barn och unga och tillhandahålla insatser för att förebygga de långsiktiga effekterna.

Bris med flera barnrättsorganisationer har flaggat för att barn och unga som lever i social utsatthet riskerar att fara illa vid minskad eller förlorad kontakt med viktiga och trygga vuxna utanför hemmet till följd av pandemin.[1] Under 2020 har Bris haft över 30 000 kurativa kontakter med barn och unga upp till 18 år vilket är fler än någonsin tidigare. Särskilt stora ökningar noteras när det gäller barns och ungas samtal om ångest (+61 procent), nedstämdhet (+55 procent) och familjekonflikter (+43 procent). Det har även skett en stor ökning av samtal om samhällets stödinsatser och om psykiskt och fysiskt våld. Bris bedömer att de stora samtalsökningarna inom ovan nämnda kategorier har en koppling till de förändringar som skett i omvärlden och i många barns liv under året. Barn och unga har beskrivit hur avsaknaden av distraktioner och social samvaro lett till att deras dåliga mående tagit större plats i vardagen och att tidigare psykisk ohälsa gjort sig påmind. Den sociala distanseringen som pågått under lång tid har inneburit påfrestningar för många familjer.[2] Det har också skett en ökning av antalet anmälningar till socialtjänsten när det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa, med cirka 5 procent 2020 jämfört med 2019.[3]

Restriktioner till följd av pandemin påverkar barns och ungas hälsa och utveckling. Gymnasieelever har fått ta ett stort eget ansvar för att strukturera sin vardag och bedriva sina studier när fjärr- och distansundervisning har införts. Tänkbara negativa effekter såsom lärandeförlust och påverkan på den psykiska och fysiska hälsan har lyfts fram. Även här riskerar de negativa konsekvenserna att slå hårdast mot de barn som redan är utsatta, såsom barn med funktionsnedsättning, underliggande sjukdomar, eller barn som lever i social och ekonomisk utsatthet.[4] Fritiden har också förändrats för barn och unga på grund av pandemins restriktioner, bland annat genom inställda aktiviteter och minskade sociala kontakter. Dessa restriktioner drabbar inte minst tonåringar som befinner sig i en period i livet där social interaktion är avgörande för utveckling och välmående.[5] I en studie från Uppsala universitet framkommer också att

[1] Bris (2020): *Pandemin är en barnrättskris*.
[2] Bris (2021): *Första året med pandemin – om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020.*
[3] Socialstyrelsen (2021): *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten.*
[4] Folkhälsomyndigheten (2020): *Covid-19 hos barn och unga – En kunskapssammanställning Version 2.*
[7] Sveriges Barnläkarförening (2021): *Nedstängningar slår hårt mot barn och unga.*

barn och unga känner oro för både egen eller någon närståendes sjukdom och död.[6]

En mycket liten andel fall av covid-19 har diagnostiserats bland barn upp till sex år både i Sverige och globalt, men små barn har inte heller testats i någon större utsträckning. I takt med stigande ålder ses ett ökat antal fall bland tonåringar, men inte lika många som bland personer över 19 år. Barn får generellt sett mildare symtom än vuxna och en stor andel visar milda eller inga symtom. Mycket få barn och unga mellan 0–19 år har behövt intensivvård och ännu färre har avlidit, både i Sverige och internationellt. Ett ovanligt men allvarligt hyperinflammatoriskt tillstånd, som med stor sannolikhet har koppling till covid-19, förekommer i åldrarna 0–19 år. Sjukdomsgraden varierar och en del barn har blivit svårt sjuka och krävt intensivvård, men behandling finns att tillgå.[7] Det har också rapporterats om fall av långvariga symtom efter covid-19 hos barn och unga, där trötthet är det vanligaste. Kunskapsläget inom området utvecklas ständigt.[8]

Barns och ungas tillgång till hälso- och sjukvård har påverkats av pandemin. Enligt sammanställning från nationellt programområde (NPO) barn och ungdomars hälsa framgår att det inom både barnhälsovården och barnsjukvården funnits sämre tillgång till personal bland annat till följd ökad sjukfrånvaro och omplacering till annan verksamhet, framför allt till vuxensjukvården. Tillgången till anestesikompetens har varit särskilt påverkad. Den minskade personaltillgången har krävt prioriteringar i verksamheterna. Inom barnsjukvården har telefonbesök och digitala besök till stor del ersatt fysiska besök och icke akuta undersökningar och vård har skjutits upp. Detta medför en risk för försämrad diagnostik, uppföljning och behandling. Antalet barn och unga som söker akutsjukvården har minskat påtagligt, vilket lett till att en del barn fått vård sent med allvarliga konsekvenser. Tillgänglighet för patienter med kroniska sjukdomar varierar, men flera regioner beskriver undanträngning av dessa patientgrupper. Generellt har stora undanträngningseffekter drabbat barn i behov av kirurgi. Inom flera regioner har en omställning skett från sjukhusvård till mer hemsjukvård. Det är viktigt att fortsatt utvärdera vilka konsekvenser undanträngningen av icke

[6] Sarkadi, A (2020): *Barn och ungas röster om Corona.*
[7] Folkhälsomyndigheten (2020): *Covid-19 hos barn och unga – En kunskapssammanställning Version* 2.
[8] Sveriges Barnläkarförening (2021): *Nedstängningar slår hårt mot barn och unga.*

covid-19 patienter har på långsiktig sjuklighet och livskvalitet samt ökad risk för komplikationer i samband med uppskjutna utredningar, behandlingar och operationer.

4.2 Barns hälsoutveckling

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. De flesta barn och unga uppger också själva att de har en bra eller mycket bra hälsa. Det visar till exempel Folkhälsomyndighetens enkätstudie som genomförs vart fjärde år sedan 1985/1986, bland 11-, 13- och 15-åringar. En lägre andel flickor i åldrarna 13 och 15 rapporterade att de hade en mycket bra hälsa jämfört med pojkarna i samma ålder. Bland 11-åringarna uppgav de flesta att de kände sig friska.[9]

Samtidigt rapporteras även om ojämlikheter i hälsa hos barn och unga, på grund av olika livsvillkor och skilda möjligheter. Förutsättningarna för att främja barns hälsa, förebygga ohälsa och insatser vid tecken på ohälsa förbättras genom ökad kunskap om och förståelse för symtom på ohälsa, skydds- och riskfaktorer hos barnet eller den unge, dess familj och närmiljö.

Barnpopulationen i Sverige

Omkring 2 miljoner individer i Sverige är mellan 0–17 år och utgör cirka 20 procent av befolkningen.[10] Under de senaste sex åren har det fötts cirka 115 000 barn årligen, vilket är knappt 25 000 fler barn per år än under början av 2000-talet.[11] Antalet födda barn i landet förväntas också öka de kommande åren. Det beror stor del på att de personer som föddes under babyboomen kring 1990-talet kommer att vara i barnafödande åldrar.[12] Invandringen av ensamkommande unga har också påverkat och kommer att påverka barnpopulationen.

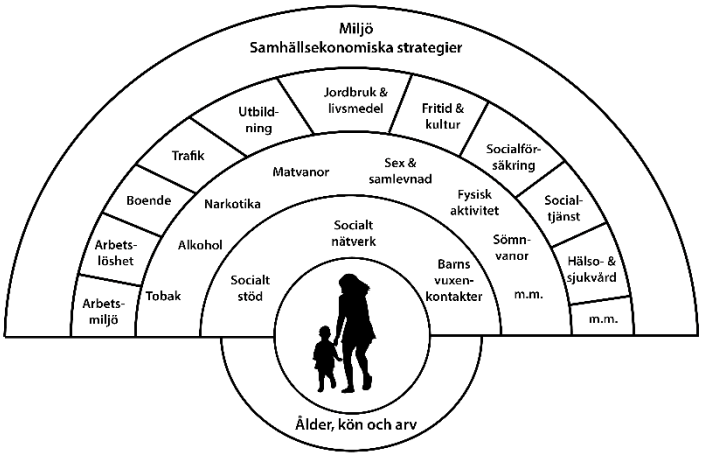
Mot slutet av 2020-talet och början av 2030-talet väntas barnafödandet gå ner då ålderskullarna i barnafödande ålder är mindre, för att sedan återigen öka från mitten av 2030-talet.[13]

[9] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[10] SCB (2020): *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2019.* (Hämtad 2020-04-01).
[11] SCB (2021): *Födda i Sverige.* / (Hämtad 2021-02-09).
[12] SCB (2020): *Fler barn bor i storstäder i framtiden*. (Hämtad 2020-04-01).
[13] Ibid.

4.2.1 Hälsans bestämningsfaktorer

Hälsan hos barn och unga liksom hos befolkningen i stort beror på många olika faktorer och kan ses som ett samspel mellan individ och samhälle. För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor ges likvärdiga villkor och förutsättningar. Dessa villkor och förutsättningar benämns ofta som hälsans bestämningsfaktorer.[14]

Figur 4.1 Hälsans bestämningsfaktorer



Källa: Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equtiy in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Sambanden mellan bestämningsfaktorerna och hälsan är komplexa och samma bestämningsfaktorer ligger ofta till grund för flera olika hälsoutfall. Olika levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som utgör den största sjukdomsbördan i Sverige i dag. Livsvillkoren påverkar i sin tur möjligheten till hälsosamma levnadsvanor. Politiska beslut, som fördelnings-, utbildnings- och arbetsmarknadspolitik, påverkar vidare livsvillkoren för invånarna.[15]

Ojämlikhet i hälsa skapas av att olika grupper i samhället har systematiskt olika livsvillkor och levnadsvanor, som till exempel

[14] Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020.*
[15] Ibid.

olika socioekonomiska grupper. Ojämlikheten i hälsa kan också ses ur ett livsförloppsperspektiv. Det innebär att hälsan är ett resultat av processer som pågått under hela livet, där faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende format förutsättningarna för ett hälsosamt liv. En individs hälsa vid en tidpunkt beror på både dagens situation och hur individen haft det som barn och under livet. Olika individer är olika sårbara för hälsans olika bestämningsfaktorer. En bestämningsfaktor, som till exempel ekonomisk utsatthet eller rökning, påverkar risken för ohälsa, men hur stark effekten av faktorn är beror på om en person också är exponerad för andra faktorer. Eftersom personer med lägre social position oftare utsätts för många olika faktorer som kan inverka negativt på hälsan – sociala, fysiska, levnadsvanor – blir effekten av en faktor ofta starkare bland personer med låg social position än bland personer med hög.[16]

Risk- och skyddsfaktorer är centrala begrepp för att beskriva vad som påverkar utvecklingen av ohälsa hos barn och unga. Riskfaktorer är sådana förhållanden som ökar sannolikheten för att ett barn eller ung person ska utveckla problem. En riskfaktor kan vara både orsaken till ett specifikt problem, något som ökar risken för en negativ utveckling och som bidrar till problemets uppkomst eller att problemet permanentas. Skyddsfaktorerna är motsatsen och är de förhållanden som ökar barnets eller den unges motståndskraft mot belastningar eller dämpar effekten av riskfaktorer. Flera faktorer har visat sig betydelsefulla för att hindra att barn och unga utvecklar psykisk ohälsa. För växande barn är skyddsfaktorer goda fysiska, kognitiva och sociala egenskaper som till exempel kreativitet och impulskontroll, att vara populär bland kompisar och att ha en trygg känslomässig anknytning till sina vårdnadshavare.[17]

Inom folkhälsopolitiken är barn och unga en prioriterad grupp. De förhållanden som barn och unga växer upp i har stor betydelse för deras fysiska och psykiska hälsa under hela livet. Det finns studier som visar att det redan i tidig ålder finns en ojämn fördelning av både god psykisk hälsa och psykisk ohälsa, beroende på familjens socioekonomiska status.[18] Utsatthet i barndomen, till exempel ekonomisk utsatthet, psykisk sjukdom eller suicid hos vårdnadshavare

[16] Ibid.
[17] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården; Rikshandbok för barnhälsovård (2020)*.
[18] Folkhälsomyndigheten (2020): *Att främja psykisk hälsa bland barn och unga*. (Hämtad 2020-03-30).

eller erfarenhet av att flytta ofta, ökar risken för psykisk sjukdom senare i livet. Hemmet, förskolan och skolan är viktiga arenor för det hälsofrämjande arbetet, eftersom barn tillbringar en stor del av sin tid där. För att minska skillnader i uppväxtvillkor är tidiga insatser i hem-, förskole- och skolmiljön därför av stor vikt.[19]

Exempel på faktorer som påverkar barns och ungas hälsa

Här följer några exempel på faktorer som påverkar barns och ungas hälsa och mående. Det är en översiktlig beskrivning och inte en fullständig bild.

Barns och ungas uppväxtvillkor

En viktig förutsättning för ett hållbart samhälle är hållbara uppväxtvillkor för barn och unga.

Familjens ekonomiska och sociala status utgör grundläggande förutsättningar för barns och ungas uppväxtvillkor. Barn och unga som växer upp i socioekonomisk utsatthet riskerar i högre grad att bli inskrivna på sjukhus. Barn och unga i familjer som tar emot ekonomiskt bistånd eller har psykisk ohälsa är särskilt utsatta. Det har också visat sig att dessa barn senare i livet exempelvis får sämre betyg, högre sannolikhet att som unga vuxna ta emot ekonomiskt bistånd och överlag får sämre hälsa.[20]

Förekomst av ohälsa i barn- och ungdomsåren tenderar att ge konsekvenser längre fram i livet. Personer som under sin barndom skrivs in på sjukhus har lägre sannolikhet att avsluta gymnasieskolan, högre sannolikhet att som unga vuxna sakna inkomst från studier eller arbete och att ta emot ekonomiskt bistånd. Att fullfölja gymnasiestudierna har avgörande betydelse för ungas möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden. En viktig främjande åtgärd är att tidigt upptäcka och erbjuda insatser för elevers eventuella behov av särskilt stöd eller extraanpassningar för att på lång sikt förebygga skolmisslyckanden. Oberoende av sociala och ekonomiska förhållanden, könstillhörighet, funktionsnedsättning och ålder ska alla

[19] Folkhälsomyndigheten (2020): *Utveckling av barns och ungas hälsa*. (Hämtad 2020-03-30).
[20] Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*

barn, unga och vuxna ha möjlighet att utveckla kunskaper, kompetenser och tillgodogöra sig en utbildning.

Skolan är en arena där i princip alla barn och unga tillbringar en stor del av sin tid. Skolan är därför viktig för elevernas sociala, emotionella och kognitiva utveckling och utgör en viktig resurs för att främja en god fysisk och psykisk hälsa. Skolan har därför en grundläggande och central roll i barns hälsoutveckling.[21]

Bris konstaterar i sin rapport Hållbara liv, som baseras på data från hundratusentals stödkontakter med barn och aktuell forskning, att Sverige är ett bra land för många barn och unga att växa upp i, men att uppväxtvillkoren inte är hållbara för alla. I samtalen till Bris framkommer tydligt att barn och unga upplever kraven i samhället som ouppnåeliga och att kraven påverkar deras psykiska hälsa negativt. Barn och unga som söker stöd hos Bris är mellan 7 och 18 år, med en genomsnittsålder på 14 år under 2019. Den största andelen är barn och unga i åldrarna 13–15 år och den åldersgrupp som ökar mest är 16-åringar. I 8 av 10 samtal identifierade sig barnet som tjej.[22]

Det vanligaste samtalsämnet när barn och unga söker stöd hos Bris är psykisk ohälsa. Alltmer handlar samtalen om allvarlig psykisk ohälsa. Under de senaste fyra åren har samtalen om suicid ökat med 88 procent, självskadebeteende med 55 procent och ätstörningar med 48 procent. De har sällan berättat för en närstående om sitt dåliga mående.[23]

I samtalen beskriver barn och unga att det är svårt att få den hjälp och stöd som de behöver och har rätt till. De slussas mellan olika aktörer, får vänta i vårdköer och olika vårdgivare förmår inte att se helheten kring barnet eller den unge. De berättar att det är svårt att få hjälp om hälso-och sjukvården bedömer att de inte mår ”tillräckligt dåligt”. En annan upplevelse som barn och unga berättar om är att den information som de får inte är tillräcklig eller att de inte görs delaktiga i sin situation.[24]

Ett annat ämne som barn och unga lyfter i samtalen till Bris är stressen och pressen att lyckas inom livets alla områden som skolan, fritiden och i sociala medier. Många uppger att de känner sig ensamma på olika sätt. En del saknar vänner och andra känner sig ensamma trots att de har vänner och familj omkring sig. Känslan av menings-

[21] Ibid.
[22] Bris (2020): *Hållbara liv – om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*.
[23] Ibid.
[24] Ibid.

fullhet och tillhörighet är viktig för alla människor. Avsaknaden av ett sammanhang, att känna sig utanför eller att inte känna sig viktig för någon annan kan vara oerhört smärtsam för ett barn eller en ung person.[25]

Varför många barn och unga mår dåligt är en komplex fråga. En rad olika faktorer påverkar barns och ungas mående, till exempel livssituation, individuella förutsättningar, händelser de varit med om och hur händelserna har hanterats. Vilka stödnätverk som finns kring barn och unga påverkar också deras motståndskraft för att klara olika påfrestningar. För att en människa ska må bra och utvecklas behöver hen känna sig rustad för de krav och förväntningar som finns och att livet går att hantera.[26]

Vaccinationer av barn och unga

Vaccination är den mest effektiva förbyggande insatsen för att skydda barn och unga från allvarliga smittsamma sjukdomar. Alla vacciner som erbjuds till barn och unga är gratis och frivilliga i Sverige. Vaccinationstäckningen bland barn är god i landet och som en följd har vi få fall av allvarliga smittsamma barnsjukdomar.[27]

I det svenska barnvaccinationsprogrammet erbjuds alla barn och unga inom barnhälsovården och elevhälsan skydd mot elva sjukdomar: rotavirusinfektion, polio, difteri, stelkramp, kikhosta, infektioner orsakade av Haemophilus influenzae typ b (Hib), mässling, påssjuka och röda hund (MPR) och allvarlig sjukdom orsakad av pneumokocker.[28] Vaccin mot Humant papillomvirus (HPV) erbjuds sedan 2010 till flickor i årskurs 5 eller 6 och från och med höstterminen 2020 erbjuds vaccinet även till pojkar i samma årskurs.[29] Folkhälsomyndigheten rekommenderar vaccin mot hepatit B till alla spädbarn och sedan 2016 erbjuds vaccinet inom regionala vaccinationsprogram i hela landet. Barn vars familj kommer från ett land med ökad eller hög förekomst av tuberkulos rekommenderas även vaccination mot tuberkulos. Från 2020 gäller rekommendationen

[25] Ibid.
[26] Ibid.
[27] Folkhälsomyndigheten (2020): *Bra att veta om vaccinationer*.
[28] Folkhälsomyndigheten (2020): *Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn.*
[29] Folkhälsomyndigheten (2020): *Vaccin mot Humant papillomvirus (HPV)*.
(Hämtad 2020-03-27).

endast barn till och med 6 års ålder och så länge barnet är inskrivet i barnhälsovården.[30]

I Folkhälsomyndighetens rapport Barnvaccinationsprogrammet 2019 sammanställdes uppgifter om vaccinationer för barn födda 2016. Sammanlagt var 116 838 barn inskrivna på barnavårdscentraler och jämfört med befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån (SCB) var rapporttäckningen 94,6 procent. Av de inskrivna barnen hade över 97 procent fått minst tre vacciner mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib och pneumokocker och en dos av MPR-vaccin. En fjärdedel av barnen var vaccinerade mot tuberkulos (Tabell 1).[31]

Tabell 4.1 Vaccinationstäckning (%) bland 2-åringar 2015–2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Difteri	98,1	97,5	97,3	97,4	97,5
Stelkramp	98,1	97,5	97,4	97,4	97,5
Kikhosta	98,1	97,5	97,3	97,4	97,5
Polio	98,1	97,5	97,3	97,3	97,5
Hib	98,0	97,4	97,2	97,3	97,5
Pneumokocker	97,4	96,6	96,5	96,8	97,1
MPR	97,5	96,7	96,7	97,0	97,2
Hepatit B*	52,9	67,4	75,8	91,5	97,3
Tuberkulos*	23,6	26,4	24,8	26,0	24,6

*Rekommenderade till vissa grupper.
Källa: Folkhälsomyndighetens rapport Barnvaccinationsprogrammet 2019.

2014 var andelen elever i årskurs 6 som var fullständigt vaccinerade mot difteri, stelkramp, polio och kikhosta över 95 procent och 95,5 procent av eleverna var vaccinerade med 2 doser vaccin mot mässling, påssjuka, röda hund.[32]

Enligt uppgifter från det nationella vaccinationsregistret (NVR) 2019 var vaccinationstäckningen för minst en dos av HPV-vaccin 81–83 procent bland flickor födda 2002–2005 och för två doser 75–78 procent. Bland flickor födda 2007 var nära 86 procent vaccinerade med en dos.[33]

[30] Folkhälsomyndigheten (2020): *Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn.* (Hämtad 2020-03-27).
[31] Folkhälsomyndigheten (2019): *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport*.
[32] Folkhälsomyndigheten (2014): *Vaccinationsstatistik från skolhälsovården Elever i årskurs 6, läsåret 2013/14.*
[33] Folkhälsomyndigheten (2019): *Barnvaccinationsprogrammet 2019.*

Levnadsvanor

Levnadsvanor är individens egna vanor som har stor betydelse för hälsan. Det handlar bland annat om vad vi äter och dricker, hur vi rör på oss och vanornas påverkan på hälsan på kort och lång sikt. Hälsosamma levnadsvanor främjar hälsan, medan ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för negativ påverkan på hälsan och kan leda till sjukdom. Ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade i befolkningen och samvarierar med ett antal socioekonomiska faktorer. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är en del av hälso- och sjukvårdens uppgifter.

Barn och unga är i hög grad beroende av sin omgivning och etablerar ofta samma levnadsvanor som finns i miljön de växer upp i. Levnadsvanorna spelar en stor roll också för barns och ungas hälsa.

Det finns nationella riktlinjer för metoder inom området med syfte att förebygga sjukdomar som relateras till levnadsvanor, även anpassade till barns och ungas förutsättningar och behov. De nationella riktlinjerna avser tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, som är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsbördan i Sverige.[34]

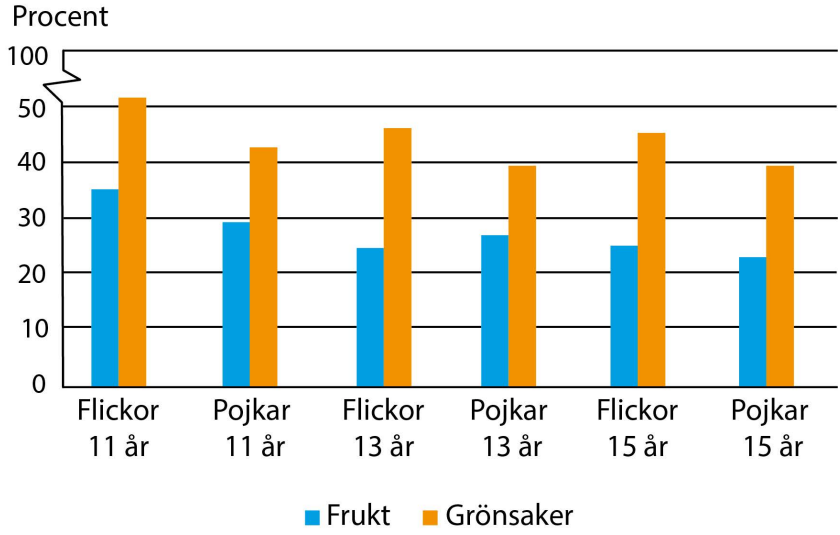
Matvanor

Goda matvanor grundläggs tidigt i livet. De matvanor man får under barn- och ungdomsåren följer ofta med in i vuxen ålder. Socioekonomiska faktorer har betydelse för vad och hur barn och unga äter.[35] Det finns ett samband mellan socioekonomisk ställning och matvanor, det vill säga ju högre socioekonomisk ställning desto hälsosammare matvanor och tvärtom.[36] När det gäller dagligt intag av grönsaker, läsk och godis har matvanorna förbättrats sedan 2001/2002 bland såväl flickor som pojkar. Mindre än 10 procent uppger att de äter sötsaker och dricker läsk varje dag. Bland 11-åriga flickor äter 52 procent grönsaker varje dag och bland 11-åriga pojkar är det 43 procent. Däremot är det dagliga intaget av frukt oförändrat och det är få som äter frukt varje dag. Till exempel anger 35 procent av

[34] Socialstyrelsen (2015): *Nationella riktlinjer-Utvärdering-Sjukdomsförebyggande metoder 2014 – Indikatorer och underlag för bedömningar.*
[35] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[36] Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.*

11-åriga flickor och 29 procent av 11-åriga pojkar att de äter frukt varje dag. Andelen som äter frukt och grönsaker dagligen minskar sedan för 13 och 15-åringar.[37]

Figur 4.2 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de dagligen äter frukt respektive grönsaker, 2017/2018



Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

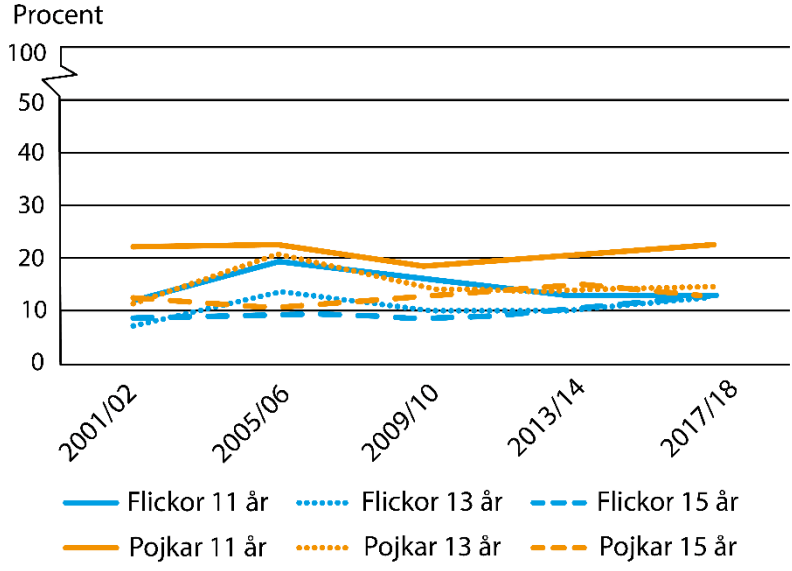
Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har positiva hälsoeffekter för barn och unga, till exempel på kondition, muskelstyrka, blodtryck, blodfetter, bentäthet och BMI. Effekterna kan ses både på kort sikt och upp i vuxen ålder. Fysisk aktivitet har troligen positiva effekter även för utvecklingen av kognitiva funktioner och bidrar till livskvalitet och psykisk hälsa. Enligt rekommendationer från Världshälsoorganisationen (WHO) bör barn under 5 år vara fysiskt aktiva minst tre timmar varje dag, spritt över dagen och utifrån sina förutsättningar.[38] Barn och unga mellan 5–17 år bör vara fysiskt aktiva minst en timme om dagen. Den fysiska aktiviteten minskar med åldern och det rapporteras vanligen en lägre aktivitetsnivå hos flickor än pojkar.

[37] Folkhälsomyndigheten, (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[38] WHO (2019): Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age (Hämtad 2021-02-19).

Barn i familjer med högre socioekonomiska resurser deltar i högre grad i någon form av organiserad träning på fritiden. Därför blir det extra viktigt att förskolan och skolan arbetar för att främja fysisk aktivitet.[39] Till exempel är skolgården en viktig miljö där barn är fysiskt aktiva, men undersökningar visar att skolgårdarna krymper till ytan och den kreativa leken begränsas.[40] Andelen barn och unga som når WHO:s rekommendation varierar mellan 9–23 procent och utvecklingen har praktiskt taget varit oförändrad under perioden 2001/2002 till 2017/2018.[41] Barn och unga uppger att det egna måendet, orken och bristen på tid kan stå i vägen för träning och rörelse, trots att de ofta är medvetna om de positiva hälsoeffekterna med fysisk aktivitet.[42]

Figur 4.3 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de varit fysiskt aktiva i sammanlagt minst en timme om dagen under de senaste sju dagarna, 2001/2002–2017/2018



Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

[39] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[40] Bris (2020): *De säger att vi inte rör på oss*.
[41] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[42] Bris (2020): *De säger att vi inte rör på oss*.

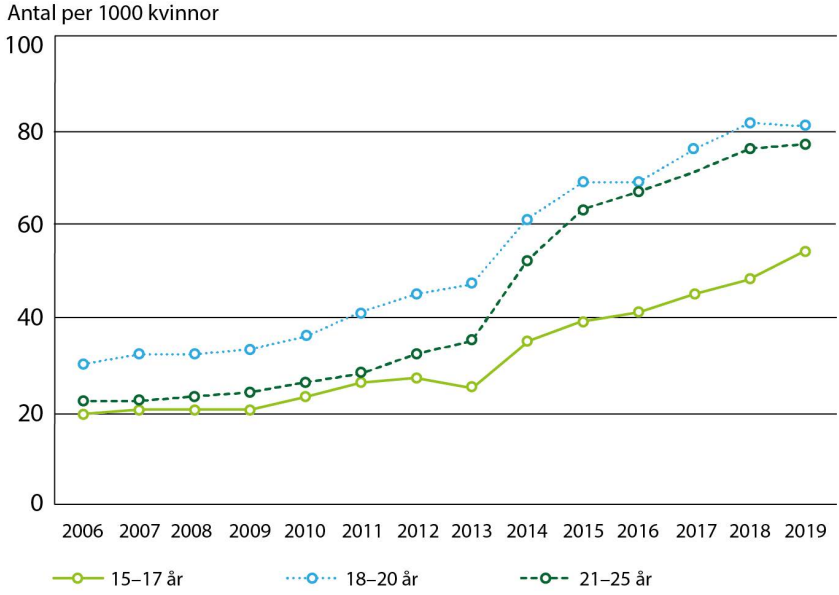
Sexuell hälsa

Sexuell hälsa är en del av unga människors utveckling, välbefinnande och hälsa, och sexualiteten är en viktig faktor för lust och livsglädje. Sexdebuten och vid vilken ålder den sker har betydelse för självuppfattning, välbefinnande, relationer och senare sexuell och reproduktiv hälsa. Det finns samband mellan att sexdebuten sker tidigt, det vill säga före 15 års ålder, och att den sker oönskat och utan preventivmedel. Tidig sexdebut är även associerad med sexuellt risktagande och andra riskbeteenden såsom alkohol- och droganvändning. Andelen 15-åringar som uppger att de haft samlag har minskat över tid och är nu strax över 20 procent. Oskyddat sex kan leda till sexuellt överförda infektioner och komplikationer till följd av exempelvis en klamydiainfektion kan orsaka försämrad fertilitet hos både kvinnor och män. I åldersgruppen 16–24 år i Sverige har det under 2000-talet blivit vanligare att samlag med en ny eller tillfällig partner sker utan kondom. Oskyddat sex kan också leda till oönskad graviditet, vilket bland annat kan få konsekvenser såsom abort eller tidigt föräldraskap.[43]

2017 infördes kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år. Syftet med kostnadsfria preventivmedel är att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter. Andelen kvinnor mellan 15–20 år som hämtat ut preventivmedel har ökat sedan 2017.[44]

[43] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[44] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga – En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa.*

Figur 4.4 Antalet kvinnor som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel per 1 000 kvinnor i befolkningen



Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, data från Socialstyrelsen.

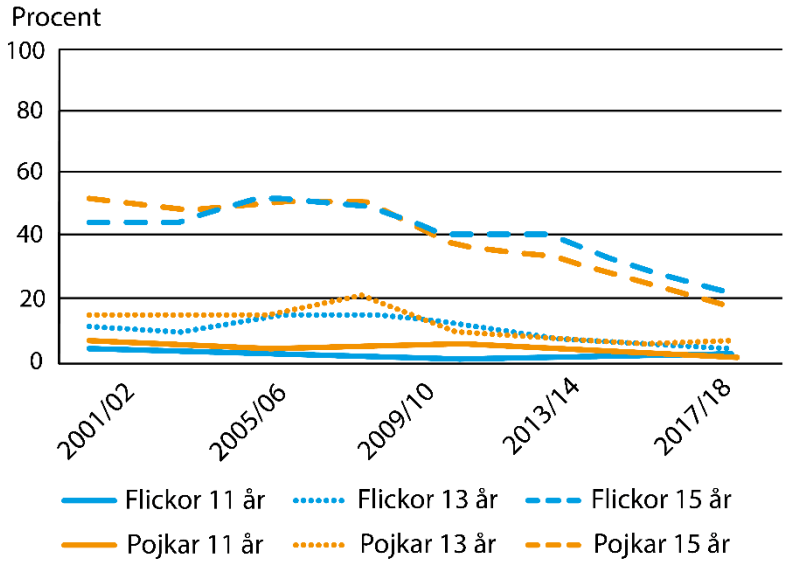
Alkoholkonsumtion

Barn och unga är särskilt sårbara för alkoholens effekter. Ett högt eller frekvent alkoholbruk har samband med negativa konsekvenser som sämre impulskontroll, sämre skolprestation och hög konsumtion av alkohol i vuxen ålder. Andelen elever som uppgett att de druckit sig berusade har minskat över tid. Bland 11-åringarna är andelen 1 procent 2017/2018, en minskning med 6 procent bland pojkarna och 4 procent bland flickorna sedan 1985/1986. Andelen 13-åriga flickor som uppgett att de varit berusade har minskat från 11 till 4 procent och från 13 till 6 procent bland pojkarna. Bland 15-åringarna fortsätter andelen också att minska, från 44 till 22 procent bland flickorna och 52 till 17 procent bland pojkarna.[45] Även bland flickor och pojkar i årskurs 9 hade andelen som druckit alkohol det senaste året minskat från cirka 64 procent 2007 till cirka 42 procent 2019. Samma tendens återfanns bland flickor och pojkar i gymnasiets

[45] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*

år 2, där andelen minskade från cirka 87 procent till cirka 69 procent under samma tidsperiod.[46]

Figur 4.5 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de har varit berusade, 1985/1986–2017/2018. Observera att uppgifter för 1993/94 saknas



Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

Tobaksanvändning

Tobaksrökning ökar risken för flertalet sjukdomar som diabetes, cancer, hjärt- och kärlsjukdom och sjukdomar och infektioner i andningsorganen. Många av de som börjar röka gör det innan 18 års ålder. Rökning kan upplevas hjälpa till att fylla en social funktion för ungdomar genom att till exempel skapa tillhörighet eller kontakt, kontrollera negativa känslor eller depression. Det är viktigt att arbeta förbyggande mot att unga börjar röka, eftersom tröskeln för att bli beroende av nikotin i vuxen ålder blir lägre och det är svårt att bryta beroendet.[47] Enligt data som baseras på Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN) årliga drogvaneundersök-

[46] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Alkoholkonsumtion (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).
[47] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*

ning bland skolelever i årskurs 9 och år 2 på gymnasiet (Skolelevers drogvanor) har tobakskonsumtionen minskat över tid. Från år 2012 har andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de rökt under de senaste 12 månaderna och som fortfarande röker minskat från cirka 16 procent till 10 procent år 2019. I gymnasiets år 2 har motsvarande andel minskat från cirka 30 procent till ungefär 20 procent under samma period.[48]

Snusning kan orsaka ett nikotinberoende och är förknippat med vissa hälsorisker.[49] Sedan år 2012 har andelen flickor och pojkar i årskurs 9 och gymnasiets år 2 som uppgett att de snusat de senaste 12 månaderna och fortfarande snusar ökat i båda årskurserna. I årskurs 9 var andelen ungefär 7 procent år 2012 och cirka 9 procent år 2019, motsvarande andelar för gymnasiets år 2 var ungefär 13 procent respektive cirka 17 procent.[50]

Cannabisanvändning i skolåldern kan resultera i beroendeutveckling, försämrade kognitiva funktioner och ökad risk för psykotiska symtom. Ett regelbundet bruk av cannabis som påbörjats i tidig ålder har även ett samband med högre skolfrånvaro, lägre utbildningsnivå, högre arbetslöshet, lägre inkomst, större behov av ekonomiskt stöd och bruk av andra droger. 6 procent av 15-åriga flickor och 8 procent av pojkarna uppger att de att de har provat hasch, cannabis eller marijuana.[51] Bruk av narkotika orsakar ökade risker för skador både ur ett socialt och ett medicinskt perspektiv. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de använt narkotika det senaste året har ökat från 4,4 procent 2007 till 5,8 procent 2019 och motsvarande för gymnasiets år 2 var 10,7 procent till 12,5 procent under samma period.[52]

Tandhälsa

Redan i förskoleåldern grundläggs goda tandvårdsvanor. Tandhälsan hos barn och unga är generellt sett god, dock förekommer skillnader mellan regioner, åldersgrupper och socioekonomiska grupper. Bland

[48] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion, cigaretter (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).
[49] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[50] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion snus (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).
[51] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[52] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Narkotikaanvändning (skolelever)*. (Hämtad 2021-03-18).

barn som har vårdnadshavare med dålig tandhälsa och karies är förekomsten av karies hos barnen vanligare. Barn med karies i mjölktänderna riskerar sämre munhälsa senare i barn- och ungdomsåren.[53] Det finns även socioekonomiska skillnader bland barn och unga i hur regelbundet man besöker tandvården och dessa går att upptäcka tidigt under barndomen.[54] Vid 6-års ålder har mer än vart fjärde barn karies i tänderna och tandhälsan bland 12- och 19-åringar riskerar att försämras på sikt.

Förekomsten av karies bland 3-åringar var 5 procent och är oförändrad under perioden 2011–2018. Bland 6-åringarna hade karies ökat från 21 procent 2011 till 27 procent 2018. Ungefär 33 procent av 12-åringarna hade karies 2018 och resultaten har varit relativt oförändrade sedan 2011. Andelen 19-åringar med karies har var 40 procent 2019, vilket är innebär en förbättring över tid.[55]

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma ökar risken för skador och sjukdomar i rörelseorganen, hjärt- och kärlsjukdom, diabetes typ 2, vissa cancerformer, psykisk ohälsa och förtida död. Övervikt i sig ökar risken för fetma. För barn och unga som har övervikt eller fetma i ung ålder är risken stor att den kvarstår i vuxen ålder. Förekomsten ökar i stort sett i alla åldrar och det finns tydliga skillnader i olika grupper och var i Sverige man bor. Förekomsten ökar också med åldern. Bland 9-åringarna var det dubbelt så stor andel med övervikt och fetma jämfört med 6-åringarna. Dessutom har andelen barn med övervikt eller fetma ökat över tid. Andelen 11-åringar och 15-åringar med övervikt eller fetma har mer än dubblerats under de senaste 30 åren.

När det gäller 4-åringar hade cirka 11 procent övervikt eller fetma år 2018. Det var vanligare bland flickorna (13 procent) än bland pojkarna (10 procent). Då det endast finns nationella data för åren 2017 och 2018 bland barn i 4-årsåldern är det svårt att säga något om utvecklingen.[56]

---

[53] Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2020.*
[54] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[55] Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2020.*
[56] Folkhälsomyndigheten (2021): *Förekomst av övervikt och fetma* (Hämtad 2021-01-27).

Cirka 21 procent av 6–9-åringar hade läsåret 2017/2018 övervikt eller fetma. Andelen med övervikt var 15 procent och andelen med fetma 12 procent. Under samma period var andelen 11-åriga pojkar med övervikt eller fetma 19 procent och för flickor 12 procent. För 13-åriga pojkar var andelen 16 procent och för flickor 12 procent. Andelen 15-åriga pojkar var 20 procent och flickor 12 procent.[57]

Kroppsuppfattning

Under puberteten blir både flickor och pojkar mer medvetna om sin kropp och börjar jämföra sig med andra. Generellt sett brukar ungas syn på sin kropp bli mer negativ ju äldre de blir, jämfört med de personer som befinner sig i början av tonåren som har en mer positiv bild av sina kroppar. Flickor anser i högre utsträckning att de är för tjocka jämfört med pojkarna, där en större andel anser att de väger lagom mycket i alla ålderskategorier. En negativ kroppsuppfattning är relaterad till högt BMI senare i livet, psykisk ohälsa, bantning, hetsätning, låg grad av fysisk aktivitet och lågt intag av frukt och grönt. Det finns ett samband mellan att anse att man är för tjock och psykosomatiska besvär. Hos flickor som försöker gå ner i vikt förekommer psykosomatiska besvär i högre grad. Det finns även ett samband mellan psykosomatiska besvär och uppfattningen om att man är lite eller alldeles för smal.[58]

Familjerelationer och andra sociala relationer

Sociala relationer har stor betydelse för hälsan i olika faser i livet. Socialt stöd från andra människor bedöms vara en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa. Familjen är barns omedelbara sociala nätverk och har ett livsnödvändigt och avgörande inflytande på hälsans och välbefinnandets utveckling. De tidiga relationerna, ett positivt samspel mellan barnet och dess vårdnadshavare och en lyhörd omvårdnad lägger grunden för barnets utveckling av en trygg anknytning, vilken i sin tur har positiv inverkan på barnets utveckling och hälsa. Spädbarnet är aktivt i skapandet av sina sociala relationer och eftersträvar sin vårdnadshavares uppmärksamhet. Spädbarnet behöver de vuxnas

[57] Folkhälsomyndigheten (2021): *Förekomst av övervikt och fetma*. (Hämtad 2021-01-27).
[58] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*

stöd för att kunna utnyttja sina egna resurser till utveckling. De tidiga relationerna och sociala samspelet till andra, speciellt relationerna till vårdnadshavare, är den primära miljön för lärande under barnets tidiga levnadsår.[59] Brister i tillgång på främjande och stödjande relationer kan få negativa konsekvenser för barnets utveckling och hälsa. Relationssvårigheter och problem mellan barnet och dess vårdnadshavare, vårdnadshavares psykiska ohälsa och bristande omsorgsförmåga, konflikter i familjen och bristande socialt nätverk att få stöd genom medför ökad risk för ohälsa bland barn under uppväxtåren och senare i livet.[60]

Tillgång till socialt stöd ses som ett brett mått på välbefinnande hos unga. Det finns samband mellan socialt stöd och minskad risk för depression, gott självförtroende, psykiskt välbefinnande och hög tilltro till den egna förmågan. Bristfälliga sociala relationer kan på motsatt vis utgöra en riskfaktor som kan skapa ohälsa.[61]

Enligt tidigare analyser av Skolbarns hälsovanor finns ett tydligt samband mellan förekomsten av psykosomatiska besvär och elevernas relation med sina föräldrar. Elever som svarat att de har svårt att prata med en eller båda sina föräldrar har uppgett en högre förekomst av psykosomatiska besvär jämfört med elever som inte upplever samma problem i sina relationer till föräldrarna. Både flickor och pojkar upplever att de får socialt stöd av familjen, men upplevelsen av stöd minskar med åldern. De flesta flickor och pojkar har lätt att prata med sin mamma om det som bekymrar dem, andelen som uppgett att de har lätt att prata med sin pappa är något lägre särskilt bland 13- och 15-åriga flickor.[62]

Flickor uppger i högre grad än pojkar att de får socialt stöd av sina vänner. Andelen som har daglig eller nästan daglig kontakt med vänner, syskon, föräldrar eller lärare på nätet är högre bland flickor än pojkar.[63]

En betydande del av kommunikationen mellan människor sker i dag via digitala kanaler som till exempel sociala medier så som Instagram, Facebook och Snapchat. 95 procent av unga i åldrarna 13–16 och 97 procent av unga 17–18 år använder sociala medier.[64]

[59] Sarkadi, A. et al. (2018): *Spädbarnets utveckling och behov av en trygg bas*.
[60] Rikshandboken för barnhälsovård (2021): *Identifiera skydds- och riskfaktorer* och Bergum Hansen, M. och Jacobsen, H. (2008): *Sped- och småbarn i risiko- en kunskapsstatus*.
[61] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*
[62] Ibid.
[63] Ibid.
[64] Statens Medieråd (2019): *Ungar & medier 2019*.

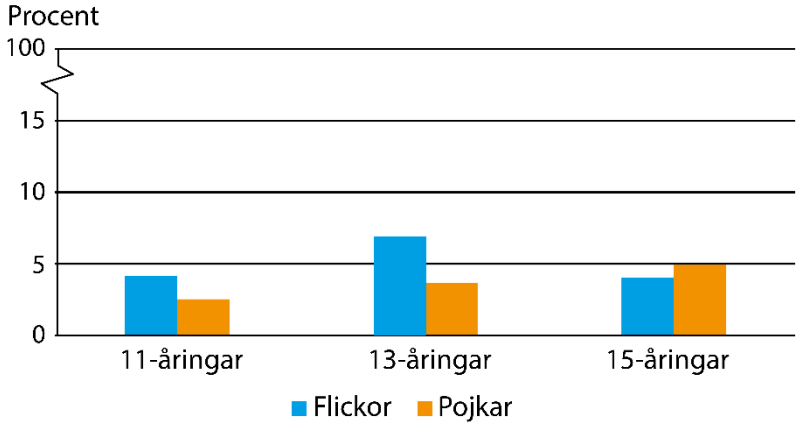
Det finns flera samband mellan sämre psykiskt välbefinnande och mer omfattande medieanvändning, men sambanden är ofta svaga och det finns ännu inget klart svar om vad som är orsak och verkan, eller vilka andra mekanismer som är inblandade.[65] En del forskning pekar på att användning av sociala medier kan öka risken för depressiva besvär samtidigt som annan forskning menar att relationen mellan sociala medier och depressiva besvär är komplex.[66]

Mobbning

Enligt analyser av data från Skolbarns hälsovanor finns det ett starkt samband mellan att vara mobbad och att ha psykosomatiska symtom. Inblandning i mobbning både som förövare och offer är förknippat med en mer negativ framtidssyn och olika former av utåtagerande eller inåtvända psykiska problem. Mellan 6–10 procent av flickorna i alla åldrar uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling eller mobbning i skolan 2–3 gånger i månaden eller oftare, motsvarande siffra för pojkarna är cirka 8 procent. Förutom att kränkande behandling eller mobbning förekommer i skolmiljön kan det äga rum på internet, så kallad nätmobbning där kommunikationen sker via en dator, mobiltelefon eller annan digital produkt. 3–7 procent av flickor och pojkar i alla åldrar uppger att de har utsatts för nätmobbning mellan 2–3 gånger i månaden eller oftare.[67]

[65] Statens Medieråd (2020): *Unga medier och psykisk ohälsa*.
[66] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[67] Ibid.

Figur 4.6 Andel (i procent) flickor och pojkar i respektive ålder som uppger att de har blivit nätmobbade* 2–3 gånger i månaden eller oftare, under de senaste månaderna, 2017/2018



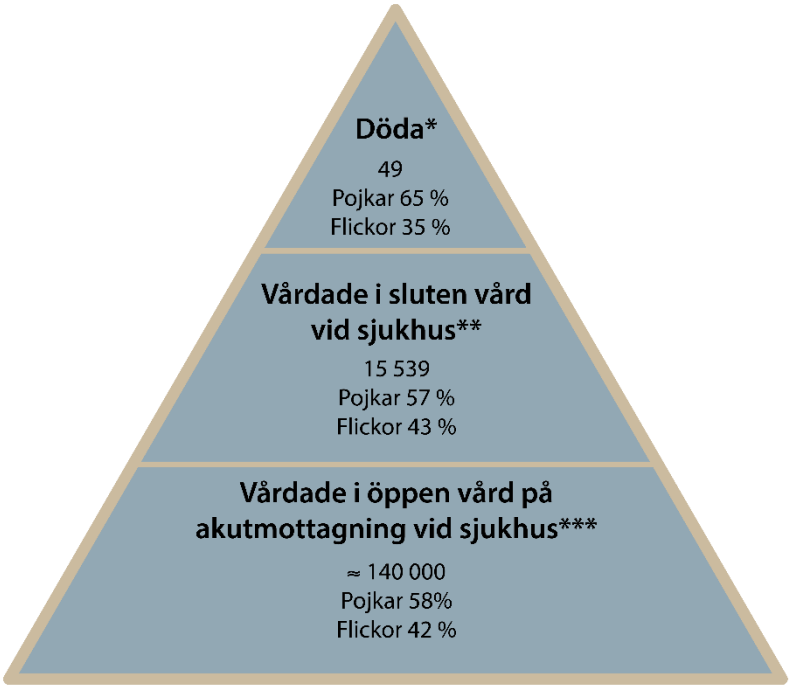
* Till exempel att någon skickat elaka chattmeddelanden eller sms till dem, gjort elaka inlägg, skapat en webbsida som förlöjligar dem, lagt upp pinsamma eller olämpliga bilder på dem på nätet eller skickat sådana bilder till andra utan deras tillåtelse.
Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018.

Olycksfall

Den vanligaste orsaken till att barn vårdas på sjukhus är skadehändelser. Närmare en fjärdedel av barn i åldrarna 1–17 år som vårdas inskrivna på sjukhus, vårdas till följd av en skadehändelse. Skador är även den vanligaste dödsorsaken bland barn i åldrarna 1–17 år. Trots att skador är en vanlig orsak till att barn avlider har trendkurvan för skador hos barn under lång tid varit avtagande. De senaste 40 åren har antalet barn som avlidit minskat från fler än 400 per år i början på 1970-talet till under 100 de senaste åren.[68] 2016 avled 49 barn i åldrarna 0–17 år till följd av skadehändelse, varav olycksfall utgjorde hälften.[69]

[68] Socialstyrelsen (2015): *Skador bland barn i Sverige 2015.*
[69] Socialstyrelsen (2017): *Statistik om skador bland barn 2016.*

Figur 4.7 Skadepyramid för barn 0–17 år. Antalet avlidna, vårdade i sluten vård samt vårdade i öppen vård till följd av skadehändelse 2016



Källa: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret, Patientregistret, IDB (Injury Database)).

Barn som far illa eller riskerar att fara illa

Alla barn och unga har rätt till att få växa upp under trygga förhållanden. Barn som far illa eller riskerar att fara illa är ett gemensamt samhällsansvar, men många barn som far illa kommer inte till socialtjänstens kännedom och kan därmed inte alltid få det stöd och skydd som de behöver från samhället. Personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården som i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa ska genast göra en anmälan till socialnämnden. Det följer av 14 kap. 1 § socialtjänstlagen. Ett barn kan fara illa när det till exempel i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försummelse, har allvarliga relationsproblem i förhållande till sin familj eller ett självdestruktivt beteende. Barn och unga med stora problem i

skolsituationen som är kopplat till en social problematik, kan också fara illa.[70]

Anmälningar till socialtjänsten som rör relationsproblem i familjen, omsorgssvikt, övergrepp och våld i familjen omfattar till största del de yngre barnen (0–12 år). Bland de yngsta barnen (0–6 år) är omsorgssvikt och våld i familjen de vanligaste anmälningsorsakerna. Anmälningarna är fler i socioekonomiskt utsatta områden, men det är inte klarlagt varför det är så. Tidigare forskning har pekat på orsaker som familjesituation, nära omgivning och omgivande samhälleliga strukturer när det gäller risken att barn far illa. Sociala omständigheter som fattigdom och arbetslöshet är riskfaktorer som kan påverka föräldraförmågan negativt. Det är dock viktigt att påpeka att bristande omsorg om barn förekommer i alla samhällsskikt.[71]

Antalet orosanmälningar har ökat över tid. Det finns flera möjliga orsaker som sannolikt samspelar som förklaring till ökningen. En bidragande orsak är att fler anmälningsskyldiga i dagsläget har kunskap om sin anmälningsskyldighet. Andra bidragande orsaker är nationella satsningar med utvecklingsmedel i arbete mot våld i nära relationer, att socialtjänsten har förbättrat sitt arbetssätt och en förändrad lagstiftning. Många regioner har även startat barnskyddsteam i syfte att bland annat utbilda och vara stöd till annan vårdpersonal i frågor som rör våld och vanvård mot barn, bland annat i samband med en anmälan om barn till socialtjänsten.[72]

4.2.2 Barns och ungas hälsa i olika åldrar och olika grupper

Det ofödda barnets hälsa

Blivande föräldrars levnadsvanor har betydelse för fostrets utveckling och framtida hälsa. Ohälsosamma levnadsvanor hos gravida som till exempel otillräcklig fysisk aktivitet, alkoholkonsumtion, rökning, snusning och ohälsosamma matvanor, innebär risker för både kvinnan och fostret. De allra flesta gravida träffar mödrahälsovården

[70] Socialstyrelsen (2014): *Barn som far illa eller riskerar att fara illa.*
[71] Socialstyrelsen (2019): *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa – Nationell kartläggning 2018.*
[72] Ibid.

och har därigenom goda möjligheter att få stöd med en beteendeförändring.[73]

Övervikt och fetma i samband med graviditet kan utgöra en hälsorisk för den gravida, fostret och det nyfödda barnet. Ett högt BMI är kopplat till en ökad risk för graviditetskomplikationer som högt blodtryck, havandeskapsförgiftning och graviditetsdiabetes. Det föreligger även en ökad risk för missbildningar hos fostret, missfall och fosterdöd. Det finns ett starkt samband mellan övervikt och fetma hos mamman och att barnet föds stort för tiden. Ett högt BMI innebär också en ökad risk för prematur förlossning och kejsarsnitt. Förekomsten av övervikt (BMI 25–29,9 kg/m^2) hos gravida vid inskrivning hos mödrahälsovården har ökat från cirka 20 procent 1992 till 26,7 procent 2018, motsvarande siffror för förekomsten av fetma (BMI på minst 30 kg/m^2) var cirka 6 procent till 15,4 procent under samma tidsperiod.[74]

Alkoholkonsumtion under graviditeten riskerar att störa fostrets utveckling och kan leda till fysiska, kognitiva och beteendemässiga effekter.[75] Andelen gravida med riskbruk av alkohol har minskat från 6,2 procent 2012 till 3,6 procent 2019.[76]

Att röka eller snusa under graviditeten är förenat med ökad risk för låg födelsevikt hos barnet och för tidig födsel som i sin tur ökar risken för perinatal sjuklighet och dödlighet.[77] Vid inskrivning på mödrahälsovården tillfrågas den gravida om sina tobaksvanor. Andelen gravida som rökte cigaretter vid tidpunkten för inskrivningen hade minskat från 12,3 procent 2000 till 4,2 procent 2018. Andelen gravida som snusade var omkring 1,2 procent under samma tidsperiod.[78]

Sverige har en relativt låg andel dödfödda barn, 3,7 per 1 000 födda barn, men andelen har inte minskat i samma utsträckning som i andra jämförbara länder under de senaste tio åren. Tillväxthämning hos fostret är den komplikation som bidrar mest till dödföddhet, speciellt dödföddhet före fullgången tid. Riskfaktorer

[73] Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.
[74] Socialstyrelsen (2020): *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018.*
[75] Folkhälsomyndigheten (2018): *Rapport över utvecklingen i förhållande till ANDT-strategins mål 2018.*
[76] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk alkohol* (Hämtad 2021-03-18).
[77] Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.
[78] Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk tobak* (Hämtad 2021-03-18).

är till exempel hög ålder hos modern, låg utbildning, övervikt/fetma, upprepade tidigare missfall, tidigare förlossning med ett dödfött barn, rökning och att kvinnan var född i Afrika söder om Sahara, eller i Mellanöstern.[79]

Spädbarns och småbarns hälsa

Spädbarnsdödlighet är en viktig välfärdsindikator och avser de spädbarn som avlider innan de fyllt ett år. Dödsfall under neonatalperioden, de första 28 levnadsdagarna, orsakas framför allt av förlossningskomplikationer, andningsstörningar och infektioner samt medfödda missbildningar. Under den resterande delen av det första levnadsåret orsakas spädbarnsdödlighet vanligen av plötslig spädbarnsdöd, infektioner, tumörer och olycksfall. Spädbarnsdödligheten minskar med förbättrade socioekonomiska och sanitära förhållanden, med medicinska framsteg och mer utvecklad hälso- och sjukvård. I Sverige avled 2,1 per 1 000 levande födda spädbarn under det första levnadsåret 2019, varav hälften skedde under den första levnadsveckan. Sverige är ett av de länder som har lägst spädbarnsdödlighet.[80]

Under de första åren i barnens liv utvecklas hjärnan som mest. Då grundläggs den fysiska, psykiska, sociala och kognitiva utvecklingen. Olika faktorer påverkar barns utveckling och framtida hälsa både under fosterperioden och i den tidiga barndomen. Den första tiden i livet har därför stor betydelse för barns hälsa och utveckling och omgivningens bemötande är centralt. Det är viktigt att de biologiska, psykologiska och sociala faktorerna samspelar på ett sätt som främjar barnets utveckling och hälsa på sikt.[81]

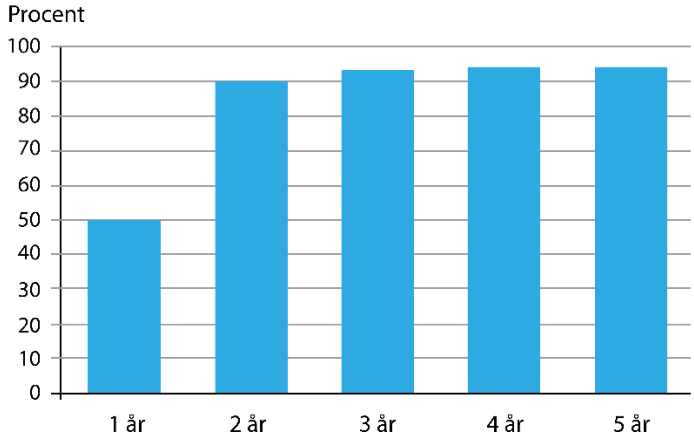
De första åren i ett barns liv har avgörande betydelse för livslång psykisk hälsa och välbefinnande.[82]Hos yngre barn är psykisk och somatisk hälsa väl förbundna med varandra och inte enkla att skilja åt. Psykisk ohälsa hos barn under de första levnadsåren tar sig andra uttryck än hos äldre barn eller vuxna. Tecken på psykisk ohälsa hos spädbarnen och de små barnen visar sig bland annat genom svårig-

[79] Socialstyrelsen (2018): *Dödfödda barn.*
[80] Folkhälsomyndigheten (2020): *Spädbarnsdödlighet* (Hämtad 2021-03-19).
[81] Sarkadi, A. et al. (2018): Spädbarns utveckling och behov av en trygg anknytning.
[82] Britto, P.R. et al. (2017): *Nuturing care:promoting early childhood developement* och Stewart-Brown, S.L. och McMillian, A.S. (2010): *Home and communiting based parenting support programmes and interventions:report of Worpackage 2 of the DataPrev project.*

heter i relation och samspel mellan barnet och dess vårdnadshavare, dålig tillväxt, problem relaterade till barnets sömn, ätsvårigheter, skrikighet, svårigheter att lugna och trösta, brister i kommunikation, tillbakadragenhet och att barnet inte följer förväntad utveckling. Det skapar lidande hos barnet och dess omgivning och kan utmana föräldraskapet. Familjen kan behöva söka stöd i situationen, vilket kan uppmärksammas inom barnhälsovården eller inom förskolan. Det krävs ett nära samarbete med barnets vårdnadshavare för att kunna identifiera bakomliggande orsaker, planera för rätt insatser och följa upp. En bred kartläggning av skydds- och riskfaktorer runt och i familjen blir viktig, eftersom barnet är helt beroende av den omsorg och omvårdnad det får och familjens förutsättningar för att ge den.[83]

De flesta barn mellan 1–5 år är inskrivna i förskola. Förskolan blev en egen skolform 1998. Sedan dess har antalet inskrivna barn ökat från strax under 20 000 barn till omkring 513 000 barn 2019. På hösten det år barnet fyller ett år är knappt hälften av barnen inskrivna. Bland tvååringar är andelen 89 procent och bland tre- till femåringar är 94 procent inskrivna i förskolan. Det finns ingen skillnad mellan flickor och pojkar. [84]

Figur 4.8 Andel barn inskrivna i förskola efter ålder. Procent



Källa: Skolverkets förskoleregister och SCB:s barn och familjestatistik.

[83] Rikshandboken för barnhälsovård *(2020): Identifiering skydds- och riskfaktorer*. (Hämtad 2020-11-25).
[84] SCB (2021): *23 000 barn går inte i förskola* (Hämtad 2021-02-01).

En viktig del av förskolans arbete är att stödja barnens förmågor till att uppleva, reglera och uttrycka känslor, bilda nära och trygga relationer och att utforska sin omvärld. Det är viktiga aspekter för barns psykiska hälsa och utveckling.[85]

Förskolan har positiva effekter både på barns psykiska hälsa och på deras senare studieresultat i både språk och matematik. I vuxen ålder har de som gick i förskola högre utbildningsnivå och högre inkomst. Förskolepersonalens utbildning och kompetensutveckling, samt rutiner för övergång från förskola till skola, har gynnsam effekt på barns kognitiva och sociala utveckling och psykiska hälsa.[86]

När barn själva får svara på frågan om de trivs i förskolan framkommer bilden av att trivseln är mycket hög. 71 procent svarar att de trivs och 21 procent att de trivs ganska bra. 4 procent anger att de inte trivs.[87]

Barn som är födda utomlands går i förskolan i lägre grad än barn som är födda i Sverige. Av de 23 000 3–5-åringar som inte går i förskola är 20 procent födda utomlands. 40 procent av dessa har varit folkbokförda i Sverige i mindre än ett år. De barn som inte går i förskola har oftare föräldrar med högst förgymnasial utbildning, lägre inkomstnivå och bor i hyresrätt.[88]

När det gäller små barns hälsa i allmänhet finns begränsad information, eftersom det inte finns några fullt utvecklade datakällor.[89]

Skolbarns och ungdomars hälsa

Tillfredsställelse med livet har ett samband med goda familjerelationer och skolfaktorer. Generellt uppger 11-, 13- och 15-åringar att de är tillfreds med livet, dock sjunker andelen något mellan 11 och 15 års ålder. En större andel pojkar än flickor anser att de är tillfreds med livet. Bland 15-åriga flickor uppger 66 procent att de har ett högt eller mycket högt välbefinnande, motsvarande siffra för pojkarna är 85 procent.[90]

---

[85] Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa.*
[86] Ibid.
[87] Barnombudsmannen (2019): *Barns röster från förskolan.*
[88] Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa.*
[89] Folkhälsomyndigheten (2020): *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård.*
[90] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*

Genomgående skattar flickor sin självkänsla lägre jämfört med pojkar och en mindre andel 15-åriga flickor än pojkar tycker om sig själva och anser att de är tillräckligt bra som de är. Andelen flickor som anser att ”jag tycker om mig själv” är 61 procent jämfört med 84 procent bland pojkarna. Andelen flickor som håller med om att ”jag är tillräckligt bra som jag är” är 60 procent medan motsvarande andel för pojkarna är 80 procent. Pojkar skattar även sin självförmåga högre än flickor i 15-årsåldern och en större andel uppger att de alltid eller vanligtvis klarar av saker de bestämt sig för att göra.[91]

Flickor i alla åldersgrupper och pojkar i 15-årsåldern uppger att de upplever en ökad skolstress som relaterar till psykiska och somatiska symtom. En högre andel flickor i 13-årsåldern uppger att de känner sig stressade jämfört med pojkar i samma ålder, 48 procent respektive 24 procent. För flickor och pojkar i 15-årsåldern uppger 73 procent respektive 49 procent att de känner skolstress.[92]

Barn och unga som känner sig stressade över skolarbetet beskriver att de saknar strategier och att skolarbetets påfrestningar aldrig tar en paus. För en del barn skapar arbetsbelastningen i skolan en ohållbar situation. En del upplever att skolarbetet tar upp så mycket tid och ork att de känner sig tvungna att prioritera bort vänner och fritidsaktiviteter.[93]

De vanligaste psykiska besvären bland flickor och pojkar i skolåldern är irritation, dåligt humör, nervositet och sömnsvårigheter. Alla besvär är vanligare bland flickorna i 13- och 15-årsåldern jämfört med pojkarna. Utvecklingen av de psykiska besvären har ökat bland 13- och 15-åringarna och de 11-åriga flickorna sedan mätningarnas start 1985/1986.[94] Fler yngre barn rapporterar psykosomatiska besvär som nedstämdhet och sömnsvårigheter än tidigare.[95] De vanligaste somatiska besvären bland flickor i alla åldrar är huvudvärk och magont och besvären förekommer i högre utsträckning hos flickor jämfört med pojkar. Huvudvärk och ryggont är vanligast hos pojkar. Det är vanligare att flickor har minst två somatiska besvär mer än en gång i veckan jämfört med pojkar. Andelen elever med minst två besvär har varierat under åren och andelarna i alla åldrarna har ökat

[91] Ibid.
[92] Ibid.
[93] Bris (2020): *Hållbara liv – om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*.
[94] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[95] Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga – Öppna jämförelser 2019*.

till de högsta nivåerna sedan studiens start. Flickor i alla åldrar tar i högre utsträckning än pojkar medicin mot huvudvärk och magont.[96] Självrapporterade psykosomatiska besvär i ung ålder ökar risken för senare psykiatrisk sjukdom eller självmord.[97]

Omkring 10 procent av barn i åldrarna 13–17 år vårdades för psykiatrisk diagnos eller behandlades med psykofarmaka inom öppen- eller slutenvården år 2017. I gruppen unga mellan 18–24 år var motsvarande andel cirka 12 procent, med en fördelning på 15 procent för unga kvinnor och 10 procent för unga män. Antalet som vårdades för psykiatrisk diagnos eller behandlades med psykofarmaka har ökat över tid för barn och unga sedan år 2006 till 2017.[98] De diagnoser som främst bidrar till ökningen är depressioner och ångestsyndrom, vilket resulterar i en ökad förskrivning av läkemedel. 5 procent av barn och unga i åldrarna 13–19 år har haft depression. Depressionsförekomsten bland barn innan puberteten är lägre och drabbar omkring 1 procent varje år. Varje år drabbas cirka 10 procent av alla barn och unga av ångestsyndrom.[99]

Antal barn och unga under 18 år som tagit sitt liv varierade mellan 20–29 fall under tidsperioden 2012–2017, vilket motsvarar omkring ett självmordsfall per 100 000 invånare i åldersgruppen. När det gäller unga mellan 18–24 år, varierar antalet personer som avlider till följd av självmord från år till år. Under 2017 avled 128 unga i åldersgruppen. Det är betydligt vanligare att både pojkar och unga män tar sina liv än flickor och unga kvinnor.[100]

Drygt 5 procent av barn i skolåldern uppskattas ha ADHD.[101] Antalet barn i åldern 5–17 år som använder läkemedel vid ADHD har ökat över tid och medicineringen med ADHD-läkemedel är dubbelt så hög bland pojkar som bland flickor. Det är inte ovanligt att personer med ADHD har flera samtida psykiatriska diagnoser. Bland barn och unga är ångesttillstånd, depression och utagerande beteende vanligt. Det finns även en ökad risk för att utveckla missbruk.[102]

---

[96] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*.
[97] Socialstyrelsen (2013): *Psykisk ohälsa bland unga.* Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.
[98] Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga – Öppna jämförelser 2019*.
[99] Ibid.
[100] Ibid.
[101] Socialstyrelsen (2014): *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd.*
[102] Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga – Öppna jämförelser 2019*.

Barn och unga med långvariga och vårdbehov

Demografiska diskussioner i Sverige i dag fokuserar främst på multisjuka äldre och sjuka vuxna, trots att även barnpopulationen är i stadig ökning och att det finns ett stort antal barn och unga med långvariga och stora behov av vård och omsorg. Några av dem är så kallade nya överlevare, som till exempel för tidigt födda barn, barn födda med allvarliga missbildningar och barn och unga som överlevt cancer, andra är barn och unga med neurologiska och metabola sjukdomar. Psykiatriska tillstånd ökar, inte minst andelen som får diagnoser inom neuropsykiatriska funktionshinder. Trots detta saknas tillgängliga fakta om barn och ungas övergripande sjuklighet och vårdbehov.

Gruppen barn och unga med långvariga och stora vårdbehov innefattar personer med kroniska tillstånd av olika slag, vilket innebär att de har likartade behov under en längre tid. Tillstånden spänner över många olika diagnosfält. Det saknas dock en vedertagen definition för denna grupp.

Det saknas också data på hur många barn och unga som gruppen omfattar, men data från Västra Götalandsregionen visar att cirka 20 procent av alla barn och unga från 0 till och med 17 år, har större och återkommande behov av hälso- och sjukvård och konsumerar en majoritet av vårdresurserna (cirka 80 procent).[103] Myndighetsrapporter liksom en del internationella studier pekar på en ungefärlig förekomst av kroniska sjukdomar hos barn och unga på 20 procent.[104]

Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov är en heterogen grupp. Den omfattar till exempel personer med funktionsnedsättningar som får stöd inom habiliteringsverksamhet, personer med olika socialpsykiatriska behov, likväl som personer med väl kontrollerad astma eller diabetes. Skillnaderna inom gruppen är därför stora när det gäller medicinsk komplexitet, grad av funktionsnedsättning och resursbehov. För olika individer varierar också vårdbehovet över tid, eftersom många går in och ut ur stora behov, medan en del är livslångt sjuka från starten av livet. Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov söker vård i både primärvård och specialistvård, men för olika saker.

[103] Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.*
[104] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, rapport 2014:2.*

Samsjuklighet är vanligt hos barn med vissa kroniska tillstånd, till exempel hos barn med fetma, barn med syndrom, hos svårt sjuka nyfödda barn, vid neurologisk sjukdom och vid psykiatriska tillstånd och neuropsykiatriska funktionshinder. Av barn med långvariga och stora behov har ungefär en femtedel av individerna tre eller fler kroniska diagnoser. Det innebär en utmaning för vården som ofta är segmenterad och diagnosspecifik.[105]

Barn och unga som har kroniska sjukdomar och många vårdkontakter lyfter själva vikten av vårdnadshavares roll som trygghetsskapande och stödjande i informationsinhämtning, i mötet med vården, i planering och behandling. Det är tydligt att sjukdomen påverkar vardagen och barnets eller den unges syn på livet och sin utveckling. Flera barn och unga vittnar om att de tvingas mogna in i vuxenlivet tidigare än kompisar utan kronisk sjukdom. De måste också utstå många prövningar och förväntas klara av påfrestande och stressiga moment i hälso- och sjukvården. Unga ser också föräldrarnas stress och vårdpersonalens pressade vardag och tidsbrist.[106]

Skolarbetet påverkas i hög grad av sjukligheten och behandlingen, men stöd och kompensation från skolan för barnets ofrivilliga frånvaro uteblir ofta. Unga med kroniska sjukdomar vill vara som alla andra och det uppstår ofta inre konflikter kring vem man vill dela sin hälsoinformation med, som till exempel kompisar, lärare och elevhälsans personal.[107] Barn och unga med funktionsnedsättning uppger att de trivs mindre bra i skolan och utsätts för mobbning i högre grad än andra barn. Det är särskilt förekommande bland barn med måttliga eller svåra funktionsnedsättningar och neuropsykiatriska diagnoser. Mellan 60–67 procent av eleverna med en funktionsnedsättning, långvarig sjukdom eller annat långvarigt hälsoproblem tar medicin.[108]

För barn och unga med kroniska tillstånd är det extra viktigt att hälso- och sjukvården tillhandahåller en trygg fast kontakt som ger kontinuitet och tillräckligt med tid när besvären kvarstår och inte ger med sig vid de första insatserna. Delaktighet och stöd, samordning och informationsdelning brister ofta i vården.

---

[105] Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.*
[106] Västra Götalandsregionen (2019): *Intervjustudie med barn och unga med kronisk sjukdom och många vårdkontakter i Västra Götalandsregionen – hur de uppfattar kontakten med vården och hur de beskriver sin vardag, Regional handlingsplan för barn och ungas hälsa och sjukvård.*
[107] Ibid.
[108] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.*

Hälsa bland placerade barn och unga

De flesta barn och unga som placerats i familjehem anser att de har det bra i sina familjehem. De känner sig trygga och får stöd och hjälp av familjehemsföräldrarna, både känslomässigt och praktiskt.[109] Samtidigt visar undersökningar att barn och unga som är placerade i familjehem och hem för vård eller boende (HVB), som grupp betraktat, har sämre fysisk och psykisk hälsa än andra barn.[110] Placerade barn har också en sämre munhälsa än barn som inte är placerade. De besöker tandvården något mer sällan än andra barn och kontakten med tandvården verkar inte etableras i direkt anslutning till placeringstillfället.[111]

Barn och unga som vårdas i HVB med stöd av lagen för vård av unga (LVU) har mycket ofta psykiatriska tillstånd och vårdbehov som behöver tillgodoses samtidigt som de sociala vårdbehoven. En undersökning som Socialstyrelsen har genomfört vid Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem visar bland annat att 71 procent av barnen och de unga hade minst en fastställd psykiatrisk diagnos, 45 procent av barnen och de unga hade minst två dokumenterade diagnoser och 20 procent hade minst tre samtidiga diagnoser. Det fanns en stor överlappning mellan olika psykiatriska tillstånd. Den vanligaste diagnosen hos både pojkar och flickor var ADHD. Hos pojkar var den näst vanligaste diagnosen missbruk, följt av uppförandestörning och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Den näst vanligaste diagnosen bland flickor var PTSD, följt av autismspektrumtillstånd och missbruk. 40 procent av barnen och de unga hade varit i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna. Vanligast var självmords- respektive självskadebeteende följt av panikattacker. Självmordsbeteende var tre gånger vanligare bland flickor och självskadebeteende var mer än fyra gånger så vanligt bland flickor jämfört med bland pojkar.[112]

[109] Socialstyrelsen (2021) *Att lyssna på barn i familjehem. En nationell brukarundersökning om familjehemsplacerade barns upplevelser av vården.*
[110] SKR (2020): *Hälsoundersökningar för placerade barn.*
[111] Socialstyrelsen (2020): *Munhälsa och tandvård för placerade barn.*
[112] Socialstyrelsen (2019): *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov.*

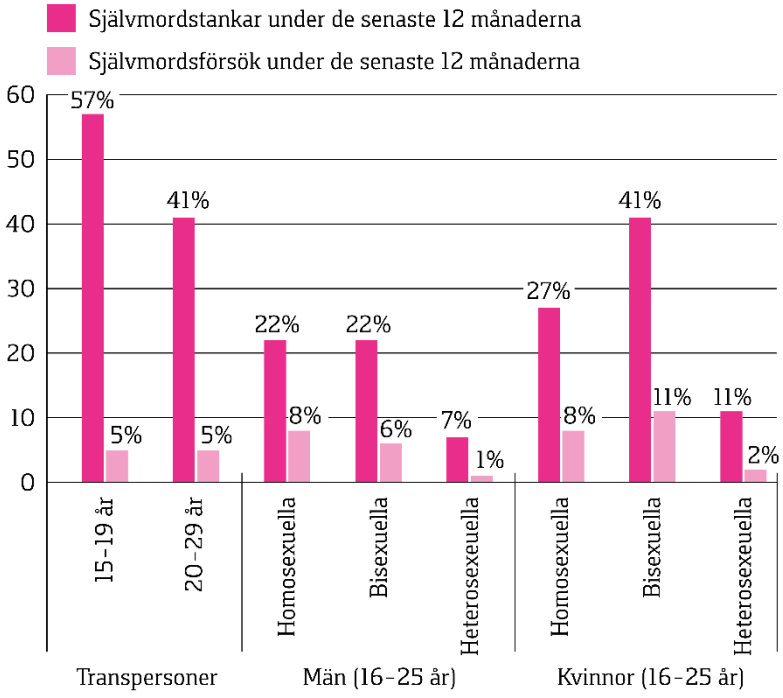
Hälsa bland unga hbtq-personer

En mängd olika internationella studier visar att unga hbtq-personer har en ökad risk för psykisk ohälsa, särskilt depression, ångest och självmordsbeteende jämfört med unga heterosexuella och cispersoner.[113]

Redan tidigt i livet ökar risken för nedsatt fysisk och psykisk hälsa och självmord bland hbtq-personer jämfört med heterosexuella. Unga hbtq-personer löper ungefär dubbelt så stor risk att drabbas av depression, ångestproblematik och missbruksproblematik jämfört med unga heterosexuella. De transpersoner som sökt vård och fått diagnosen könsdysfori hade fem till sex gånger så hög sannolikhet att vårdas för depression och ångestproblematik. Det förekommer en ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende hos unga hbtq-personer.[114]

[113] Cispersoner = personer vars kön som tilldelats vid födseln överensstämmer med det juridiska, sociala och upplevda könet.
[114] Forte (2020): *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*

Figur 4.9 Andel hbt-personer som rapporterar självmordstankar och självmordsförsök under de senaste 12 månaderna



Källa: Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät (2010–2015) och rapporten ”Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner”. Not: Uppgiften kring självmordsförsök under de senaste 12 månaderna bland transpersoner är ett genomsnitt för samtliga åldrar 15–94 år.

En gemensam orsak till dessa skillnader kan ligga i den specifika utsatthet för stress, som är kopplad till det stigma som hbtq-personer exponeras för, även kallad minoritetsstress. Denna typ av stress innebär till exempel utsatthet för diskriminering, ökad risk för våld, stress kring att hålla sin sexuella identitet eller könsidentitet hemlig. Det handlar också om förväntningar att bli avvisad på grund av sin sexuella identitet eller könsidentitet och social isolering. Forskningen visar att utsatthet för minoritetsstress orsakar både psykologiska och fysiologiska stressreaktioner.[115]

Forskningen visar även att unga hbtq-personer har en sämre allmän hälsa och nedsatt funktionsförmåga jämfört med unga hetero-

[115] Forte (2020): *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*

sexuella och cispersoner. Vissa specifika hälsoproblem och stressrelaterade symtom som sömnsvårigheter, huvudvärk och migrän samt mag- och tarmbesvär är också mer vanligt förekommande. Bland homo- och bisexuella män förekommer en kraftigt ökad risk för hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar än bland heterosexuella män. En del studier har funnit indikationer på ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom kopplad till användning av alkohol, tobak, droger, psykisk ohälsa och övervikt bland homo- och bisexuella kvinnor.[116]

Enligt forskningen är en del hälsorelaterade riskbeteenden vanligare bland unga hbtq-personer jämfört med heterosexuella och cispersoner, till exempel ökad risk för användning av alkohol, droger och tobaksrökning.[117]

4.2.3 Begrepp kring psykisk hälsa

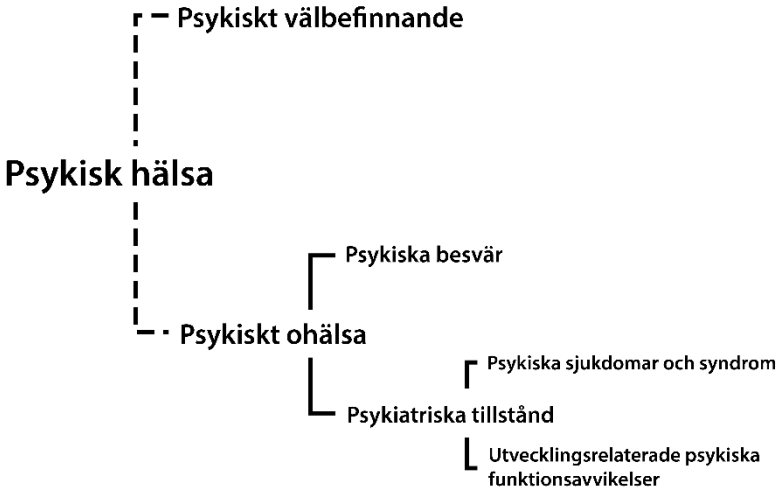
Psykisk hälsa definieras av WHO (World Health Organisation) som ”ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle hen lever i”.

Nationellt PM med begrepp om psykisk hälsa

Det råder ofta förvirring kring vilka begrepp och definitioner som ska användas när det gäller psykisk ohälsa. Det gäller även vårdnivåer och allvarlighetsgrad. Sveriges kommuner och regioner, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har tagit fram ett PM om begrepp inom psykisk hälsa, för att bidra till en enhetlig nationell användning av begreppen, baserad på en gemensam grund. Enligt detta PM är begreppet *psykisk hälsa* ett paraplybegrepp som inbegriper både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Begreppet psykisk hälsa används när diskussioner förs kring området på en övergripande nivå som omfattar hela samhället.[118]

[116] Ibid.
[117] Ibid.
[118] Uppdrag psykisk hälsa (2020): *PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0.*

Figur 4.10 Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra



Källa: Uppdrag psykisk hälsa (2020), PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0 2020.

Psykiskt välbefinnande omfattar både välbefinnande och funktionsförmåga. Psykiskt välbefinnande är en grundläggande resurs för att man ska kunna bemästra livets olika svårigheter men det är också en tillgång för samhället ur en social och ekonomisk synvinkel.[119]

Begreppet god psykisk hälsa bör enligt det framtagna PM:et ersättas med begreppet psykiskt välbefinnande. Utredningen använder ofta begreppet god hälsa som mål för barnets mående och försöker ha en helhetssyn där även social, sexuell, fysisk, oral hälsa med mera kan ingå, liksom utveckling och livsvillkor. Barn och unga som befinner sig i utveckling behöver rustas med färdigheter och motståndskraft inför vuxenlivet. Psykiskt välbefinnande är ett centralt mål i det hälsofrämjande arbetet.

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Gemensamt är att båda orsakar lidande, antingen för individen själv eller för omgivningen. Psykisk ohälsa är ofta förenat med svårigheter att fungera i vardagslivet, till exempel i

[119] Ibid.

relation till andra människor eller att arbeta eller studera. Psykisk ohälsa inkluderar såväl psykiska besvär som psykiatriska tillstånd där det finns fastställda diagnoskriterier.[120]

Psykiska besvär är vanligt förekommande i befolkningen och är något vi alla kan drabbas av. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvären kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder. Psykiska besvär är mindre komplexa än psykiatriska tillstånd. Ibland kan psykiska besvär ge psykosomatiska besvär. Exempel på psykiska besvär är koncentrationssvårigheter, oro och ångest, nedstämdhet, psykisk trötthet, självhat och destruktivitet, självmordstankar och sömnsvårigheter.[121] I begreppsmodellen används begreppet psykiska besvär för psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda. Det ofta omnämnda begreppet lättare psykisk ohälsa skulle schematiskt kunna översättas med psykiska besvär.

Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda. Till skillnad från psykiska besvär måste flera kriterier föreligga för att en diagnos ska kunna ställas. Psykiatriska tillstånd kan vara av bestående eller av övergående natur. Psykiatriska tillstånd kan delas in i psykiska sjukdomar och syndrom respektive utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser.[122]

Psykiska sjukdomar och syndrom kan debutera när som helst under livet. Exempel på psykiska sjukdomar och syndrom är depressiva syndrom, ångestsyndrom, tvångssyndrom och skadligt bruk och beroende.[123]

Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser är psykiska funktionsavvikelser som debuterar i barndomen. De kvarstår oftast i vuxen ålder. I vardagligt tal kallas de även neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF). Exempel på utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser är ADHD, autismspektrumsyndrom inklusive autism och Aspergers syndrom, intellektuell funktionsnedsättning, specifika inlärningssvårigheter (dyslexi, dyskalkyli) och tics/Tourettes syndrom.

[120] Uppdrag psykisk hälsa (2020): *PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0.*
[121] Ibid.
[122] Ibid.
[123] Ibid.

Fler begrepp om psykisk hälsa

Infant mental health, späda och små barns psykiska hälsa, är ett aktivt och aktuellt kunskaps- och forskningsfält inom vetenskap och klinisk verksamhet som belyser späda och små barns psykiska hälsa, utveckling och unika behov.

Kunskapsområdet tydliggör det lilla barnets förmåga att uppleva, reglera och uttrycka känslor, skapa nära och trygga relationer samt utforska omgivning och lära sig. Förmågor uppnås bäst i en omvårdande miljö som innefattar familjen, samhället och kulturella förväntningar på små barn.[124]

När det handlar om psykisk ohälsa hos yngre barn, under förskoleåren, används ofta begreppen socioemotionella svårigheter och beteendeproblem. Socioemotionell förmåga avser exempelvis förmågan till samspel med vuxna och jämnåriga samt förmågan att reglera egna känslor. Beteendeproblem kan beskrivas som dels inåtvänt beteende som nedstämdhet och oro dels utåtagerande beteende som trots som inte är övergående eller att agera aggressivt mot andra vuxna och i kamratrelationer. Det är inte alltid kliniskt relevant att göra denna skillnad då det ofta handlar om sammansatta problem. Inga entydiga kriterier finns för vad som kan ses som normalt eller som adekvata reaktioner på en belastning. Det handlar snarare om ett kontinuum mellan det normala och det avvikande.[125]

4.3 Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Världshälsoorganisationen (WHO) har haft en ledande roll i framväxten av det hälsofrämjande arbetet, bland annat har WHO tagit flera initiativ och strategiska beslut som bidragit till arbetets rådande värdegrund och paradigm. WHO samlade till globala konferenser, som Hälsa för alla 2000 1977, Declaration of Alma Alta 1978 och Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Ottowa Charter har följts upp av ytterligare konferenser, vilka har resulterat i slutrapporter som fått stor betydelse för utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet och dess innehåll. Konferensen 2016 Promotion health

[124] Zero to Three (2012): *Making it happen* (Hämtad 2021-02-19) och Risholm Mothander, P. och Broberg, A. (2018): *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning utveckling och samspel.*

[125] Socialstyrelsen (2013): *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska översikter.*

in the Sustainable Developement Goals: Health for all and for health lyfte fram kopplingen mellan de globala målen för hållbar utveckling, hälsofrämjande arbete och Agenda 2030.

WHO har definierat hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom. Det innebär att hälsa betraktas som ett multidimensionellt begrepp. I denna syn på hälsa ingår såväl symtom och fysisk funktionsförmåga som känslomässigt och socialt välbefinnande. Begreppet inkluderar även tandhälsa som en betydelsefull komponent i en individs allmänna hälsotillstånd.

Hälsofrämjande arbete bygger på ett antal principer som ska vara vägledande i policy- och programarbete och andra aktiviteter. Principerna handlar om individens förmåga (empowerment) och delaktighet, ett holistiskt perspektiv på hälsa, jämlikhet, intersektoriell samverkan, hållbarhet över tid och att det hälsofrämjande arbetet kräver flera olika strategier för att det ska leda till avsedd effekt.[126] Begreppet hälsolitteracitet är ytterligare en betydelsefull faktor i det hälsofrämjande arbetet.[127] Med hälsolitteracitet avses individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor.[128]

Hälsofrämjande och förebyggande arbete bygger vidare på kunskap om villkor och förutsättningar, ofta benämnda som hälsans bestämningsfaktorer. Dessa faktorer påverkar hälsan på individ- och befolkningsnivå. Centrala faktorer är bland annat individens genetik, livsvillkor och levnadsvanor. Levnadsvanor påverkar risken för sjukdom och livsvillkor påverkar i sin tur möjlighet till hälsosamma levnadsvanor. Faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende formar förutsättningar för ett hälsosamt liv. Sårbarhet för hälsans bestämningsfaktorer ser olika ut för olika individer.[129]

Hälsofrämjande arbete handlar i hög grad om insatser på populations- och gruppnivå men även om att stödja individen att ta eget ansvar för hälsa och att förbättra individens självupplevda hälsa.[130] Med *hälsofrämjande insatser* avses åtgärder för att stärka eller

[126] Rootman, I. (2001): *Evaluation in Health Promotion. Principels and Perspektives.*
[127] Ringsberg, K. C. et al. (2020): *Health literacy Teori och praktik i det hälsofrämjande arbetet.*
[128] Karolinska institutet (2020): *Health Literacy – Hälsolitteracitet.* (Hämtad 2020-12-06).
[129] Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020.*
[130] Medin, J. och Alexandersson, K. (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie.*

bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser för att främja sin hälsa och förebygga och hanteras sjukdom. Det innebär också att ha ett salutogent perspektiv och att öka individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan. Förhållningssättet ska genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med individen.[131]

Med *förebyggande insatser* avses åtgärder för att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minska risken för ohälsa.[132] Målet är att stärka skyddsfaktorernas och minska riskfaktorernas inverkan på hälsan. Hälsofrämjande insatser utgår från kunskapen om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra medan förebyggande insatser utgår från kunskapen om vad som orsakar upplevd ohälsa och sjukdom hos individen.[133]

Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan ges på universell, selektiv och indikerad nivå.[134] På universell nivå avses insatser som riktas till alla i en population för att förhindra uppkomsten av sjukdomar och skador, fysiska och psykiska och sociala. På selektiv nivå riktas åtgärder till riskgrupper för att i ett tidigt skede förhindra en negativ utveckling av fysisk, psykisk och sociala problem. På indikerad nivå riktas åtgärder till individer som behöver fördjupade insatser.[135]

Två begrepp som har betydelse för det förebyggande arbetets förhållningssätt och pedagogik är proportionell universalism och den epidemiologiska paradoxen. Det finns en social gradient i hälsa som innebär att ju lägre social position en person har desto sämre hälsa. I Marmot-kommissionens rapport Closing the Gap konstateras att det inte räcker att bara rikta insatser till de mest utsatta för att kunna reducera ojämlikheten i hälsa. Det krävs universella insatser för att kunna reducera den sociala gradienten, insatserna måste vara av en sådan omfattning och intensitet att de är proportionella i förhållande

[131] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovård*.
[132] Bloom, M. och Gullotta, T. (2003): *Evolving definitions of primary prevention. Encyclopaedia of primary prevention and health promotion*.
[133] Whitehead, D. (2006): *Health promotion in practice settings: findings from a review of clinical issues*.
[134] Gordon, RS. (1983): A*n operational classification of disease prevention*. Public Health Reports. 1983;98.
[135] Skolverket (2019): *Hälsa för lärande– lärande för hälsa.*

till graden av utsatthet. Detta kallas för proportionell universalism.[136] För flertal hälsoproblem och sjukdomar finns en kontinuerlig skala av svårighetsgrad, snarare än en absolut skiljelinje mellan de som är sjuka och de som är friska. Det finns inte heller någon klar skiljelinje mellan ”riskutsatta” individer och ”icke-riskutsatta” individer, utan risken är kontinuerligt fördelad genom hela befolkningen, från låg till hög risk för sjukdom eller ohälsa. I många situationer är det möjligt att uppnå en större minskning av sjuklighet genom att inkludera hela befolkningen, snarare än att försöka påverka enbart de i den övre ändan av riskfördelningen – den epidemiologiska paradoxen.[137]

Utredningen har valt hälsouppföljning som övergripande begrepp för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riktat till barn och unga. Tidigare fokus på sjukdomsprevention och hälsoövervakning, inom exempelvis barnhälsovård och elevhälsa, har i ett historiskt perspektiv successivt kompletterats med ett allt tydligare hälsofrämjande innehåll. Det har skett en rörelse från ett i huvudsak hälsoövervakande arbetssätt med hälsokontroller till ett mer hälsofrämjande förhållningssätt där barns, ungas och vårdnadshavares delaktighet, insatser för att stärka barns och ungas hälsa samt föräldraskapsstöd betonas. Begreppet hälsouppföljning har målsättningen att omfatta det uppdraget.

Hälsouppföljning innebär att följa barns hälsa och utveckling och uppväxtmiljö över tid, främja hälsa och förebygga ohälsa samt uppmärksamma barn i behov av någon form av insats och att initiera insatser i ett tidigt skede. Hälsouppföljningen innehåller olika aktiviteter som hälsosamtal, kartläggning av hälsotillstånd och utveckling, observationer och undersökningar, uppmärksamhet på skydds- och riskfaktorer samt moment som screening. I hälsouppföljningen ingår att väga samman vad barnet förmedlar och den beskrivning vårdnadshavare ger av barnet, samt frågor och eventuell oro som de har. För att kunna värdera betydelsen av avvikelser från förväntad utveckling eller någon form av ohälsa, och effekt av insatser som initierats, behöver de följas upp och utvärderas tillsammans med barn och familj. Det ligger till grund för planering av fortsatt hälso-

[136] WHO (2008): *Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health.*
[137] Rose, G. et al. (2009): *Rose's Strategy of Preventive Medicine*.

uppföljning och behovet av kompletterande bedömning och insatser.[138]

Med *screening* avses en systematisk undersökning av en population för att identifiera personer med ett tillstånd som innebär en hög risk för framtida ohälsa. Syftet är att upptäcka hälsotillstånd som får allvarliga eller omfattande konsekvenser för den enskilda individen eller för vård i stort i form av kostnader. Målet är att åtgärda tillståndet tidigt och på sätt minska konsekvenserna.[139] Två olika angreppssätt för att uppmärksamma barn med avvikelser i sin utveckling kan beskrivas med begreppen generell screening och selektiv screening eller riktad undersökning. Det senare genomförs på barn på riskgrupper, exempelvis screening för ROP (en näthinnesjukdom) hos för tidigt födda barn.[140]

Hälsosamtal innefattar vanligen information, rådgivning och lärande utifrån individens egna behov och resurser. Hälsosamtal med ungdomar i 14–15 års åldern inom primärvården har visat sig ge möjlighet till att identifiera och diskutera olika faktorer som påverkade tonåringarnas hälsa samt att uppmuntra en hälsosam livsstil.[141] Samtalet ger underlag för vägledning kring barnets och den unges utveckling och hälsa utifrån ålder och behov.

Hälsobesöken i traditionell mening syftar till att identifiera oupptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem, men de kan också ta sikte på dels hälsouppföljande dels hälsofrämjande och förebyggande funktioner.

4.3.1 Föräldraskapsstöd och vårdnadshavares delaktighet

Föräldraskapsstöd och vårdnadshavares delaktighet är centrala delar i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Inom ramen för barn- och ungdomshälsovård tillhandahålls sådant stöd huvudsakligen av mödrahälsovården och barnhälsovården. Visst föräldrastöd tillhandahålls också av elevhälsans medicinska insatser. Därutöver finns möjlighet till föräldrastöd inom ramen för socialtjänsten.

[138] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården;* och *Rikshandboken i barnhälsovård* (2021) (Hämtad 2021-02-19).
[139] Socialstyrelsen (2013): *Nationella screeningprogram – en modell för bedömning, införande och uppföljning.*
[140] Socialstyrelsen (2013): *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar -En sammanställning av systematiska översikter*.
[141] Golsäter, M. (2012): *Hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa – en utmanande uppgift*.

Mödrahälsovården och barnhälsovården har en viktig uppgift att uppmärksamma barnets och familjens levnadsvanor och livsvillkor, våld i nära relationer och närvaro av belastande faktorer. Mödrahälsovården och barnhälsovården möter i stort sett alla blivande och nyblivna föräldrar och kan därmed tidigt uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa, brister i omsorgsförmåga och andra riskfaktorer i barnets närmiljö. Det ingår i programmen för hälsouppföljning, hälsosamtal och hälsoundersökningar.

Mödrahälsovården erbjuder generellt föräldrastöd och initierar vid behov riktat föräldrastöd till framför allt den gravida kvinnan. På senare år har uppmärksamheten ökat även på den icke födande förälderns välbefinnande och förväntningar på föräldraskap och att även den icke födande föräldern kan ha behov av stöd och insatser. Mödrahälsovården uppmärksammar eventuell psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor till exempel genom screening om alkoholvanor. [142]

Depression hos en nybliven mamma, särskilt om den blir långvarig, kan få negativa effekter för barnets kognitiva, sociala och emotionella utveckling under de första levnadsåren. Barnhälsovården erbjuder då barnet är 6–8 veckor alla nyblivna mödrar screening för depression med hjälp av en självskattningsskala, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Vid behov av extra stöd erbjuds uppföljande stödjsamtal hos barnhälsovårdens sjuksköterska. Vid behov av ytterligare insats skickas remiss till psykolog, familjeläkare eller psykiatrin. Kontakt med spädbarnsverksamhet eller socialtjänst tas också vid behov.[143]

Barnhälsovården erbjuder enskilt samtal till barnets vårdnadshavare, generellt och riktat föräldrastöd enskilt och i grupp. Former och innehåll för föräldrastödet kan se olika ut och det är ett pågående utvecklingsområde inom barnhälsovården i samverkan med exempelvis socialtjänst och tandvård. Ett sådant utvecklingsarbete, med stöd av Folkhälsomyndigheten, är utökat hembesöksprogram. Modellen för hembesöksprogrammet utvecklades 2013–2014 i samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten i Rinkeby.

Förebyggande insatser till barnets vårdnadshavare (främst mödrar) med depression kan minska risken för att barnet ska drabbas av

[142] Rikshandboken för barnhälsovård (2021): *Enskilda föräldrasamtal*. (Hämtad 2021-04-09).
[143] Rikshandboken i barnhälsovård (2021): *Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor* (Hämtad 2021-02-09).

depressiva symtom eller depression. Förebyggande insatser tycks även kunna påverka skyddsfaktorer som att förbättra samspelet mellan barn och föräldrar. Ytterligare studier behövs för att visa vilken effekt olika typer av förebyggande insatser har. Kunskaperna är otillräckliga för barn i familjer med problematiskt alkohol- och drogbruk.[144]

Föräldraskapsstödet behöver ta bättre hänsyn till individuella behov och vara mer ändamålsenligt. Stöd till familjer med svårigheter är ett forskningsområde som behöver stärkas. De ofödda och allra yngsta barnen är särskilt utsatta och sårbara när vuxna i familjen har allvarliga svårigheter, då de är helt beroende av de vuxna för sin utveckling och sitt välbefinnande. Det är därför av betydelse att svårigheter hos barnets vårdnadshavare och svårigheter i relationen mellan barn och vårdnadshavare tidigt upptäcks, att individuellt stöd i föräldraskapet erbjuds samt att barn som anhörig uppmärksammas och att stödet till dem stärks.[145]

Det finns i dag en ökad kunskap om det kompetenta spädbarnet, behovet av en trygg anknytning, omgivningens avgörande betydelse för barnets växande hjärna och om vikten av ett lyhört föräldraskap. Denna kunskap har betydelse för tillgång på olika former av tidigt föräldraskapsstöd och behovet av fortsatt utveckling av hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser på området.[146]

Föräldraskapsstöd om levnadsvanor och utvecklingen av en god hälsa hos barn i skolåldern, ges inte i hälsofrämjande och förebyggande syfte i lika stor omfattning som till vårdnadshavare med yngre barn. Elevhälsans medicinska insatser fokuserar i första hand på hälsosamtal med barnet eller den unge. Vårdnadshavare involveras huvudsakligen inför hälsosamtalet med frågeställningar om barnets hälsa och när ett problem identifierats och insatser behöver sättas in.

4.3.2 De folkhälsopolitiska målen

År 2018 beslutade riksdagen om en utvecklad folkhälsopolitisk med nya folkhälsopolitiska mål. Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en

[144] Folkhälsomyndigheten (2016): *Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld.*
[145] Ibid.
[146] Sarkadi, A. et al. (2018): *Spädbarns utveckling och behov av en trygg anknytning.*

god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Åtta målområden som har bäring på jämlik hälsa har också fastställts av riksdagen. För det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvården kan särskilt tre målområden lyftas fram, det tidiga livets villkor, levnadsvanor och en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. I regeringens proposition God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik anges att målet om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård markerar att hälso- och sjukvården har en särställning när det gäller att påverka människors hälsa. Det handlar om att hälso- och sjukvården har en direkt påverkan på människors hälsa genom hälsofrämjande och förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. I propositionen bedömer regeringen att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver utvecklas och att hälso- och sjukvårdens verksamhet bör bli bättre på att möta de skillnader som finns mellan sociala grupper när det gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa.[147] (Se även Förslag och bedömningar, kap. 6).

4.3.3 Agenda 2030

År 2015 antog FN:s medlemsländer Agenda 2030, en universell agenda som innehåller de 17 Globala målen för en ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbar utveckling. Agenda 2030 ska minska fattigdom, orättvisor och ojämlikheter, samt lösa klimatkrisen innan år 2030. Uppföljning och översyn av målen ska ske på nationell, regional och global nivå i enlighet med Agenda 2030 och Addis Ababa Action Agenda. Globala indikatorer håller på att utarbetas för att understödja detta arbete. Den svenska regeringen har ambitionen att Sverige ska vara ledande i genomförandet av Agenda 2030 och vara en internationell förebild när det gäller ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet. Detta innebär att alla delar av samhället behöver vara delaktiga i genomförandet av målen. Ett av de 17 målen gäller att säkerställa god hälsa och att främja välbefinnande i alla åldrar. I målet ingår bland annat att minska mödradödligheten och förhindra dödsfall som hade kunnat förebyggas bland barn under fem års ålder samt att tillgängliggöra reproduktiv hälsovård och familje-

[147] Prop. 2017/18:249, *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* (s.33).

planering för alla. I målet ingår också att minska antalet dödsfall till följd av icke-smittsamma sjukdomar och att främja mental hälsa.[148]

4.3.4 Vägledningar och kunskapsstöd

Det finns flera kunskapsstöd och vägledningar och i vissa fall nationella hälsovårdsprogram för de olika vårdverksamheterna med rekommendationer om hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet bör bedrivas. Det huvudsakliga syftet med vägledningarna och vårdprogrammen är att bidra till jämlik och likvärdig vård i landet. För barnhälsovården finns Vägledning för barnhälsovården från Socialstyrelsen, som tagits fram i nära samverkan med professionen och Rikshandboken för barnhälsovård. Vägledningen anger ramverk för barnhälsovårdens mål, uppdrag och innehåll. Barnhälsovårdsprogrammet tydliggörs i Rikshandboken för barnhälsovård, som är ett webbaserat metod- och kunskapsstöd, framtaget av professionen och publicerat av Inera på uppdrag av SKR. Vägledningen och Rikshandboken ger en gemensam bas för verksamheterna.[149]

För elevhälsan finns en vägledning som utformats av Socialstyrelsen och Statens skolverk som innehåller rekommendationer om det hälsofrämjande arbetet och hälsobesökens innehåll. Därutöver finns ett flertal stödmaterial för verksamheten som Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten tillhandahåller.

För mödrahälsovården och ungdomsmottagningarna finns inte någon nationell vägledning eller ett nationellt hälsovårdsprogram. Däremot har professionsföreträdare inom mödrahälsovården utformat en rapport som vägleder om mödrahälsovårdens verksamhet, Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. I denna rapport ingår vägledning om det hälsofrämjande arbetet och rekommendationer om ett medicinskt och psykosocialt basprogram för hälsofrämjande och förebyggande hälsovård under graviditet och blivande föräldraskap, föräldrastöd och folkhälsoarbete.[150] Dessutom har riksgruppen för mödrahälsovårdsläkare och samordningsbarnmorskor i Sverige med stöd av SFOG och Svenska barnmorskeförbundet

[148] Globalportalen (2021).(Hämtad 2021-04-09).
[149] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården* och Rikshandboken i barnhälsovård (2021) (Hämtad 2021-03-30).
[150] Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG och samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening: (2008, uppdaterad webbversion 2016): *Mödrahälsovård, Sexuells och Reproduktiv Hälsa*. ARG rapport nr 76.

tagit initiativ till att en rikshandbok för mödrahälsovård i likhet med den som finns för barnhälsovården ska utvecklas med syftet att skapa en mer jämlik och rättvis mödrahälsovård. En ansökan om detta har getts in till Sveriges Kommuner och Regioner och Inera. I dagsläget har inget arbete påbörjats med att utforma ett sådan rikshandbok för mödrahälsovården. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar har utformat en handbok och riktlinjer för ungdomsmottagningarnas verksamhet.

Dessutom finns vägledningar inom specifika områden som även tar sikte på dessa verksamheter, till exempel Socialstyrelsens vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet, där det rekommenderas att mödrahälsovården ska ta upp frågor om våld i nära relationer.

Därutöver finns rekommendationer om hälsofrämjande och förebyggande insatser i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen har också haft regeringens uppdrag att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna sedan 2011. (S2017/07515/FS). Arbetet sker i nära samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och relevanta professionsorganisationer. Inom ramen för regeringens överenskommelser med SKR har även arbetet med hälsofrämjande insatser lyfts fram på olika sätt. Det gäller främst överenskommelser om god och nära vård, psykisk hälsa, förlossningsvård och kvinnors hälsa och barnhälsovården.

4.3.5 Organisation och styrning av hälsofrämjande och förebyggande insatser i de nordiska grannländerna

En utblick över de nordiska länderna visar sammanfattningsvis att barn- och ungdomshälsovården i huvudsak är samlad under ett kommunalt huvudmannaskap. I Danmark är barnhälsovård och skolhälsovård ett kommunalt ansvar. Den danska Sundhedsstyrelsen har utfärdat föreskrifter och rekommendationer och sedan 1966 är alla förordningar som rör barn och unga samlade i en barnlag. Det finns en nationell vägledning för den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten. Vägledningen har ett familjeorienterat perspektiv på hälso- och sjukvården med fokus på särskilda behov. Vägledningen lyfter bland annat fram behovet av tvärprofessionellt samarbete på lokal nivå. Kommunerna har enligt lag en skyldighet att inrätta sam-

arbetsgrupper för de yrkesgrupperna som är involverade i barns och ungas hälsa. Det ska också finnas hälsovårdsavtal för samarbete mellan mödrahälsovården, förlossningsvården, barnavdelningar, allmänmedicin, hälsovården, pediatriska avdelningar och barnavårdscentraler om förlossningsvård, förskolebarn, skolbarn, funktionshindrade, kroniskt sjuka, överviktiga, sårbara och utsatta barn samt andra lokalt prioriterade områden.

Även i Finland har kommunen ansvar för barnhälsovård och skolhälsovård. Social- och hälsoministeriet har utfärdat förordningar som ska gälla för verksamheterna. Förordningar för verksamheterna förordar samarbete mellan kommunens olika aktörer och andra instanser för barns, ungas och familjens bästa. Social- och hälsoministeriet har också tagit fram detaljerade anvisningar om hälsoundersökningar och hälsorådgivning som stöd för personalen. Vägledningen tar upp vikten av multiprofessionellt samarbete inom den förebyggande verksamheten. Samarbetet kan ske i ett familjeservicenätverk som bör innehålla läkare, hälsovårdare, familjearbetare, psykologer, talterapeuter och vid behov andra specialister.

I Norge är hälsostations- och skolhälsotjänsten en lagstadgad kommunal verksamhet som inkluderar mödrahälsovård, barnhälsovård och skolhälsovård för barn och unga. Verksamheten ska främja den fysiska och psykiska hälsan hos barn, unga och deras familjer samt övervaka barnets hälsosituation. På uppdrag av Social- og helsedirektoratet har nationella riktlinjer för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälsostations- och skolhälsotjänsten utarbetats.[151]

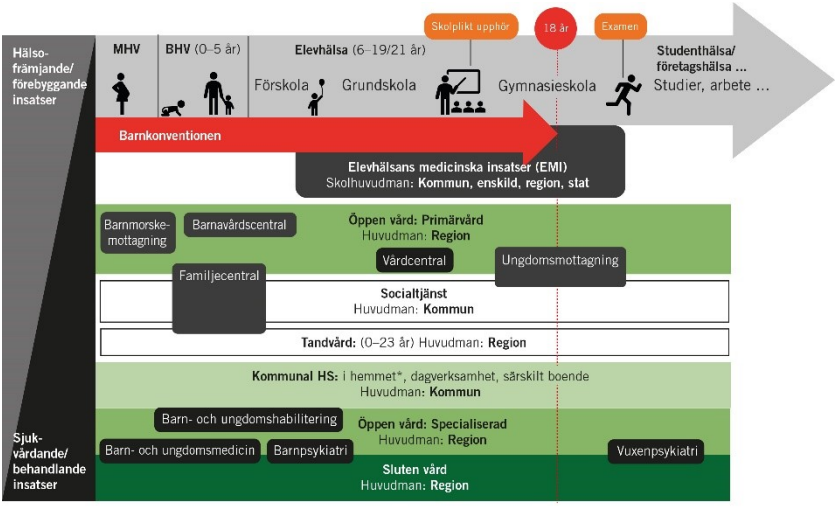
4.4 Barn- och ungdomshälsovården

Barn- och ungdomshälsovård är inte definierat i lagstiftningen. Det saknas också samsyn på nationell nivå om vad uppdraget för barn- och ungdomshälsovård omfattar. I utredningens direktiv lyfts mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningar fram som de centrala verksamheter som i huvudsak erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga. Mödrahälsovården och barnhälsovården ansvarar för hälsouppföljning och insatser under det tidiga livet fram

[151] Socialstyrelsen (2012): *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige.*

till vanligtvis fem års ålder. Därefter ansvarar elevhälsans medicinska insatser för sådana insatser under skolåren upp till vuxen ålder. Dessutom erbjuder ungdomsmottagningarna hälsofrämjande och förebyggande insatser till ungdomar och unga vuxna, vanligen under åldrarna 13–25 år.

Figur 4.11 Barnets väg genom vården



Ansvaret för att organisera, planera och finansiera dessa verksamheter vilar på flera olika huvudmän; regionen, kommunen och de kommunala, enskilda, statliga och regionala skolhuvudmännen.

Varken mödrahälsovårdens, barnhälsovårdens eller ungdomsmottagningarnas verksamhetsform eller innehåll är reglerade i lag. Detta innebär i praktiken att det finns variationer över landet både när det gäller verksamhetsform, uppdrag och övriga förutsättningar. Sammantaget är barn- och ungdomshälsovården en fragmentiserad verksamhet som omfattar flera huvudmän och verksamheter. Nedan följer en mer detaljerad sammanställning av de olika verksamheternas ansvar och roller.

4.4.1 Övergripande styrning av barn- och ungdomshälsovården

Mödrahälsovård och barnhälsovård utgör en del av primärvården och omfattas av all hälso- och sjukvårdslagstiftning. Regionerna är huvudmän för verksamheten och beslutar årligen om en regionplan som anger mål, prioriteringar, uppdrag, budget och driftsramar för verksamheten. De politiska nämnderna och förvaltningen omsätter regionplanen.

Regionen ska, enligt 7 kap. 3 § HSL, organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionerna styr primärvården genom det uppdrag som specificeras i förfrågningsunderlagen där krav och villkor för uppdraget och kontrakten med utförare av hälso- och sjukvårdstjänster anges. Oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller enskild regi har regionen huvudmannaskap för hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för enligt 8 kap. HSL. Vårdvalssystemen inom primärvården skiljer sig åt i omfattning i de olika regionerna, allt från smala avgränsade uppdrag inom flera delområden till ett enda sammanhängande uppdrag som spänner över hela primärvårdens verksamhetsområde. 2020 fanns totalt 40 valfrihetssystem inom primärvården, olika definierade i olika regioner. Mödrahälsovård och barnhälsovård bedrivs vanligtvis inte som egna vårdval. Två regioner har dock egna vårdval för barnhälsovård och tre regioner har egna vårdval för mödrahälsovård.[152]

[152] SKR (2020): *Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020.*

Figur 4.12 Förekommande tjänster inom regionernas valfrihetssystem, juni 2020

TJÄNSTER/VERKSAMHETSOMRÅDEN	ANTAL	REGIONER
Primärvård		
Vårdcentral/husläkarmottagning	21	Obligatorisk verksamhet
Barnhälsovård (BVC)	2	Sthlm, Skåne
Fotsjukvård, medicinsk fotvård	5	Sthlm, Upps, Hall, Västm, Jämt-H
Läkarinsatser i särskilda boenden för äldre	1	Sthlm
Mödrahälsovård (MVC), obstretrik och sexuell hälsa	5	Sthlm (3), Uppsala, Skåne
Psykisk hälsa på primärvårdsnivå	1	Kalmar
Rehabilitering på primärvårdsnivå	3	Sthlm, VGR, Värmland
Vaccination	2	Sthlm, Uppsala

Källa: SKR (2020): Valfrihetssystem i regioner, beslutsläge juni 2020.

Elevhälsans medicinska insatser regleras i skollagen (2010:800). Av 2 kap. 25 § skollagen framgår att eleverna i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska ha tillgång till elevhälsan och att elevhälsa bland annat omfattar medicinska insatser. För de medicinska insatserna ska det finnas tillgång till skolläkare och skolsköterska. De kommunala, enskilda, statliga och regionala skolhuvudmännen ansvarar för att organisera, planera och finansiera elevhälsan och dess personal. Den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser definieras i regel som hälso- och sjukvård och i förhållande till detta har skolhuvudmannen ett vårdgivaransvar och rektorn ett ansvar som verksamhetschef.

Elevhälsans medicinska insatser omfattas därmed av de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller vårdgivare. Elevhälsans medicinska insatser är däremot inte detsamma som den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt 12 kap. HSL. I hälso- och sjukvårdslagen anges vad kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård ansvarar för och i detta ingår inte elevhälsa, se Gällande rätt, kap. 3 för mer information om vad som ingår i kommunal hälso- och sjukvård.

Ungdomsmottagningarna organiseras på flera sätt och huvudmannaskapet för ungdomsmottagningar skiljer sig åt över landet. Det är vanligast att regionen är huvudman, då en stor del av verksamheten innehåller medicinska insatser enligt HSL. Det förekommer även att kommuner driver ungdomsmottagning och levererar då insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453). Många ungdomsmottagningar har etablerat en samverkan mellan regionen och kommunen,

för att kunna ge de unga stöd med både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser.[153]

Mer om primärvården

Som nämnts ovan utgör mödrahälsovården och barnhälsovården en del av primärvården. Primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet och svara för grundläggande medicinsk behandling av alla typer av sjukdomar. Den är inte begränsad när det gäller patientgrupper eller ålder på patienten. Primärvården ska därför erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, där olika yrkeskategorier samverkar för att ge den enskilde god vård.[154] Begreppet primärvård omfattar inte bara regionens vårdvalssystem utan även annan primärvård med regionen som huvudman och primärvård som utförs av kommuner och privata vårdgivare, oavsett om verksamheten finansieras med offentliga eller privata medel.[155]

I Sverige pågår en omställning av hälso-och sjukvården till en god och nära vård. Omställningen innebär att primärvården ska utgöra navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. En utveckling mot en mer nära vård med fokus på primärvården syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför med bland annat ett förändrat hälso- och sjukdomspanorama och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt. Hälsofrämjande och förebyggande insatser är centralt för en hållbar utveckling av hälso- och sjukvården. En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet för patienterna och kontinuitet. Från och med den 1 juli 2021 ändras definitionen av primärvård på så sätt att primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Vidare införs en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagens 1 kap. 13 a § om vad som ska ingå i primärvårdens

[153] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[154] Prop. 1994/95:195: *Primärvård, privata vårdgivare m.m.* (s. 44–47) och Prop. 1999/2000:149: *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling* (s. 27).
[155] SOU 2018:93: *God och nära vård – en primärvårdsreform* (s. 57).

grunduppdrag. I denna anges att primärvården ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Vården ska vara lätt tillgänglig och tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar. Primärvården ska också samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Slutligen anges att primärvården ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.[156]

Det kommunala självstyret innebär att regionerna har stor frihet att själva besluta hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Innehållet i primärvården kan därför variera och påverkas till exempel av regionernas bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I en region kan en verksamhet ingå i uppdraget till primärvården medan samma verksamhet i en annan region ingår i hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras på annat sätt.[157] Enligt SKR hänförs följande delområden till primärvård i den nationella statistiken:

- Allmänläkarvård (inklusive jour)
- Sjuksköterskevård (inklusive jour)
- Mödrahälsovård
- Barnhälsovård
- Fysioterapi och arbetsterapi
- Primärvårdsansluten hemsjukvård
- Sluten primärvård
- Övrig primärvård.[158]

[156] Prop. 2019/20:164: *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 8).
[157] Socialstyrelsen (2016): *Primärvårdens uppdrag En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*
[158] SKR (2021): *Vad är definitionen av primärvård?* (Hämtad 2021-02-19).

4.4.2 Beskrivning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och uppdrag

Mödrahälsovårdens roll och ansvar

Mödrahälsovården ansvarar för att följa hälsoutvecklingen hos kvinnan och det blivande barnet inför, under och efter graviditeten. Nästan 98–99 procent av alla blivande föräldrar tar del av mödrahälsovårdens verksamhet. Vården inriktas i hög grad mot graviditetsövervakning och förberedelse inför förlossningen. Mödrahälsovård har funnits i Sverige sedan 1930-talet då riksdagen fattade beslut om att införa frivillig, kostnadsfri och generell mödra- och barnhälsovård med syfte att minska ohälsa i befolkningen. Mödrahälsovårdens verksamhet har sedan dess utvecklats från några få besök under graviditeten till ett mer omfattande förebyggande arbete och föräldraskapsstöd. Under 1970-talet började verksamheten i högre grad att fokusera på det blivande barnet och dess tillväxt.

Graviditetshälsovård ingår i en vårdkedja med förlossningsenheter, BB och barnhälsovård där nära samverkan mellan dessa aktörer är nödvändig.

Kontaktvägarna mellan de olika verksamheterna varierar mellan regionerna, vanligen sker kontakten mellan professionella, genom informationsöverföring eller ett remissförfarande.

Organisering och finansiering

Mödrahälsovården organiseras vanligen i barnmorskemottagningar. Den största andelen mottagningar, cirka 60 procent finns i primärvården, varav hälften ingår i en vårdcentral, cirka 25 procent bedrivs i privat regi. Övriga mottagningar ligger under länssjukvården, oftast under en kvinnoklinik. Som tidigare nämnts bedrivs mödrahälsovården i eget vårdval i tre regioner. Under senare år har andelen privata vårdgivare ökat. De olika sätten att organisera vården kan innebära stora samordningsvinster med olika delar av vården och näraliggande aktörer. När barnmorskemottagningar är integrerade i en vårdcentral innebär det ofta bättre samverkan med barnhälsovården, förskolan och andra aktörer som är relevanta för barn.

Det finns cirka 560 barnmorskemottagningar i Sverige. Enligt en tidigare studie från 2013 är de flesta barnmorskemottagningar relativt små med cirka 200 inskrivna gravida kvinnor.

Utöver barnmorskemottagningar finns även specialistmödrahälsovård som ansvarar för ultraljud i tidig graviditet, rutinultraljud, fosterdiagnostik och indicerade undersökningar senare under graviditeten. Den specialiserade mödrahälsovården organiseras inom kvinnosjukvården.[159]

Mödrahälsovården finansieras av regionerna, vilket medför att principerna för ersättningssystemen och finansieringen av verksamheten varierar över landet. Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner uppgick de samlade kostnaderna för mödravården 2019 till 2 4232 miljoner kronor.[160].

Mödrahälsovårdens uppdrag

Det finns rekommendationer och övergripande författningar som berör och reglerar mödrahälsovårdens verksamhet, men nationella styrdokument saknas. Varje region utarbetar lokalt anpassade program och riktlinjer som i hög grad baseras på en rapport med vägledning om mödrahälsovård, Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa som tagits fram av professionella inom mödrahälsovården och på underlag från Socialstyrelsen och internationella studier.

Enligt rapporten med vägledning om mödrahälsovård är det övergripande målet för mödrahälsovården att bidra till en god sexuell och reproduktiv hälsa hos hela befolkningen. I verksamheten ingår vanligen rådgivningsinsatser samt att identifiera risker för ohälsa och att bidra till sexuell och reproduktiv hälsa. Mödrahälsovården ska minimera risker för sjuklighet hos kvinnor och barn under graviditet, förlossning och den tidiga spädbarnstiden. I verksamheten ingår även hälsofrämjande och förebyggande insatser i samband med graviditet, stöd i föräldraskapet, familjeplanering på individnivå och samtal om levnadsvanor.[161]

---

[159] Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (2008, reviderad 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa.* Nr 76.

[160] SKR (2021): *Ekonomistatistik 2010–2019.* (Hämtad 2021-02-19).

[161] Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (2008, uppdaterad webbversion 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa.* ARG rapport nr 76.

Basprogram utgör grund för detaljerade besöksprogram

I varje region finns ett detaljerat besöksprogram med medicinska och psykosociala och psykologiska insatser som grundar sig på nationella rekommendationer. Det medicinska basprogrammet och övriga vårdprogram utarbetas av mödrahälsovårdsöverläkare och sambandsbarnmorska i samverkan med kvinnosjukvården.[162]

Det medicinska basprogrammet syftar till att upptäcka komplikationer under graviditeten och identifiera riskfaktorer som kan leda till komplikationer för kvinna och barn. Vid inskrivning i mödrahälsovården görs en bedömning och vårdplanering baserat på kvinnans sjukdomshistoria, ärftlighet, levnadsvanor och sociala situation. Kvinnan uppmuntras att ta aktivt ansvar för sin egen och det väntade barnets hälsa och att själv fortlöpande ta del i vårdplaneringen. Det psykosociala och psykologiska basprogrammet syftar till att följa den psykologiska omställningen, stödja familjens anpassning till den nya situationen och identifiera eventuellt behov av stöd.[163]

Hälsofrämjande och förebyggande insatser genomsyrar verksamheten

Mödrahälsovården har en central roll i landets folkhälsoarbete och en unik möjlighet att verka för minskad ohälsa och jämlik vård eftersom verksamheten når ut till nästan alla blivande föräldrar och.

I mödrahälsovårdens arbete ingår att främja barnets hälsa, inte minst när det gäller god och tidig anknytning till föräldrar eller vårdnadshavare. Nästan hälften av all ohälsa hos barn kan härledas till omständigheter som rör familjens levnadsvillkor.[164] Enligt rapporten med vägledning om mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa finns en stark koppling mellan barns hälsa och uppväxtvillkor och mödrars sociala trygghet, delaktighet och inflytande. Mödrahälsovården ska därför tillhandahålla stöd till alla blivande föräldrar, identifiera behov och initiera fördjupade insatser i samverkan med relevanta aktörer. Tvärprofessionell samverkan kring blivande och nyblivna barnfamiljer är central, särskilt för utsatta grupper.

---

[162] Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (2008, reviderad 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Nr 76*
[163] Ibid.
[164] Ibid.

Grunden i mödrahälsovårdens arbete ska vara ett förhållningssätt som främjar utveckling av barns och föräldrars egen förmåga och en strävan efter att utjämna skillnader i hälsa, särskilt för människor i socialt utsatta situationer och med annan kulturell identitet än majoriteten, språksvårigheter eller utanförskap. Inom ramen för detta har verksamheten en viktig roll att uppmärksamma sexualitet och relationer, våldsutsatthet, smittskydd, alkoholbruk, tobaksbruk och drogmissbruk samt betydelsen av fysisk aktivitet, välbefinnande och hälsa.[165]

Barnmorskemottagningars bemanning

Vid barnmorskemottagning arbetar vanligen barnmorskor tillsammans med, eller med möjlighet att konsultera obstetriker, allmänläkare, psykolog och socionom. Vissa barnmorskemottagningar har också tillgång till undersköterska och sekreterare. Barnmorskorna och läkarna har delvis överlappande uppdrag. Barnmorskornas uppdrag fokuserar på reproduktiv hälsa och perinatal omvårdnad medan läkarnas uppdrag fokuserar på medicinska frågeställningar inom prevention, diagnostisk och behandlade verksamhet inklusive alla tillstånd som uppfattas som avvikande.[166]

Flertalet barnmorskemottagningar har tillgång till psykologer för mödrahälsovård vilka har uppdrag riktat dels till professionen så som fortbildning, konsultation och teamarbete dels till blivande föräldrar genom kontakter individuellt och i grupp med fokus på psykisk hälsa och föräldrastöd. Psykologer för mödrahälsovård har i flertalet fall ett fortsatt uppdrag inom barnhälsovården och kan därmed fungera som en brygga mellan verksamheterna och kan erbjuda fortsatt kontakt utifrån behov.[167]

Kvalitetsarbete inom mödrahälsovården

I regionerna finns centrala mödrahälsovårdsenheter där mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorska ingår. Dessa ska utveckla mödrahälsovårdens verksamhetsområden, utarbeta vårdpro-

[165] Ibid.
[166] Ibid.
[167] Psykologförbundet (2021): *Nationell målbeskrivning för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård*.

gram, genomföra fortbildningsinsatser och förankra ny kunskap i verksamheten. Till uppdraget hör även kvalitetsuppföljning inom upptagningsområdet. De regionala mödrahälsovårdsenheterna har varit viktiga för utvecklingen av och förvaltandet av mödrahälsovårdens uppdrag liksom för implementering av mödrahälsovårdens hälsovårdsprogram. Många centrala mödrahälsovårdsenheter har psykolog eller socionom knuten till verksamheten som utvecklings- och fortbildningsresurs. I vissa fall finns också en referensgrupp med representanter för primärvård, kvinnoklinik och andra instanser, beroende på den lokala organisationen, där vårdutveckling diskuteras.[168] Det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret, samlar och behandlar information hela vägen från tidig graviditet till och med ett par månader efter förlossningen, exempelvis ultraljud, sjukdomshistoria och information om barnets hälsa.[169]

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ till en satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa. Satsningen fokuserar främst på kvinnans hälsa, med det ingår också insatser för att utveckla neontalvården och vårdkedjan för sjuka nyfödda och för tidigt födda barn, från mödrahälsovården till och med barnhälsovården. Insatser för att förbättra kvinnans hälsa, inte minst den psykiska hälsan, har också inverkan på barnets hälsa under det mycket tidiga livet. I regeringens satsning ingår överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner för att stärka vården och uppdrag till olika myndigheter att följa upp och utvärdera vården samt att bistå med kunskapsstöd.[170]

Barnhälsovårdens roll och ansvar

Barnhälsovårdens verksamhet syftar till att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa och tidigt identifiera behov av insatser hos barn och deras vårdnadshavare.[171] Barnhälsovården erbjuder hälsovägledning, föräldraskapsstöd och hälsouppföljning till alla anslutna familjer och barn. I stort sett alla barn och familjer följs upp inom det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Vissa grupper nås

[168] Intressegruppen inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård (2008, reviderad 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Nr 76.*
[169] Graviditetsregistret (2021): *Detta är graviditetsregistret* (Hämtad 2021-04-06).
[170] SKR (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa.*
[171] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården*.

dock i lägre grad, det gäller särskilt familjer där vårdnadshavare är utrikesfödda, familjer med låginkomst och unga eller ensamstående vårdnadshavare.

Barnhälsovården har funnits i Sverige sedan 1937 då riksdagen beslutade om frivillig, kostnadsfri och generell mödrahälsovård och barnhälsovård. Barnhälsovården har sedan dess utvecklats från att arbeta kontrollerande och övervakande till att följa barns hälsoutveckling och genomföra hälsofrämjande och föräldraskapsstödjande insatser. Relationen mellan professionella och vårdnadshavare har skiftat fokus från kontroll eller övervakning till partnerskap och att öka vårdnadshavares delaktighet och tilltro till sin egen förmåga. Detta följer en internationell trend där hälsoövervakande och förebyggande insatser har kompletterats med ett hälsofrämjande perspektiv.[172]

Samverkan med relevanta aktörer är central för verksamheten. Till samarbetspartnerna hör bland annat mödrahälsovården, förskolan, skolans elevhälsa, specialistvården inklusive barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) och vuxenpsykiatrin, vårdcentralen, socialtjänsten och tandvården. Den närmaste samverkanspartnern i föräldrastödet är mödrahälsovården, men även kommunala verksamheter som socialtjänstens förebyggande verksamheter och familjerådgivningen är centrala aktörer.[173] Kontaktvägarna mellan de olika verksamheterna varierar mellan regionerna, vanligen sker kontakten mellan professionella, genom informationsöverföring eller ett remissförfarande.

Organisering och finansiering

Barnhälsovården organiseras ofta i form av barnavårdscentraler (BVC). BVC kan vara integrerad i övrig primärvård eller en självständig verksamhet. I tre regioner bedrivs barnhälsovården i egen regi utanför vårdvalet, i två regioner bedrivs barnhälsovården som egna vårdval. I resterande 16 regioner är barnhälsovården del i vårdvalet för vårdcentral/husläkarmottagning. I hela Sverige finns cirka

[172] Ibid.
[173] Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen (2007): *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.*

950 BVC (exklusive filialer), ungefär var tredje BVC (34 procent) drivs i privat regi.[174]

En BVC kan vara en del av en familjecentral där olika verksamheter samlas för att stödja familjer med barn (se även avsnitt 4.8 nedan). Förutom barnhälsovård ingår ofta mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete i familjecentralerna. 21 procent av BVC tillhör en familjecentral och är samlokaliserad med mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst och öppen förskola medan 18 procent tillhör en familjecentral och är samlokaliserad med minst en av verksamheterna mödrahälsovård, förebyggande socialtjänst eller öppen förskola.[175]

Barnhälsovården finanserias av regionerna vilket medför att principerna för finansieringen av verksamheten ser olika ut i landet. Det är komplicerat att fastställa ersättningen till BVC då regionerna har olika sammansättning av fast och rörlig ersättning och att ersättningen utbetalas på olika sätt. Några regioner, bland annat Uppsala och Örebro, fördelar resurser till barnhälsovården med utgångspunkt från särskilda beräkningar av BVC-områdenas vårdtyngd. I beräkningarna av vårdtyngd tas hänsyn till faktorer som till exempel antalet förstabarnsföräldrar och antalet föräldrar med utländsk härkomst. Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner uppgick de samlade kostnaderna för barnhälsovården 2019 till 2 992 miljoner kronor.[176]

Uppdrag

Det finns rekommendationer och övergripande författningar som berör och reglerar barnhälsovårdens verksamhet, men det finns ingen särskild reglering av barnhälsovården i lag eller annan författning. Detta innebär i praktiken att det finns variationer över landet när det gäller tillgång till barnhälsovård, barnhälsovårdens innehåll och övriga förutsättningar för verksamheten. För att stödja utvecklingen av en mer likvärdig barnhälsovård i landet har Socialstyrelsen i nära samarbete med företrädare för professionen inom barnhälsovården tagit fram en vägledning för barnhälsovården samt ett natio-

[174] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård*.
[175] Ibid.
[176] SKR (2020): *Ekonomistatistik 2010–2019.* (Hämtad 2021-02-19).

nellt program för barnhälsovård. Vägledningen ska ge kunskaps- och handledningsstöd för yrkesverksamma inom barnhälsovården och vara ett beslutsstöd i arbetet med att utveckla och genomföra hälsovårdsprogram för barn. Därutöver finns Rikshandbok i barnhälsovård, ett av professionen initierat och framtaget nationellt webbaserat metod- och kunskapsstöd för barnhälsovården som tillhandahålls av Sveriges regioner.[177] Socialstyrelsens vägledning anger mål, övergripande beskrivning och ramar för verksamheten, medan Rikshandboken mer konkret beskriver innehåll och metoder genom det nationella barnhälsovårdsprogrammet för barn och familjer. I samtliga regioner är Rikshandboken och Vägledning för barnhälsovården centrala styrdokument för barnhälsovården. Några regioner har dessutom regionala riktlinjer för barnhälsovården och förfrågningsunderlag för vård- eller hälsoval där uppdraget för barnhälsovården preciseras. Uppföljningen av barnhälsovården varierar mellan regionerna.[178]

Det nationella barnhälsovårdsprogrammet

Barnhälsovårdens arbete med hälsouppföljning bygger på det nationella barnhälsovårdsprogrammet.

Barnhälsovårdsprogrammet är tredelat och innefattar insatser på olika fördjupningsnivåer. En viktig utgångspunkt för programmet är begreppet proportionell universalism som innebär att insatser ges efter behov. Alla barn och deras vårdnadshavare ska nås av insatser på universell nivå och vissa barn och familjer ska ges ökade och mer fördjupade insatser.[179] Målsättningen är att parallellt med ett folkhälsoperspektiv också inta ett individperspektiv. De tre delarna omfattar:

- *Universell prevention*: hälsofrämjande insatser, hälsouppföljning och andra insatser som riktas till alla barn och deras vårdnadshavare. Insatserna syftar till att främja goda levnadsvanor och uppväxtvillkor, främja och stödja samspel och relationer mellan barn och vårdnadshavare och barnets och vårdnadshavarens psy-

[177] Rikshandbok i barnhälsovård (2020). (Hämtad 2020-03-30).
[178] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*
[179] The Marmot review (2010): *Fair society, healthy lives.*

kiska hälsa samt erbjuda stöd i föräldraskapet och information om lokala barn- och föräldraverksamheter.

- *Selektiv prevention*: insatser som samtal, vägledning och insatser genom bland annat tätare kontakt med barnhälsovården, riktade till grupper av barn och vårdnadshavare med ökad risk för ohälsa. Det kan vara behov som identifierats vid de allmänna hälsobesöken, barnets nuvarande eller tidigare hälsotillstånd eller villkor i barnets omgivning. Fördjupade kartläggningar av skydds- och riskfaktorer, barnets hälsoutveckling och hälsovägledning samt tvärprofessionell konsultation och samverkan kring barn och familjer med utökade behov kan vara aktuellt.
- *Indikerad prevention*: insatser riktade till barn och familjer som på grund av risk för ökade hälso- och sociala problem, bör få ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med förebyggande socialtjänst, psykolog eller andra vårdgivare. Insatserna tillhandahålls efter individuella bedömningar av barnets och familjens behov. Det kan till exempel handla om riktade insatser som upprepade hembesök, insatser i samverkan med andra vårdgivare och socialtjänst eller remiss till annan vårdgivare.[180]

Enligt barnhälsovårdsprogrammet ska kontakten mellan familjerna och barnhälsovården vara som tätast under barnets första levnadsår. Därefter sker kontakterna när barnet är 18 månader, vid 2,5 eller 3 år samt när barnet är 4 år respektive 5 år. Totalt omfattar barnhälsovårdsprogrammet 13 olika besök under barnets första fem år. För barn och familjer med behov av fördjupade insatser rekommenderas tätare hälsobesök. Uppföljningar visar dock att dessa familjer inte alltid får det extra stöd och den information som de behöver. Det gäller till exempel barn i immigrant- och låginkomstfamiljer.[181]

Barnhälsovården har en viktig roll i det långsiktiga och systematiska folkhälsoarbetet. Hälsouppföljningen ska bidra till att öka kunskapen hos vårdnadshavare om barnets hälsoutveckling och att motivera familjer till en hälsosam livsstil som ska bidra till god hälsa och gynnsamma uppväxtvillkor för barnet.[182] Hälsobesöken är en central del i hälsouppföljningen och omfattar en mer systematisk be-

[180] Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Barnhälsovårdens nationella program.* (Hämtad 2021-04-09).
[181] Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* (s. 52).
[182] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården*.

dömning av barnets hälsa och utveckling, bland annat när det gäller barnets tillväxt, sömn och matvanor, aktivitetsnivå, förmåga att kommunicera, rörelser, nöjdhet och ömsesidig kontakt med föräldrar. Barnhälsovårdens insatser bygger på en förtroendefull kommunikation och en nära allians med vårdnadshavare om barnets hälsa och utveckling. Insatser kan ges direkt till barnet utifrån dess symtom eller till vårdnadshavare genom föräldrastöd med fokus på relationen till och samspelet med barnet.

För att nå ut till alla familjer har barnhälsovården utvecklat ett system för hembesök. Hembesöken syftar främst till att nå alla barn och nyblivna föräldrar tidigt för att informera om barnhälsovård, lägga grunden till en fortsatt tillitsfull kontakt och för att få kunskap om barnets och familjens hemmiljö och livssituation.[183]

Bemanningen på BVC

Bemanningen på BVC består av legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen som distriktsköterska eller med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Tillgång finns vanligen till legitimerade läkare med specialistkompetens i allmänmedicin, pediatrik eller barnpsykiatri samt psykolog för barnhälsovården. Barnhälsovårdssjuksköterskan organiserar det lokala arbetet på BVC och har en central uppgift att självständigt utföra stora delar av barnhälsovårdsprogrammet samt att se till att alla barn som är inskrivna på BVC får tillgång till programmet. Barnhälsovårdssjuksköterskan står för kontinuitet i kontakterna och för samordning av insatser för barn och vårdnadshavare, tillsammans med andra professioner och verksamheter. Läkaren är sjuksköterskans främsta samarbetspartner och ansvarar för hälsoundersökningar som fodrar högre medicinsk kompetens och för bedömningar av barnets hälsa och utveckling. Tillsammans utgör de barnhälsovårdsteamet på BVC. I teamarbetet finns tillgång till psykolog för barnhälsovården. Psykologerna stödjer den övriga professionen med fortbildning och konsultation och deltar i teamarbete. De har även kontakt med barn och vårdnadshavare både individuellt och genom generellt och riktat föräldrastöd i grupp. Fokus för uppdraget är förebyggande insatser och föräldrastöd. Inom vissa regioner kan även andra yrkeskate-

[183] Ibid.

gorier ingå i teamet, till exempel socionomer, dietister och logopeder. De olika kompetenserna kompletterar varandra och utgör grunden i teamarbetet.[184]

Kvalitetsarbete inom barnhälsovården

I alla regioner finns en barnhälsovårdsöverläkare och sjuksköterska som arbetar som vårdutvecklare. Ofta tillhör de en central barnhälsovårdsenhet, som ansvarar för att följa upp och utveckla barnhälsovårdens verksamhet. Många centrala barnhälsovårdsenheter har psykolog och andra professioner inom barnhälsovården knutna till verksamheten som utvecklings- och fortbildningsresurs. De regionala utvecklingsenheterna för barnhälsovård har varit viktiga för utvecklingen av och förvaltandet av barnhälsovårdens uppdrag liksom för utveckling och implementering av det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Förbättringsarbetet baseras på insamlad kunskap om verksamheten inom svensk barnhälsovård och drivs sedan länge av de regionala utvecklingsenheterna för barnhälsovård runt om i landet. Därutöver finns det nationella kvalitetsregistret Svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ, som följer kvalitetsvariabler i den svenska barnhälsovården och utgör en grund för kontinuerlig kvalitetsförbättring. Anslutningsgraden i BHVQ ökar årligen.[185]

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ till en treårig satsning för att öka tillgängligheten till barnhälsovården särskilt i områden med socioekonomisk problematik. Inom ramen för satsningen har regionerna bland annat genomfört personalförstärkningar, kompetensutvecklingsinsatser och insatser för att stärka samverkan mellan barnhälsovården, socialtjänsten, tandvården och förskolan i syfte att tidigt upptäcka barn med behov av fördjupade insatser.[186]

---

[184] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovård* och Rikshandbok i barnhälsovård *(2021): Teamarbete i barnhälsovården. (*Hämtad 2021-04-09*).*
[185] Svenska Barnhälsovårdsregistret (2021): *Svenska Barnhälsovårdsregistret*. (Hämtad 2021-04-09).
[186] Staten och SKL (2017): *Överenskommelse om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020.*

Elevhälsans roll och ansvar

Enligt 2 kap. 25–28 §§ skollagen (2010:800) ska det finnas elevhälsa för elever i förskoleklassen, de obligatoriska skolformerna, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsa infördes som juridiskt begrepp i skollagen 2010 och avser medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot målen. Elevhälsan ska också se till att skolan bidrar till att skapa god och trygga uppväxtvillkor för eleverna. Elevhälsans arbete förutsätter en hög grad av samverkan både mellan elevhälsans personal och övriga personalgrupper i skolan och med övriga hälso- och sjukvård samt socialtjänsten.[187] Intentionerna med elevhälsans hälsofrämjande och förebyggande arbete beskrivs kortfattat i förarbetena till skollagen. Som komplement till lagen har Socialstyrelsen och Statens skolverk utformat en vägledning för elevhälsans verksamhet.[188]

Elevhälsans medicinska insatser

Elevhälsans medicinska insatser, tidigare benämnt skolhälsovård, består av skolläkare och skolsköterska och utgör en självständig verksamhetsgren inom elevhälsan. De medicinska insatserna i elevhälsan avser hälsobesök för eleverna, vaccinationer enligt nationellt fastställda program och enklare sjukvårdsinsatser.[189] Med enklare sjukvårdsinsatser avses omplåstring eller preliminära bedömningar av smärre olyckor under utbildningsmomenten.[190]

Det finns en lång tradition av skolhälsovård i Sverige. De första skolläkarna anställdes vid läroverk och folkskolor redan på 1830-talet. I början på 1900-talet fanns det skolhälsovård vid skolorna i de större städerna och några decennier senare började skolsköterskeverksamheten utvecklas. Skolhälsovård infördes i läroplanerna under 1960-talet (Lgr 1962 och Lgr 1969) som en del av elevvården. Skolhälsovården skulle bland annat kartlägga elevernas fysiska och psykiska tillstånd genom återkommande klassundersökningar. Regleringen av skolhälsovården och hälsobesöken infördes i lag samband med 1985 års skollag (1985:11100). Enligt 14 kap. 2 § 1985 års skol-

[187] Prop. 2009/2010:165: *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 274–277).
[188] Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan*.
[189] Prop. 2009/10:165: *Den nya skollagen – För kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 277).
[190] Ibid.

lag skulle skolhälsovården ansvara för att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem.

Skolhälsovårdens uppdrag har under åren återspeglat hälsoutvecklingen i landet. I takt med förbättringen av folkhälsan och en förändrad syn på sjukdomsbilden och hälsoutvecklingen hos barn och unga har hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kommit att betonas i allt högre grad i skolhälsovårdens uppdrag. Skolläkarens roll har också förskjutits från infektionssjukdomar till psykosociala hälsotillstånd samt från ett individperspektiv till ett mer gruppinriktat perspektiv med fokus på arbetsmiljöfrågor för eleverna. En stor del av skolläkarens roll sker i dag genom medicinsk rådgivning till skolsköterskan. Skolsköterskan ansvarar för att genomföra elevernas hälsobesök och samarbetar med övrig elevstödjande verksamhet i skolan i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.[191]

Skolhuvudmännens vårdgivaransvar

Den verksamhet som utförs av skolläkare och skolsköterskor definieras i regel som hälso- och sjukvård. Det gäller till exempel syn- och hörselundersökningar, vaccinationer, hälsosamtal med enskilda elever, visst utredningsarbete och remittering av elever till den övriga hälso- och sjukvården. I förhållande till denna verksamhet har skolhuvudmän ett vårdgivaransvar och rektorer ett ansvar som verksamhetschef.

Med vårdgivaransvaret följer vissa skyldigheter. Det gäller till exempel hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om målen med hälso- och sjukvården, enligt 3 kap 1 och 2 §§ HSL. Det gäller också kraven på verksamheten att erbjuda god, säker och trygg vård och kraven på systematisk utveckling och säkring av vårdens kvalitet, enligt 5 kap 1, 2 och 4 §§. Dessutom gäller de särskilda skyldigheterna i fråga om barn. Barnets bästa ska särskilt beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn, enligt 5 kap 6 § HSL. Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor med har en psykisk funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller

[191] Milerad, J. och Lindgren, C. (2015): *Evidensbaserad elevhälsa.*

spel om pengar, enligt 5 kap. 7 § HSL. Det finns också krav på samverkan i fråga om barn som far eller riskerar att fara illa, enligt 5 kap. 8 § HSL. Vidare gäller patientsäkerhetslagens (PSL) bestämmelser, inte minst kraven på hälso- och sjukvårdens personal att tillhandahålla god och patientsäker vård och därvid utföra sitt arbete i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket framgår av 6 kap. 1 § PSL. Enligt patientsäkerhetslagen har vårdgivaren också en skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen kan upprätthållas, enligt 3 kap 1 § PSL. Vårdgivaren ska dessutom vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och bland annat utreda händelser i verksamheten som hade kunnat leda till vårdskada samt ge patienter och deras närståendes möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet, enligt 3 kap. 2–4 §§ PSL. Samtliga bestämmelser i patientlagen som inte särskilt är avgränsade till att gälla för vårdgivare med endast regionen, alternativt regionen och kommunen som huvudman, eller som i övrigt hänför sig till annan specialreglering, gäller för alla vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Bland annat ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses och olika insatser ska vara samordnade på ett ändamålsenligt sätt, enligt 6 kap. 1 § PL. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygget, kontinuitet, samordning och säkerhet, enligt 6 kap 2 § PL. Även detta krav gäller alltså för samtliga vårdgivare, oavsett vilken huvudman de har, och därmed för även för de verksamhetsgrenar i skolan som utgörs av elevhälsans medicinska insatser.

Organisering och finansiering

Skolhuvudmännen har möjlighet att organisera elevhälsan utifrån lokala behov och förhållanden. Elevhälsan kan bedrivas i egen regi, det vill säga med personal anställd direkt på skolan, eller organiseras centralt. Av 23 kap. 25 § skollagen framgår att en kommun, enskild eller staten som huvudman får överlåta ansvaret för medicinska insatser till en region om båda parter är överens om det. Vidare får en region, enskilda eller staten som huvudman överlåta ansvaret för elevhälsans medicinska insatser till en kommun om båda parter är

överens om det. Huvudmannen har dock det yttersta ansvaret för att de medicinska insatserna kommer till stånd.

Elevhälsans insatser finansieras genom den så kallade skolpengen. Skolpengen är det grundbelopp som kommunen avsätter per elev för skolverksamheten. Ersättningen för elevhälsan avser medicinska, psykologiska eller psykosociala insatser. Skolverkets statistik visar att den genomsnittliga skolpengen för elevhälsan i grundskolan uppgick till 3 400 kronor per elev år 2018.

Elevhälsans hälsofrämjande och förebyggande arbete

Socialstyrelsens och statens Skolverks vägledning lyfter fram att det hälsofrämjande och förebyggande bör genomsyra hela skolans verksamhet och att det är ett ansvar för alla yrkesgrupper som arbetar i förskola och skola. I det främjande och förebyggande arbetet ingår att skapa samsyn om barnets lärande och utveckling samt en trygg lärandemiljö för eleverna. En central utgångspunkt är att hälsa är en förutsättning för lärande men också att lärande leder till hälsa.[192]

Det förebyggande arbetet handlar om att minska risken för ohälsa. Det kan till exempel finnas förhållanden i skolan som gör att elever och lärare inte kan fullfölja skolans uppdrag. Det kan handla om kränkningar, skadegörelse och bristande studiero eller liknande.

Elevhälsan ska bistå med insatser på individuell och generell nivå. I elevhälsans mer individuellt inriktade insatser ingår att undanröja hinder för varje enskild elevs lärande och utveckling. Elevhälsan och dess medicinska insatser kan även uppmärksamma grupper med särskilt behov av stöd till exempel elever med funktionsnedsättning, kroniska eller andra långvariga sjukdomar, elever som har upplevt traumatiska situationer och upprepade uppbrott som asylsökande eller placerade barn och unga. Den mer generellt inriktade verksamheten rör elevernas arbetsmiljö, skolans värdegrund, arbetet mot kränkande behandling och undervisning som rör tobak, alkohol andra droger och övrig livsstilsrelaterad ohälsa, jämställdhet och sex- och samlevnadsundervisning med mera.

I det förebyggande arbetet kan elevhälsan hjälpa till med att kartlägga verksamheten och identifiera riskområden, till exempel uppgifter om elevernas matvanor, fysiska aktivitet, andelen bland elever

[192] Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan.*

som röker, upplever stress eller är utsatta för kränkande behandling. De medicinska insatserna kan bidra med avidentifierad information från hälsosamtalen på aggregerad nivå som underlag för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Uppgifter om hur eleverna upplever skolsituationen kan användas för att skapa bättre lärandemiljöer. Elevhälsan har också en viktig roll i att utbilda och handleda lärare i ett arbetslag för att stärka lärarnas förmåga att reflektera om och agera kring elevgrupper eller enskilda elever. Ett hälsofrämjande arbetssätt som tar sikte på både lärande och hälsa ställer krav på ett tvärprofessionellt arbetssätt som omfattar både elevhälsans och lärarnas professioner. Elevhälsan bör i detta arbete samarbeta med rektor och lärare vid utbildningsinsatser, organisationsplanering och organisationsutredningar för att belysa hälsorisker i verksamheten och i barns och ungas livssituation. Närsamhället och den lokala kontext som förskola och skola befinner sig i bör påverka inriktningen på de insatser som genomförs.[193]

Elevhälsans fokus ska inte vara hälso- och sjukvårdsinsatser i snäv bemärkelse utan förebyggande och hälsofrämjande insatser i ett bredare perspektiv. I detta arbete har de medicinska insatserna en central roll.

Enligt Socialstyrelsens och Statens skolverks vägledning kan elevhälsan även erbjuda åtgärdande insatser när problem uppstår, det gäller till exempel arbetet med stöd- och åtgärdsprogram för elever med skolsvårigheter. Enligt vägledningen kan skolsköterskan, skolkurator och skolpsykolog också genomföra olika typer av stödjande samtal med enskilda elever under en begränsad period. Det kan vara motivations- och krissamtal eller utredande, rådgivande och bearbetande samtal. Elevhälsan har även ett särskilt ansvar när det gäller att utreda och kartlägga elevers svårigheter att nå målen för utbildningen.[194]

Hälsouppföljning i elevhälsan

Hälsobesök under skoltiden regleras i skollagen. Av 2 kap. 27 § skollagen framgår att varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan ska erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar all-

[193] Socialstyrelsens och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan*.
[194] Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan.*

männa hälsokontroller. Vidare ska varje elev i sameskolan erbjudas minst två hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden. Eleven ska också erbjudas undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller mellan hälsobesöken. Dessutom ska varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan erbjudas minst ett hälsobesök som innefattar en allmän hälsokontroll under skoltiden.

Hälsobesöken är en central uppgift för de medicinska delarna av elevhälsan. Termen hälsobesök infördes i skollagen 2010 och understryker hälsofrämjande arbetssätt som stämmer överens med elevhälsans uppdrag. Det finns dock ingen närmare reglering av hälsobesökens innehåll än det som framgår av enligt 2 kap. 27 § skollagen. Däremot behandlar Socialstyrelsens och Statens skolverks vägledning för elevhälsan bland annat hälsobesökens innehåll och utformning. Av vägledningen framgår att hälsobesöken syftar till att bedöma barnets eller den unges hälsotillstånd, tillväxt, utveckling och inlärning med målet att tidig upptäcka elever i behov av stöd eller andra insatser. Vid hälsobesöken ska alla barn och unga undersökas för att upptäcka tillväxtavvikelser, syn- eller hörselnedsättningar och ryggdeformiteter. Därutöver ingår ett hälsosamtal där barnet eller den unge har möjlighet prata om sin hälsa och skolsituation med skolsköterskan. Hälsosamtalet är en del av elevhälsans hälsofrämjande och förebyggande arbete. Syftet med hälsosamtalet är att stärka barnets eller den unges möjlighet till ett hälsosamt liv. I hälsosamtalet kan till exempel matvanor, fysisk aktivitet och alkohol och tobaksanvändning samt signaler på psykisk ohälsa tas upp. De återkommande besöken ska ge skolsköterskan en möjlighet att bygga upp en relation till varje enskild elev samt ge mer individuellt inriktad hälsovägledning.[195]

Elevhälsans bemanning

Av 2 kap 25 § skollagen framgår att det inom elevhälsan ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator samt personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses. Den personal som finns för elevhälsans insatser ska ha adekvat utbildning, som svarar mot elevernas

[195] Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning om elevhälsan.*

behov av insatser.[196] Det finns dock ingen närmare beskrivning i lagen om vad tillgång till olika personalkategorier innebär. En utgångspunkt är att det ska finnas tillgång till den personal och de resurser som krävs för att elevhälsan ska kunna utföra sin verksamhet i enlighet med befintlig lagstiftning. Det finns ingen nationell statistik över yrkesverksamma inom elevhälsan eller fördelning per elev. Sverige Kommuner och Regioner (SKR) tar fram statistik över det samlade antalet yrkesverksamma personer inom de kommunala skolornas elevhälsa. Denna statistik visar att det 2018 fanns cirka 106 skolläkare och cirka 2 800 skolsköterskor i Sverige vid de kommunala skolorna. Av SKR:s uppföljningar framgår att det finns behov av att rekrytera personal inom elevhälsan när det gäller skolläkare, psykologer, kuratorer och skolsköterskor. Av dessa yrkesgrupper var vakanserna flest bland psykologerna men vakanserna bland skolsköterskorna har också ökat över tid. Behovet är störst inom de små kommunerna men också socioekonomiskt utsatta områden. Enligt kommunerna är orsaken till vakanserna att det finns för få personer i dessa yrkesgrupper men också att konkurrensen om yrkesgrupperna är stor och att de kommunala huvudmännen inte kan erbjuda de löner som krävs.[197]

SKR:s uppföljningar av hur elevhälsan är organiserad i de kommunala skolorna visar att det är vanligt med centralt anställd personal inom elevhälsan. 74 procent av kommunerna uppger att skolsköterskorna är anställd centralt, 71 procent uppger att detsamma gäller psykolog och 62 procent att det gäller kuratorer. Skolläkare och skolpsykologer finns inte alltid anställda inom elevhälsan, i stället köper de kommunala skolhuvudmännen in sådana tjänster. 56 procent av skolorna uppger att det köper in tjänstetimmar när det gäller skolläkare. I SKR:s kartläggning uppger de kommunala skolhuvudmännen att även andra yrkesgrupper ingår i elevhälsan, till exempel förekommer logopeder, talpedagoger, socialpedagoger och arbetsterapeuter och fysioterapeuter.[198]

[196] Prop. 2009/10:165 *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 657).
[197] SKL (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018.*
[198] SKL (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018.*

Ungdomsmottagningar

Sveriges ungdomsmottagningar har en lång erfarenhet av att möta unga i syfte att främja fysisk och psykisk hälsa, med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Ungdomsmottagningarna riktar sig vanligen till ungdomar i åldrarna 13–25 år och ses som ett komplement till övrig hälso- och sjukvård.[199]

Utredningen erfar från dialogmöte med verksamhetsföreträdare att ungdomsmottagningarna har gedigen kunskap och helhetssyn kring ungdomsfrågor och vad som tillhör ungdomen. Ungdomsmottagningen har även en unik roll i att vara en neutral part och ingång för ungdomar då de i vissa frågor kanske inte vill söka stöd hos till exempel elevhälsan eller vårdcentralen av olika skäl.

Den första ungdomsmottagningen startade i Borlänge på 1970-talet. En central tanke vid starten av de första ungdomsmottagningarna var att verksamheten skulle präglas av en helhetssyn på ungdomar och att kropp och själ hör ihop.[200]

Organisering och finansiering

Hälsovård för unga kring den sexuella och reproduktiva hälsan och den psykiska hälsan organiseras ofta på ungdomsmottagning. I vissa län finns en övergripande struktur för ungdomsmottagningarnas verksamhet och organisation men även inom länen kan ungdomsmottagningarnas organisation variera. Det finns mottagningar som enbart vänder sig till barn och unga eller mottagningar som är en del av en större verksamhet med fler målgrupper än barn och unga, till exempel en barnmorskemottagning som har särskilda öppettider för unga några timmar i veckan. Det finns också filialer eller mobila enheter kopplade till en större mottagning med syftet att nå unga som inte kan ta sig till en ungdomsmottagning.[201]

Enligt SKR är det svårt att få fram tydlig information om vilka resurser som avsätts för ungdomsmottagningarnas verksamhet. Ungdomsmottagningarna saknar ofta en överblick över sin egen budget och vad verksamheten kostar. Ofta saknas också en över-

[199] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[200] Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar.*
[201] SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*.

gripande behovsanalys av vilka resurser som bör avsättas för verksamheten och en analys av kopplingen mellan resurser och verksamhetens uppdrag. Det finns inte heller någon tydlig struktur för hur resurser fördelas mellan ungdomsmottagarnas olika uppdrag, till exempel mellan medicinska och sociala insatser och mellan det främjande, förebyggande och behandlade arbetet. Regionerna står dock för en majoritet av kostnaderna för ungdomsmottagningarna. Det är vanligt att regioner bidrar både med en fast summa per invånare i målgruppen och ersättning per besök. Kommuner bidrar också ofta med en fast summa, men det är även vanligt att kommunerna bidrar med personal i stället för att tillföra medel. Det kan till exempel handla om en kurator som i vanliga fall arbetar inom skolan eller socialtjänsten och som även avsätter ett antal timmar i veckan på en ungdomsmottagning.[202]

Uppdrag

Det finns ingen särskild reglering av ungdomshälsovård i författning, utan den hälso- och sjukvård som ges vid ungdomsmottagningar eller till ungdomar i övrigt omfattas i princip av den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Detta innebär i praktiken att det finns variationer över landet när det gäller tillgång till ungdomshälsovård, innehåll och övriga förutsättningar för verksamheten. Uppdragen ser olika ut beroende på huvudmannens inriktning och prioritering.

De flesta av landets ungdomsmottagningar är anslutna till organisationen Sveriges förenade ungdomsmottagningar (FSUM). Den är en intresseorganisation för ungdomsmottagningarna som arbetar med att stimulera utveckling av verksamheten och att underlätta erfarenhetsutbyte mellan mottagningarna. FSUM har utarbetat handbok och riktlinjer för ungdomsmottagningarnas verksamhet. Riktlinjerna framhåller att mottagningarna ska arbeta med utgångspunkt från barnkonventionen och utifrån ett psykologiskt, psykosocialt och medicinskt helhetsperspektiv. De ska också ha ett rättighetsperspektiv på ungas rätt till information, kunskap och behandling.[203]

---

[202] Ibid.
[203] Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2021): *Om FSUM.* (Hämtad 2021-04-09).

Enligt FSUM är det övergripande målet för ungdomsmottagningar att främja fysisk och psykisk hälsa, med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa, samt rättigheter hos unga. Arbetet ska ske utifrån en helhetssyn i medicinskt, psykologiskt och psykosocialt perspektiv. Varje person har rätt till kunskap, information, stöd och behandling.[204]

Ungdomsmottagningarnas hälsofrämjande och förebyggande arbete

Verksamheten är en så kallad lågtröskelverksamhet, vilket innebär att den ska vara lättillgänglig och anpassad efter ungdomars behov. Ungdomsmottagningen kräver inte särskild sökorsak för ett besök och bemötandet utgår från hur personen mår och den situation hen befinner sig i. Stödet har ett salutogent perspektiv, vilket betyder att det utgår från hälsan och vad som fungerar väl, snarare än från ett sjukdomsperspektiv. Detta förhållningssätt syftar till att stärka individers egenmakt och tilltro till sin egen förmåga samt att själv ta kontroll över sina liv.[205]

På senare år har arbete med psykisk hälsa fått allt större utrymme och ungdomsmottagningar i tre län/regioner har ett uttalat uppdrag att vara första linjen verksamhet för unga med lättare psykisk ohälsa.[206]

Till skillnad från mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser erbjuder inte ungdomsmottagningar hälsoundersökningar till alla unga och ungdomsmottagningarna genomför inte heller andra specifika insatser utifrån ett nationellt program som riktar sig till alla unga.

Även om uppdraget kan variera, så är dock arbetet med att stödja unga kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) en central del på de flesta ungdomsmottagningar. I det ingår att ge förebyggande insatser som bidrar till att sexuella aktiviteter sker på ett säkert sätt, till exempel att förhindra oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. I arbetet ingår även att stödja med ökad kunskap om sexualitet och sexuell hälsa till de unga och att stärka dem i deras rättigheter. Detta handlar till exempel om frihet att själv

[204] Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*.
[205] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[206] Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2018): *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar.*

fatta beslut om den egna kroppen, förtroende och kommunikation kring sex samt möjlighet att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser.[207]

Ungdomsmottagningarna ger ett individinriktat stöd till de unga som sökt sig till mottagningen. Det kan handla om att svara på frågor, ge information, undersöka och behandla. Ungdomsmottagningarna bedriver även ett utåtriktat arbete, för att i högre utsträckning nå även de unga som inte söker upp mottagningen på eget initiativ. Flera regioner har också satsat på digitala besök, som kan motsvara en del av det stöd som en fysisk mottagning kan ge. Det är ett sätt att stärka ungdomars tillgång till ungdomsmottagningarnas tjänster och kan vara särskilt viktigt för unga som bor i glesbygd, hemmasittande ungdomar och för dem som inte vill besöka en fysisk mottagning.[208]

Tillsammans med bland annat elevhälsan och socialtjänstens förebyggande verksamhet utgör ungdomsmottagningarna en basnivå för ungdomar när det gäller hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser.[209]

Sedan 2008 finns även den webbaserade ungdomsmottagningen UMO.se för alla unga mellan 13–25 år, med kunskap om kroppen, sex, relationer, psykisk hälsa, alkohol och droger, självkänsla och mycket annat. Där finns också kontaktuppgifter till alla ungdomsmottagningar i landet. UMO.se erbjuder även viss möjlighet att ställa personliga frågor. På UMO.se finns också en särskild webbplats, Youmo.se, med delar av UMO:s innehåll presenterat på olika språk. UMO.se finansieras av alla regioner.[210]

Bemanning av ungdomsmottagningarna

Bemanningen på ungdomsmottagningarna varierar men många mottagningar strävar efter att arbeta tvärprofessionellt för att kunna tillgodose de ungas behov av insatser när det gäller fysisk och psykisk

[207] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa och* Folkhälsomyndigheten (2019): *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017*. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017.
[208] SKR (2020) *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[209] SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*.
[210] UMO.se (2020).

hälsa.[211] Vid de flesta ungdomsmottagarna finns barnmorska och kurator. Det är också vanligt att gynekolog och allmänläkare finns knutna till mottagningen. [212]

FSUM anger i sina riktlinjer att ungdomsmottagningar bör ha tillgång till personal, som utöver grundkompetensen i sin profession, har utbildning i andrologi, gynekologi, psykoterapi och sexologi. Vidare anger de att personalen behöver ha ett ungdomsperspektiv med specifik kompetens gällande biologiska, psykologiska och sociala aspekter på tonårsutveckling, genus, könsidentitet, könsuttryck, sexualitet och sexuell identitet.[213]

4.5 Andra verksamheter som möter barn och unga

Utöver de verksamheter som framgår av utredningens direktiv finns det ett antal ytterligare vårdverksamheter som möter barn och unga, till exempel vård- eller hälsocentraler, första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa och verksamheter som tidigt möter späda och små barn. Nedan lämnas övergripande beskrivningar av dessa verksamheter.

4.5.1 Vårdcentral

Vårdcentralen utgör primärvårdens kärnverksamhet och ansvarar för grundläggande medicinsk behandling av alla typer av sjukdomar i alla åldrar. Vårdcentralen utgör också en mycket central samverkanspart med de tidigare nämnda vårdverksamheterna inom barn- och ungdomshälsovården eftersom den ansvarar för vårdande och behandlande insatser. I Socialstyrelsens kartläggning från 2016 beskrivs att den gemensamma kärnan som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga regioner omfattar:

- Mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensom-

[211] SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar*.
[212] Ibid.
[213] Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar*.

rådet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser,

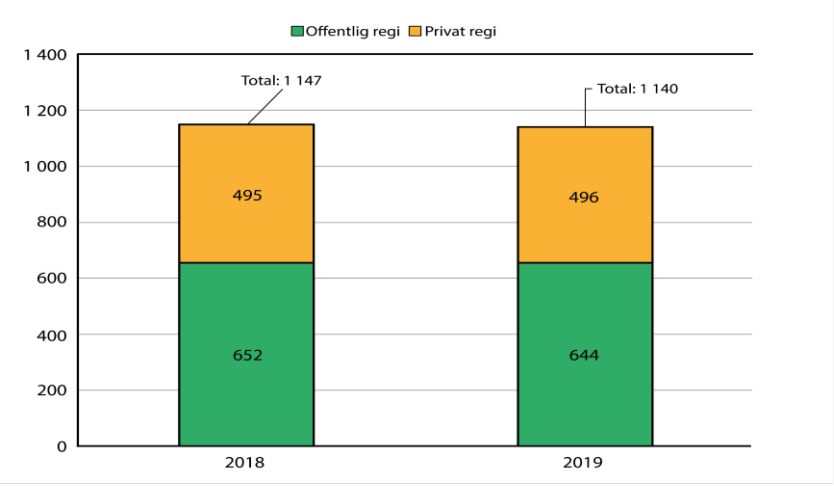
- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter,
- läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård,
- medverkan i regionens smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.[214]

Vårdcentralens roll i primärvårdens omfattande uppdrag att utgöra den tydliga basen i svensk hälso- och sjukvård beskrivs närmare i Problembild, kap. 4.

Vårdcentraler organiseras i form av vårdvalssystem och styrs och genom uppdraget som anges i det tidigare nämnda förfrågningsunderlaget. Oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller privat regi har regionen alltid huvudmannaskap för verksamheten. År 2017 drev 225 olika privata vårdgivare vårdcentraler. Av dessa drev 171 en enda vårdcentral.[215] Störst var Capio och Praktikertjänst med drygt 80 vårdcentraler vardera.[216] Vid utgången av 2019 fanns det 1 140 vårdcentraler i Sverige, varav 56 procent drevs i offentlig regi och 44 procent i privat regi. De regionala skillnaderna är stora när det gäller offentlig eller privat regi. I Region Stockholm drivs 68 procent av alla vårdcentraler i privat regi jämfört med Region Västerbotten där 13 procent av vårdcentralerna drivs i privat regi.[217]

[214] Socialstyrelsen (2016): *Primärvårdens uppdrag En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*.
[215] Vårdföretagarna Almega (2019): *Privat vårdfakta 2019* (Hämtad 2021-02-19).
[216] Konkurrensverket (2014): *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Rapport 2014:2.
[217] SKR (2021): Verksamhetsstatistik 2010–2019 (Hämtad 2021-02-19).

Figur 4.13 Vårdcentraler i offentlig/privat regi 2019



Källa: SKR (2019).

På vårdcentral arbetar specialistläkare i allmänmedicin och distriktssjuksköterskor, dessa innehar en bred generalistkompetens med förmåga att möta olika typer av behov och även att arbeta förebyggande. Vidare har alltfler legitimerade yrkeskategorier successivt tillkommit, till exempel arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, psykologer, hälso- och sjukvårdskuratorer och i viss mån även farmaceuter.

4.5.2 Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa

Många kommuner och regioner har under de senaste åren arbetat med att bygga upp en första linje som ansvarar för barn och unga med psykisk ohälsa oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker. Verksamheterna riktar sig till barn och unga och har skapats för att överbrygga glappet mellan den hjälp som erbjuds alla och den hjälp som erbjuds dem med svårast problematik.[218]

I första linjeuppdraget ingår vanligen att identifiera olika former av problematik, göra enklare utredningar och att ge stöd vid lindrigare och ibland måttliga former av besvär och tillstånd. Vanliga sök-

[218] Uppdrag Psykisk Hälsa (2015): *Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa – framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt*.

orsaker är oro, nedstämdhet, stress och kriser samt familjeproblem. Flera verksamheter kan ha en första linjefunktion, till exempel verksamheter inom skolväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Första linjen ska vara den verksamhet som barn och unga i första hand vänder sig till med av lindrig till måttlig psykisk ohälsa. I den senaste utvärderingsrapporten från SKR framhåller man att första linjen för barns och ungas psykiska hälsa motsvarar primärvårdsuppdraget, men att det när projekten startade saknades kompetenser och beredskap i primärvården för uppdraget.[219]

I vissa kommuner och regioner har man byggt upp nya verksamheter med ett specifikt uppdrag att ansvara för första linjen, medan andra har utökat uppdraget för befintliga verksamheter att även inkludera ansvaret för första linjen. En majoritet av första linjeverksamheterna i landet drivs inom ramen för primärvården och når totalt sett cirka 2 procent av Sveriges barn och unga.[220]

Arbetet med att utveckla första linjeverksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa har pågått sedan drygt 12 år tillbaka. Regeringen har under det senaste decenniet genomfört ett flertal satsningar för att stödja arbetet med att bygga upp en första linje i kommuner och regioner, bland annat genom överenskommelser med SKR. Med stöd av dessa överenskommelser har SKR har sedan år 2007 drivit ett flertal utvecklingsprojekt tillsammans med kommuner och regioner med syfte att förbättra kvaliteten och tillgängligheten till första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa. Det finns i dagsläget stor variation i hur långt huvudmännen kommit i arbetet med att utveckla första linjeverksamheterna för barn och unga.[221]

Verksamheter som tidigt möter späda och små barn

Utöver ovan nämnda första linjeverksamheter, som i första hand vänder sig till barn och unga med psykisk ohälsa i åldrarna 6–18 år, finns det andra verksamheter med motsvarande uppdrag att tidigt möta barn i åldrarna 0–5 år. Insatser inom dessa verksamheter riktar sig till barnets vårdnadshavare i form av riktat föräldrastöd, då barnet

[219] SKL (2015): *Slutrapport Psynk 2011–2014.*
[220] SKR (2020): *Första linjen 2020 – Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*
[221] SKL (2015): *Slutrapport Psynk 2011–2014.*

är helt beroende av vårdnadshavarens omsorg och omvårdnad och familjens förutsättningar.

Bland dessa verksamheter finns *psykologverksamhet för mödrahälsovård och barnhälsovård* som har ett hälsofrämjande och förebyggande uppdrag. Uppdraget innefattar bland annat bedömning och stöd vid identifierade och upplevda problem runt barnet och i föräldraskapet. Verksamheten ska bedrivas i linje med mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens grunduppdrag. Arbetet sker i tvärprofessionella team där psykologen kan ha en konsultativ roll. Insatser till barn och familj omfattar vanligen föräldravägledning, psykologisk behandling relaterat till föräldraskap, interventioner med fokus på relationen mellan barnet och dess vårdnadshavare, uppföljning och bedömning av barnets utveckling och hälsa samt samverkan med andra berörda verksamheter för barn och familj.[222] Parallellt med utvecklingen av generellt och riktat föräldrastöd och ökat fokus på den psykiska hälsan hos blivande föräldrar, barn och deras vårdnadshavare har psykologverksamheten fått en allt större betydelse inom mödrahälsovården och barnhälsovården till följd av ett allt mer omfattande uppdrag att förebygga psykisk ohälsa.[223]

Späd- och småbarnsverksamheter har ett förebyggande uppdrag och erbjuder tidiga riktade insatser för späda och små barn (0–5 år) och deras familjer. Arbetet utgår dels ifrån uppmärksammade riskfaktorer för att förhindra utveckling av svårigheter hos barnet och i föräldraskapet dels utifrån identifierade problem hos vårdnadshavaren i samspel med barnet. Verksamheten riktar sig vanligtvis enbart till familjer med späda och små barn och erbjuder dels förebyggande insatser med fokus på relation och samspel mellan vårdnadshavaren och barnet dels samspelsbehandling i någon form. Verksamheten kan finnas inom barn- och ungdomspsykiatrin, primärvård, socialtjänsten eller drivas i samverkan mellan flera huvudmän. Kartläggning av späd- och småbarnsverksamheter visar att det 2018 fanns 34 identifierade verksamheter/team i Sverige. Variationen är stor när det kommer till organisationsform, antal ärenden per år och tillgång till barnpsykologisk och barnpsykiatrisk bedömning. Tillgången är

[222] Psykologförbundet (2021): *Nationell målbeskrivning för Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård* (Hämtad 2021-04-09).
[223] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovård* och Rikshandboken i barnhälsovård (2020).

också ojämnt fördelad över landet.[224] Verksamhet organiserad inom primärvård finns exempelvis i Västra Götalandsregionen där en samspelsmottagning är nära kopplad till och sker i samverkan med en av psykologenheterna för mödra- och barnhälsovård.[225] Verksamheten kan också vara organiserad inom barn- och ungdomspsykiatrin som exempelvis teamen för späda och små barn 0–4 år i Skåne.[226]

4.6 Den specialiserade vården för barn och unga

Nedan följer en beskrivning av barn- och ungdomspsykiatrin, barn- och ungdomsmedicin och barn och ungdomshabiliteringen. Det finns naturligtvis en mängd specialistverksamheter och specialistkompetenser och en variation i utformning, uppdrag och organisation över landet, men ovanstående täcker in de största och mest relevanta aktörerna för utredningens systemöversyn och bedömningar när det gäller psykisk ohälsa. De principer utredningen lyfter kan gälla för alla specialistverksamheter.

4.6.1 Barn- och ungdomspsykiatrin

Barn- och ungdomspsykiatrin riktar sig till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd och där funktionsnivån i vardagen är påverkad. 2018 antog samtliga regioner en gemensam beskrivning av barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag: […]

- Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag är att erbjuda insatser på specialistnivå.
- Insatser ges till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd och där funktionsnivån i vardagen är påverkad
- Insatserna utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet och bygger på barnpsykiatrisk diagnostik. Insatserna består av be-

[224] Furmark, C. och Neander K. (2018): *Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning.*
[225] Västra Götalandsregionen (2021): *Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård Borås, Regionhälsan.*(Hämtad 2021-04-06).
[226] 1177 Vårdgivarguiden (2021): *Barn- och ungdomspsykiatrins spädbarnsverksamhet i Skåne.* (Hämtad 2021-04-06).

dömning, utredning och/eller behandling av såväl akuta som icke akuta tillstånd

– Verksamheten samverkar med vårdgrannar gällande barnpsykiatriska frågeställningar. […]

Barn och ungdomspsykiatrin ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differential-diagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation. En viktig del i barn- och ungdomspsykiatrins arbete är ett familjecentrerat arbetssätt och att ge stöd och insatser till vårdnadshavare och anhöriga. En barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning ska ha god kompetens inom områdena barn- och ungdomspsykiatri, utvecklingspsykologi och neuropsykologisk testning. Utredning och differentialdiagnostiska överväganden utifrån barnets symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation ska hålla god kvalitet och det är viktigt för att inte missa eller missbedöma psykiatrisk samsjuklighet. Huvudsakliga diagnosområden är psykossjukdomar, svår depression och ångest med suicidrisk, personlighetsstörningar, vårdkrävande anorexi och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Historiskt sett har barn- och ungdomspsykiatrin varit den verksamhet som i första hand har mött barn och unga med psykisk ohälsa i vården, oavsett svårighetsgrad. Samtidigt har man varit och är fortfarande, sista vårdnivå för många barn och unga med svår och komplex problematik.

Psykiatrin, både på vuxen- och barnsidan, har utvecklat sin diagnostik och behandling samt sina arbetssätt de senaste 20 åren. Även organisationen har påverkats, inte minst har den specialiserade öppenvården utvecklats och tidigare institutionalisering avskaffats. Vårdens fokus har förskjutits till en mer läkarbaserad diagnostik och arbete med nationella vårdprogram. Det tvärprofessionella och familjecentrerade arbetssättet genomsyrar förstås fortfarande verksamheten, liksom de breda kontaktytorna mot skolan och socialtjänsten.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin finns grundläggande kompetens i form av barn- och ungdomspsykiater, psykologer, sjuksköterskor, socionomer och sekreterare. Vidare behöver det finnas tillgång till andra professioner såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister och logopeder.

4.6.2 Barn- och ungdomsmedicin

Hälso- och sjukvård inom den barn- och ungdomsmedicinska specialiteten tillhandahålls vanligtvis som planerad och akut specialiserad barn- och ungdomssjukvård för barn och unga under 24 timmar per dygn och över hela året. Den övre åldersgränsen varierar mellan 15 och 20 år beroende på verksamhetsområde. Specialiteten barn- och ungdomsmedicin karaktäriseras av kunskaper om och förståelse för hälsa och ohälsa hos barn och ungdomar, kunskap om barnets normala tillväxt och utveckling samt kunskap om prevention, utredning, diagnostik, behandling, uppföljning och kunskapsutveckling rörande sjukdomar, störningar och skador relaterade till olika stadier av barnets tillväxt och utveckling.[227] I Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring ingår enligt 5 kap. 1 § följande grenspecialiteter i barn- och ungdomsmedicin:

- barn- och ungdomsallergologi
- barn- och ungdomshematologi och onkologi
- barn- och ungdomskardiologi
- barn- och ungdomsneurologi med habilitering
- neonatologi.

Utöver ovan nämnda specialiteter, finns det inom barnläkarföreningen och i klinisk verksamhet fler subspecialistområden såsom: lungmedicin, ungdomsmedicin, akutsjukvård, infektionsmedicin och global hälsa, diabetes och endokrinologi, njurmedicin, barn- och ungdoms reumatologi och immunologi, transplantationsmedicin, barnhälsovård, smärta, barn och läkemedel samt barn som far illa.

En stor del av barn- och ungdomsmedicinsk vård är tvärprofessionell och präglas av en helhetssyn på barn och unga vars hälsa och utveckling är beroende av många kringliggande faktorer. Psykiska vårdbehov samvarierar ofta med fysiska vårdbehov i den barn- och ungdomsmedicinska kontexten. Barns sjukdomar spänner också över många fält. Samsjuklighet är vanligt och därför samlas specia-

[227] Socialstyrelsen (2015): *Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar* 2015.

lister under samma tak och samarbetar.[228] Det finns inte heller tillräckligt många individer med specifika sjukdomstillstånd inom ett område för att kunna bygga upp stora kliniker kring exempelvis diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar eller infektionssjukdomar, på liknande sätt som inom vuxensjukvården. Personella och ekonomiska resurser räcker heller inte till detta. Tillgången till specialiserad och tvärprofessionell kompetens blir därför skör.

Den medicintekniska utvecklingen har lett till kortare vårdtider och öppnare vårdformer men också skapat nya vårdbehov

Barnsjukvården har en historia av kraftfull medicinteknisk utveckling precis som övrig hälso- och sjukvård. För några decennier sedan var långa vårdtider vanliga även efter enklare operationer. Astma och svårare akuta infektioner var vanliga inläggningsorsaker. Utvecklingen har gått mot nya och effektivare läkemedel som botar cancer och allvarliga infektionssjukdomar. Mässling, polio och smittkoppor har vaccinerats bort. Vidare har samhällsförbättringar och ökad levnadsstandard minskat förekomst av till exempel tuberkulos och vitaminbrister som tidigare hade skelett- och hjärnskador som följd. Extremt för tidigt födda barn fick inga återupplivningsinsatser så sent som på 1960-talet. I dag finns en avancerad neonatal intensivvård som räddar liv från vecka 21.

Vårdtiderna är i dag överlag betydligt kortare och en stor del av vården sker i hemmet eller i dagsjukvård, till exempel återkommande injektioner med cellgifter mot cancer eller potenta läkemedel mot reumatiska sjukdomar. Precis som med den barn- och ungdomspsykiatriska vården har det skett en betydande utveckling av olika öppenvårdsformer, både på och utanför sjukhuset, till exempel mobila team, med målet att ha så lite påverkan som möjligt på barnets och familjens vardag, tid och resurser. Olika former av hemsjukvård har utvecklats där den specialiserade vården ofta uppbär ett stort ansvar.

Som nämnts ovan har barnsjukvården effektiviserats men den medicintekniska utvecklingen har också skapat nya vårdbehov och möjligheter att utreda och behandla olika kroniska sjukdomar. Sjukdomstillstånden är alltmer komplexa och kroniska tillstånd blir allt

[228] Almgren P. (2020): Många barn har långvariga och stora behov av hälso- och sjukvård. *Läkartidningen*.

vanligare. Astma, allergier och fetma är numera stora kroniska sjukdomar i barnpopulationen. Psykiska och psykiatriska funktionsnedsättningar är ofta en del av en komplexare samsjuklighet.

Specialiserad öppenvård, det vill säga barn- och ungdomsmedicinsk eller barnpsykiatrisk vård, har under perioder förlagts utanför sjukhusen. Utredningen bedömer dock att trenden de senaste 10–15 åren har varit att allt fler öppenvårdsmottagningar stänger ner till förmån för en koncentration av personal och resurser till den akuta vården och slutenvården. Samtidigt har utredningen tagit del av ett pågående uppdrag i Västra Götalandsregionen där den barnmedicinska öppenvården snarare ska utvecklas och stärkas inom ramen för omställningen till en nära vård. I Region Stockholm har den barnmedicinska öppenvården ett eget vårdval medan det i exempelvis Region Skåne nästan inte finns någon specialiserad medicinsk öppenvård för barn.

Öppenvård när det gäller barn- och ungdomsmedicin karakteriseras av tvärprofessionell bemanning med planerad verksamhet, men inga vårdplatser. Uppdraget har ofta varit baserat på områdesansvar och nära omkringliggande vårdcentraler och skolor. När dessa mottagningar en gång byggdes upp var det mer av karaktären distriktsbarnläkare dit barnfamiljer vände sig med enklare åkommor och infektioner. Numera omfattar dock verksamheten allt mer avancerad vård, uppföljning av kroniska sjukdomar och ibland ett koordinations- och samordningsansvar för dessa barn. Detta kan jämföras med öppenvårdsmottagningar som i stället utvecklades från sjukhusen och som kunde ha karaktären av subspecialiserad mottagningsverksamhet och dagsjukvård och vara nära knuten till barnkliniken och slutenvården.

Professioner som arbetar inom barn- och ungdomsmedicin är vanligen specialister och subspecialister i barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykologer, barnsjuksköterskor med olika specialistkompetenser, dietister, logopeder, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, specialpedagoger, lekterapeuter och socionomer.

4.6.3 Barn- och ungdomshabilitering

Barn- och ungdomshabiliteringens åtagande varierar över landet men generellt erbjuds specialiserade habiliterande insatser till patienter upp till 18 år med medfödda eller tidigt uppkomna, varaktiga funktionsnedsättningar som ger stora svårigheter i vardagen avseende motorik, inlärningsförmåga, perception och beteende och som fordrar tvärprofessionella insatser. Barn- och ungdomshabiliteringens uppdrag är att stärka patienten och möjliggöra patientens förmåga att hantera sin situation, ge verktyg och strategier som kompenserar patientens funktionsnedsättning. Vidare ska habiliteringen möjliggöra aktivitet och ge förutsättningar för delaktighet, utreda patientens funktionsförmåga och klargöra behov av habiliterande åtgärder, ge planerade specialiserade åtgärder från flera kompetensområden och upptäcka risk för ohälsa och funktionsnedsättningar samt aktualisera behov av åtgärder.

Ofta ställs det inom regionerna krav på att patienter som remitteras till habiliteringen ska vara utredda och ha en fastställd diagnos inom habiliteringens målgrupper. Habiliteringens målgrupper är huvudsakligen (viss variation finns i landet) patienter med motoriska rörelsehinder orsakade av skada i nerv-, muskel- eller skelettsystemet som till exempel ryggmärgsbråck, neuromuskulära sjukdomar eller syndrom, patienter med intellektuell funktionsnedsättning, patienter under 6 år med autismspektrumstörning och patienter med förvärvad hjärnskada/ryggmärgsskada. En ny målgrupp som vuxit till antalet är barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Vid de habiliteringsverksamheter i Sverige som erbjuder insatser för målgruppen så är detta i dag den allra största gruppen.

Barn- och ungdomshabilitering är i högsta grad en specialiserad tvärprofessionellt bemannad verksamhet som ofta organiseras i samlad förvaltning regionvis men med utbudspunkter och centra som kan ligga utanför sjukhuset i öppenvårdsform. Vissa delar av habiliteringen som rör mycket svårt sjuka barn med sällsynta diagnoser knyts närmare universitetssjukhusen.

4.7 Ytterligare verksamheter med hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga

Utöver tidigare nämnda verksamheter har både tandvården och socialtjänsten hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga. Nedan lämnas övergripande beskrivningar av de båda verksamheterna.

4.7.1 Tandvården

Inom tandvården bedrivs ett omfattande hälsofrämjande och förebyggande arbete för barn och unga. Tandvården är en därför en viktig samverkanspart för barn- och ungdomshälsovården.

Regionen har ett särskilt ansvar för att tillhandahålla tandvård för alla barn och unga och en majoritet av alla barn och unga får också sin tandvård genom regionens folktandvård. Skyldigheten att erbjuda tandvård regleras i tandvårdslagen (1985:125). Av 5 § tandvårdslagen framgår att varje region ska erbjuda en god tandvård till alla som är bosatta i regionen. Regionen ska också verka för en god tandhälsa i befolkningen. Målet för tandvården är enligt 1 § tandvårdslagen en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det har varit en ambition i Sverige att tandvården ska hålla god kvalitet och lägga vikt vid förebyggande åtgärder. Sedan den 1 januari 2019 gäller kostnadsfri tandvård för barn och unga upp till och med 23 års ålder, enligt 7 § punkt 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen. Syftet med den höjda åldern är att säkerställa att unga vuxna fortsätter att gå i förebyggande tandvård för att minska risken för framtida tandvårdsproblem.[229]

Tandhälsan i Sverige är relativt god i befolkningen. Det är en långsiktig effekt av förebyggande tandvård, bland annat genom en ökning av fluoranvändning, utbyggd avgiftsfri barn- och ungdomstandvård samt satsning på information om munhygien i skolan. Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår emellertid skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper, både bland barn och vuxna. Skillnader i tandhälsa syns redan i förskoleåldern och barn med större behov kommer inte alltid till de kontroller i tandvården som

[229] Prop. *2016/17:1. Budgetproposition för 2017* (s. 64).

de kallas till. Därför arbetar tandvården i stor utsträckning med utökade insatser i socioekonomiskt utsatta områden, exempelvis deltar tandhygienister i aktiviteter i öppna förskolan och föräldragrupper. Tandvården deltar också i gemensamma utbildningsdagar med barnhälsovården och förebyggande socialtjänst.[230]

Under åren 2018–2020 genomförde regeringen en satsning på ökad tillgänglighet i barnhälsovården för grupper som har eller riskerar att få sämre hälsa och tandhälsa. Satsningen omfattade bland annat utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet samt ökad samverkan mellan barnhälsovården och andra aktörer, såsom förebyggande socialtjänst, mödrahälsovård och vårdgivare inom tandvården.

4.7.2 Socialtjänsten

Vid sidan av hälso- och sjukvården och tandvården har också socialtjänsten ett hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga. Socialtjänsten har dock inte något ansvar för hälso- och sjukvård.

Enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, har socialtjänsten det yttersta ansvaret för att alla barn och unga som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I socialtjänstens uppdrag ingår enligt 1 kap. 1§ SoL att främja människors ekonomiska och social trygghet, jämlika och jämställda levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Vidare ska socialnämnden enligt 5 kap. 1 § SoL verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. I uppdraget ingår dessutom att i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och unga med särskild fokus på barn och unga som riskerar en ogynnsam utveckling. När det gäller barn och unga som riskerar en ogynnsam utveckling ska socialtjänsten se till att de får det skydd och stöd som de behöver och om det bedöms motiverat, även vård och fostran utanför det egna hemmet. Socialnämnden ska också arbeta aktivt för att förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra beroendeframkallande medel samt dopningsmedel hos barn och unga. Barns

[230] Socialstyrelsen (2019): *Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för en jämlik hälsa bland barn.*

skydd och stöd i utsatta situationer har reglerats i socialtjänstlagen sedan lagen tillkom.

Socialtjänstens roll i det förebyggande arbetet bör bland annat inriktas på riskmiljöer och riskgrupper och att så tidigt som möjligt får kännedom om barn och ungdomar som kan behöva individuellt anpassat stöd.[231] Den del av socialtjänsten som främst arbetar med stöd till familjer är individ- och familjeomsorg, där ingår bland annat ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendevård, familjerätt, familjerådgivning och barn- och ungdomsvård.

4.8 Samlokalisering av verksamheter för barn och unga

På flera håll i landet förekommer samlokalisering av verksamheter som tillhandahåller service, främst hälsofrämjande och förebyggande verksamhet, till vårdnadshavare och deras barn. Det finns ingen enhetlig benämning för sådan samlokalisering men vanligen kallas de för familjecentral, familjecentrum, familjens hus eller liknande. Samlokalisering av mödrahälsovård och barnhälsovården samt socialtjänstens individ och familjecentraler som idé uppkom redan på 1960- och 1970-talen i olika offentliga utredningar. På Socialstyrelsens initiativ startades sedan en rad familjecentraler runt om i landet på 1970-talet.[232]

Verksamheten kännetecknas av att huvudmännen, till exempel kommun och region, samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärprofessionell och tvärsektoriell samverkan. Syftet med verksamheten är att erbjuda en mötesplats för blivande vårdnadshavare och vårdnadshavare och barn i ett bostadsområde och verksamhetens omfattning beror till stor del på vårdnadshavarnas och barnens önskemål och behov. Vanligen ingår mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och förebyggande socialtjänst. Verksamheten ska främja god hälsa hos barn och vårdnadshavare genom att tillhandahålla tidiga, samordnande och förebyggande insatser. Vidare ska verksamheten vara en tillgänglig och nära mötesplats, stärka sociala nätverk runt barn och föräldrar, skapa arbetsformer där vårdnadshavare och barn är delaktiga, erbjuda lättillgängligt stöd, vara ett

[231] Prop. 2012/13:10: *Stärkt stöd och skydd för barn och unga* (s. 96).
[232] Socialstyrelsen (2008): *Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt.*

kunskaps- och informationscentrum och utveckla god service. En sådan verksamhet kan ge goda förutsättningar för samverkan mellan vårdverksamheterna och för att upptäcka och tillgodose behov av stöd bland barnfamiljer, men det finns i dag inget vetenskapligt stöd för vilka effekter verksamheten har för barn och föräldrar.[233]

I dag finns det cirka 200 familjecentraler eller liknande verksamheter i landet.[234] Barnhälsovård och mödrahälsovård har regionala huvudmän medan socialtjänst och öppen förskola har kommunala. Inom en region kan familjecentralernas sammansättning därför variera mellan olika kommuner. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socionomer kan det även finnas andra yrkesgrupper representerade, såsom familjerådgivare, tandvårdspersonal och psykolog. Samverkan mellan de olika yrkesgrupperna är en förutsättning för en välfungerande familjecentral och ska öka förmågan att upptäcka och tillgodose barns och barnfamiljers individuella behov. Familjecentralen ger socialtjänsten en bred area att möta blivande och nyblivna föräldrar i enlighet med socialtjänstlagens uppsökande och servicebaserade arbete.[235]

Ytterligare exempel på samlokaliserad verksamhet är de ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser till unga. På motsvarande sätt som för familjecentral samordnar huvudmännen sig för att möjliggöra en tvärprofessionell samverkan.

4.9 Myndigheternas roller

På nationell nivå har de statliga myndigheterna en central roll för att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården och inom det sociala området för att följa upp, utvärdera och genomföra tillsynsinsatser. I detta avsnitt lyfts några myndigheter fram som utredningen bedömer har centrala roller för utvecklingen av hälso- och sjukvården för barn och unga, när det gäller förebyggande, hälsofrämjande och behandlande insatser.

[233] U*nderlagsrapport för den statliga utredningen "Sammanhållen god och nära vård för barn och unga"* S 2019:05 (bilaga 4).
[234] Föreningen för familjecentralers främjande (2021): https://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral1/ (Hämtad 2021-04-09).
[235] Ibid.

4.9.1 Folkhälsomyndighetens roll och uppdrag

Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor och ska bland annat verka för god och jämlik hälsa i hela befolkningen, följa folkhälsan och de faktorer som påverkar hälsan i befolkningen samt bygga upp och sprida kunskap som främjar hälsa och förebygger sjukdomar. Enligt förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten ska myndigheten fästa särskild vikt vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa. I Folkhälsomyndighetens uppdrag ingår att följa upp och utvärdera olika metoder och insatser för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Folkhälsomyndigheten ansvarar för kunskapsuppbyggnad inom sitt verksamhetsområde och ska förse regeringen och statliga myndigheter med kunskaps- och beslutsunderlag inom sitt ansvarsområde samt identifiera, analysera och förmedla relevant kunskap inom sitt ansvarsområde till berörda i kommuner, regioner och andra samhällssektorer. Dessutom ska Folkhälsomyndigheten bidra till att de folkhälsopolitiska målen uppnås och skapa förutsättningar i samhället för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och har också en samordnande roll för folkhälsoarbetet i samhället.

Det finns inga särskilda bestämmelser som gäller barn och unga i Folkhälsomyndighetens instruktion, men myndigheten ska följa folkhälsan i hela befolkningen vilket förstås också inkluderar barn och unga. Folkhälsomyndigheten följer sedan 1985/1986 skolbarns hälsovanor för att se hur barns och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa ser ut och utvecklas över tid. Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children) är ett internationellt forsknings- och samarbetsprojekt, där Folkhälsomyndigheten ansvarar för den svenska delen av projektet. När det gäller barnhälsovården har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att följa och stödja regionernas arbete i enlighet med regeringens överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet i barnhälsovården som pågår under åren 2018–2021. Det ingår också i Folkhälsomyndighetens uppdrag att förbättra barns skydd mot smittsamma sjukdomar.

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten flera uppdrag inom området psykisk hälsa och suicidprevention, bland annat att stödja nationell samordning och styrning med kunskap inom dessa om-

råden. I detta ingår att utveckla samordning och samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, utveckla kunskapssammanställningar, genomföra utvecklingsarbete samt utveckla uppföljningen inom psykisk hälsa- och suicidpreventionsområdet. Vidare har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att förbereda och genomföra en informations- och kunskapshöjande insats inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdragen pågår till och med år 2021.

Därutöver har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att fördela medel till ideella organisationer som bedriver förebyggande och främjande verksamhet i syfte att motverka psykisk ohälsa hos barn och unga som är asylsökande eller nyanlända.

4.9.2 Inspektionen för vård och omsorgs roll och uppdrag

Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Enligt förordning (2013:176) med instruktion för IVO ska ett patient- och brukarperspektiv genomsyra tillsynen och villkor och förhållanden för kvinnor och män, flickor och pojkar belysas Den lagstiftning som styr verksamheten är i huvudsak patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Av IVO:s instruktion framgår vidare att myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsyn, styrning med kunskap och regelgivning. IVO är en av myndigheterna som utsetts av regeringen att medverka i utvecklandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.

4.9.3 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys roll och uppdrag

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har enligt sin instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg, (förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys). I detta ingår bland annat att följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter, samt inom sitt verksamhetsområde bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning.

Enligt instruktionen har myndigheten även till uppgift att kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde, i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet. Dessutom ska myndigheten, på regeringens uppdrag, bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ, samt inom sitt verksamhetsområde bedriva omvärldsbevakning och genomföra internationella jämförelser.

4.9.4 Socialstyrelsens roll och uppdrag

Socialstyrelsen är en förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsens ansvar gäller i den utsträckning sådana frågor inte handläggs av någon annan myndighet. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen har också ett brett uppdrag när det gäller kunskapsstyrning. Myndigheten ska bland annat bidra med underlag och analyser av hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten utvecklas samt utveckla och tillhandahålla nationella kunskapsstöd i form av riktlinjer och vägledningar för beslutsfattare och profession. Socialstyrelsen är också statistikansvarig myndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Av Socialstyrelsens instruktion framgår också att myndigheten har ett särskilt ansvar för att samordna stat-

liga insatserna inom socialtjänst och hälso- och sjukvård när det gäller barn och unga samt inför beslut eller andra åtgärder som rör barn analysera konsekvenserna för barn och då ta särskild hänsyn till barns bästa (förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen).

I enlighet med förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst ingår Socialstyrelsen i rådet för styrning med kunskap tillsammans med åtta andra statliga myndigheter. Rådet behandlar strategiskt viktiga frågor och samordnar det statliga arbetet med kunskapsstyrning. Rådets verksamhet ska bidra till att rätt kunskapsunderlag når fram till huvudmän samt profession inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att stärka den nationella kunskapsstyrningen har ett antal myndigheter i rådet för styrning med kunskap ingått partnerskap med kommuner och regioner. Verksamheten ska bidra till en behovsanpassad kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården och ge stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Regeringen har gett Socialstyrelsen flera uppdrag som särskilt ska stödja och följa upp utvecklingen av vård och omsorg för barn och unga. Socialstyrelsen ska bland annat tillsammans med Statens skolverk stödja utvecklingen av tidiga och samordnade insatser till barn och unga som riskerar ogynnsam utveckling. I uppdraget ingår att öka samverkan mellan elevhälsa, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att följa, analysera och stödja överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020 och stödja pilotverksamhet med barnhälsovården, uppdragen pågår även under 2021. Därutöver har Socialstyrelsen uppdrag kopplade till regeringens satsning på psykisk hälsa, bland annat ett uppdrag om barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården inkl. psykiatriska tvångsvården. Socialstyrelsen har också fått ett omfattande regeringsuppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården. I uppdraget ingår bland annat att utreda förutsättningar för insamling av registeruppgifter från primärvården inklusive uppgifter om barn och unga.

4.9.5 Specialpedagogiska skolmyndighetens roll och uppdrag

Specialpedagogiska skolmyndigheten ska enligt sin instruktion verka för att alla barn, elever och vuxenstuderande med funktionsnedsättning får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö (förordningen (2011:130) med instruktion för Specialpedagogiska skolmyndigheten). Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna och de vuxenstuderande. Myndigheten ansvarar vidare för specialpedagogiskt stöd samt för utbildning i specialskolan och i förskoleklass och fritidshem vid en skolenhet med specialskola.

4.9.6 Statens skolinspektions roll och uppdrag

Statens skolinspektion ska genom granskning av huvudmän och verksamheter verka för att alla barn och elever får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna. Inom ramen för detta ska myndigheten främja en stärkt likvärdighet mellan skolor och mellan förskolor. Myndighetens uppdrag är att genom inspektion och tillståndsprövning se till att skolhuvudmän, det vill säga kommunen eller den som driver en fristående skola, sköter sina verksamheter enligt lagar och förordningar. Myndigheten ska enligt sin instruktion samverka med Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Skolforskningsinstitutet i syfte att nå de utbildnings- och funktionshinderspolitiska målen inom skolområdet (förordning (2011:556) med instruktion för Statens skolinspektion).

4.9.7 Statens skolverks roll och uppdrag

Statens skolverk (Skolverket) är förvaltningsmyndighet för verksamheter inom skolväsendet. I Skolverkets uppdrag ingår att främja att alla barn och elever får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Skolverket ska

även bidra till goda förutsättningar för barns utveckling och lärande och till förbättrade kunskapsresultat för elever. Dessutom ska Skolverket följa utvecklingen inom sitt verksamhetsområde, analysera behov åtgärder och genomföra insatser som tillgodoser dessa behov. Skolverket fick 2015 i uppdrag av regeringen att ta fram och genomföra nationella skolutvecklingsprogram. I dag finns nationella skolutvecklingsprogram inom åtta områden och med hjälp av insatserna i programmen kan huvudmän, förskolor och skolor utveckla undervisningen och den pedagogiska verksamheten. Insatserna ska bidra till att skapa förutsättningar för barns utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat för eleverna.

Skolverket är också statistikansvarig myndighet inom sitt verksamhetsområde. Av Skolverkets instruktion framgår även att myndigheten i sin verksamhet ska beakta vad som bedöms vara barnets bästa i enlighet med barnkonventionen (förordning (2015:1047) med instruktion för Statens skolverk).

Inom ramen för Skolverkets uppdrag ingår att stödja utvecklingen av elevhälsan genom fördjupade analyser, kunskapsunderlag och vägledningar. Regeringen har också gett Skolverket i uppdrag att fördela och följa utvecklingen av statsbidrag till personalförstärkningar inom elevhälsan och för specialpedagogiska insatser samt för fortbildning när det gäller sådana insatser. Bidraget ska användas till att anställa eller ge uppdrag till personal inom elevhälsan eller för specialpedagogiska insatser.

Därutöver samverkar Skolverket med andra myndigheter och organisationer för att bidra till bättre förutsättningar för barn och elever. Skolverket har bland annat i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen stödja tidiga och samordnade insatser för barn med skolsvårigheter och annan social problematik. Skolverket har också ett uppdrag att tillsammans med Specialpedagogiska skolmyndigheten genomföra kompetensutvecklings- och implementeringsinsatser avseende en garanti för tidiga stödinsatser i förskoleklassen, grundskolan, specialskolan och sameskolan.

Slutligen är Skolverket en av flera myndigheter som utsetts av regeringen att medverka i utvecklandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ansvarar för och håller samman arbetet.

4.9.8 Ytterligare några myndigheter med särskilda uppdrag kring barn och unga

Barnombudsmannens roll och uppdrag

Barnombudsmannens uppdrag är att företräda barns och ungas rättigheter och intressen utifrån FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen. Myndigheten bevakar hur barnkonventionen efterlevs i samhället och driver på genomförandet i kommuner, landsting/regioner och myndigheter. Myndigheten ska också uppmärksamma brister i tillämpningen av barnkonventionen och föreslå förändringar i lagar och förordningar. Varje år lämnar myndigheten en rapport till regeringen med analyser och rekommendationer till förbättringar för barn och unga (förordning (2007:1021) med instruktion för Barnombudsmannen).

I uppdraget ingår att informera och bilda opinion i angelägna frågor som rör barns och ungas rättigheter och intressen. Vidare har myndigheten regelbunden dialog med barn och unga, särskilt i utsatta situationer, för att få kunskap om deras villkor och vad de tycker i aktuella frågor. Barnombudsmannen har rättsliga befogenheter att begära information och att kalla in kommuner, regioner och myndigheter till överläggning men utövar ingen tillsyn. Barnombudsmannen är skyldig att genast anmäla till socialnämnden om ombudsmannen i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöds roll och uppdrag

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd är en kunskapsmyndighet med ansvar för familjerätt, föräldraskapsstöd och familjerådgivning (förordning (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd). Myndigheten arbetar också för att internationella adoptioner till Sverige ska ske på ett lagligt och etiskt godtagbart sätt. I uppdraget ingår att samla och tillgängliggöra den senaste kunskapen för beslutsfattare och yrkes-

verksamma som arbetar med föräldraskapsstöd, familjerådgivning och familjerätt.[236]

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågors roll och uppdrag

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) är förvaltningsmyndighet för frågor som rör ungdomspolitiken och politiken för det civila samhället. Enligt förordningen (2018:1425) med instruktionen för Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor ska myndigheten bland annat verka för att målen inom ungdomspolitiken och politiken för det civila samhället uppnås. I arbetet ska myndigheten utifrån ungdomars olika förutsättningar och levnadsvillkor bidra till att ungdomar etablerar sig i arbets- och samhällslivet och verka för att ungdomar har meningsfulla och utvecklande fritidsaktiviteter. Myndigheten ska vidare verka för att ungdomsperspektivet integreras i statliga myndigheters verksamhet och stödja utvecklingen av kunskapsbaserad ungdomspolitik i kommuner och landsting och följa upp och analysera ungdomars levnadsvillkor, attityder och värderingar. MUCF är en av myndigheterna som utsetts av regeringen att medverka i utvecklandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har enligt sin instruktion i uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård, samt för metoder och insatser inom socialtjänsten och området funktionshinder (förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering). Utvärderingarna ska spridas så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten ska också systematiskt identifiera och aktivt informera om sådana metoder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om. Myndighetens arbete med att

[236] Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd: www.mfof.se/om-mfof.html (Hämtad 2021-04-12).

styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.

4.10 Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en medlems- och arbetsgivarorganisation där alla Sveriges kommuner och regioner är medlemmar. SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet och fungera som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. SKR ger service och professionell rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda i kommuner och regioner inom alla de frågor som kommuner och regioner är verksamma inom och arbetar för att påverka beslutsfattare såväl nationellt som internationellt. Under 2018 utarbetade SKR en Strategi för hälsa som syftar till att viktiga välfärdsverksamheter, såsom skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård ska styras och samordnas för att främja hälsa och förebygga ohälsa genom att huvudmännen arbetar mot gemensamma mål, oavsett verksamhet. För att genomföra strategin krävs sedan beslut i enlighet med strategin i de politiska ledningarna i respektive kommuner och regioner. Strategin innehåller en rad olika målindikatorer varav flera rör barn och unga, bland annat att färre små barn ska utsättas för tobaksrök i hemmet, färre 3-åriga barn ska ha karies och att fler elever ska känna sig trygga i skolan.

Utöver SKR:s övergripande strategi finns en mängd andra grupperingar som arbetar med frågor som rör barn och unga. Många av dom är dock knutna till socialtjänstutövande. Här återfinns bland annat initiativ om systematisk uppföljning barn och unga och barns brukarmedverkan. SKR har också särskilda initiativ kring barns och ungas psykiska hälsa. Arbetet utgår ifrån de återkommande överenskommelserna inom området mellan regeringen och SKR som beskrivs nedan.

Överenskommelser mellan regeringen och SKR med riktade medel till barn och unga

Överenskommelser mellan regeringen och SKR används inom områden där regeringen och SKR gemensamt identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en utveckling i önskad riktning. Genom överenskommelser ges förutsättningar för att insatser kan ske samordnat på lokal, regional och nationell nivå.

Inom området psykisk hälsa har regeringen och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sedan 2008 ingått överenskommelser om stöd till riktade insatser för att förbättra kommuners och regioners arbete för att minska psykisk ohälsa och främja god psykisk hälsa. 2016 års överenskommelse innebar startskottet för arbetet utifrån den då nya nationella strategin inom området psykisk hälsa. Socialstyrelsens uppföljning av 2016–2018 års överenskommelser mellan staten och dåvarande SKL, visar att överenskommelserna möjliggjort positiva förflyttningar i arbetet med olika frågor inom området psykisk hälsa på lokal och regional nivå. De positiva effekterna var bland annat ökad medvetenhet om problematiken kring psykisk hälsa och ohälsa, stärkta förutsättningar för bättre vård och omsorg och stärkt samverkan mellan kommuner och regioner. Samtidigt identifierades vissa hinder, dels avsaknaden av ett uppföljningssystem, dels svårigheter att avgränsa och följa upp det arbete som gjorts inom ramen för satsningen.

De senaste åren har överenskommelsen inom området psykisk hälsa innehållit en särskild post om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin. Överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention omfattar för 2021 totalt 1 680 miljoner kronor, där den stora merparten av medlen fördelas till kommuner och regioner. Insatserna som avses i överenskommelsen riktar sig till all offentligt finansierad vård och omsorg. 370 miljoner kronor av de fördelade medlen är öronmärkta för regionernas insatser till barn och unga, inklusive barn- och ungdomspsykiatrin. Medlen ska gå till insatser i vårdkedjan som syftar till att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatrin och att stärka första linjens vård vid psykisk ohälsa. Ett syfte med att stärka första linjens vård, är att möjliggöra att köerna till barn- och ungdomspsykiatrin kortas och genom att tidigt möta den psykiska ohälsan bland barn och unga och därmed minska behovet av insatser via barn- och ungdomspsykiatrin. Utöver detta är

150 miljoner kronor öronmärkta till länens arbete med ungdomsmottagningarna för att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga.

Överenskommelsen Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården innehåller också riktade medel till barn och unga. I 2021 års överenskommelse omfattas bland annat särskilda prestationsbaserade medel på 380 miljoner kronor riktade mot att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatrin. Målsättningen för tillgängligheten är, enligt överenskommelsen, 30 dagar för en första bedömning och ytterligare 30 dagar för fördjupade utredningar och behandlingar.

I överenskommelsen mellan regeringen och SKR om God och nära vård 2020 fanns öronmärkta medel för arbete med barn och unga. 114,5 miljoner kronor avsattes då till regionerna för arbete med insatser som syftar till att öka tillgängligheten inom barnhälsovården, med särskilt fokus på att öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har högre risk för sämre hälsa och tandhälsa och grupper med lägre vaccinationstäckning. I överenskommelsen för 2021 utgör barnhälsovård inte ett eget utvecklingsområde. Området utgör emellertid en del av den nära vården och kan därmed omfattas av delar av de utvecklingsområden som handlar om utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården och goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Det innebär att medlen inom ramen för överenskommelsen kan användas för insatser som genomförs i syfte att stödja utvecklingen av barnhälsovården.

SKR som part i arbetet med kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården

Sedan 2018 har Sveriges regioner ett gemensamt system för kunskapsstyrning som är ett gemensamt arbete mellan Sveriges regioner och SKR. Vid SKR finns en nationell stödfunktion för kunskapsstyrningen. Stödfunktionen ska bidra i arbetet med att skapa förutsättningar för enhetlighet, effektiva och långsiktiga lösningar samt att samordna utvecklingsinsatser med andra pågående utvecklingsarbeten. En närmare beskrivning av kunskapsstyrningssystemet i sin helhet lämnas nedan.

4.11 Kunskapsstyrning

4.11.1 Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård

Sveriges regioner har sedan 2018 ett gemensamt system för kunskapsstyrning, som syftar till att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården.[237]

Organisation

Kunskapsstyrning är ett gemensamt arbete mellan Sveriges regioner och arbetsgivar- och intresseorganisationen Sveriges Kommuner och Regioner.

Styrgruppens uppdrag är att verka för att kunskapsstyrningen blir ett stöd för huvudmännen och vårdprofessioner. Styrgruppen består av två representanter från regiondirektörsnätverket, fyra representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket, en representant från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Samtliga sex sjukvårdsregioner ska vara representerade.

Beredningsgruppen stödjer styrgruppen. Beredningsgruppen består av en ordinarie ledamot och en ersättare från respektive sjukvårdsregion samt stödfunktionen vid SKR.

En sjukvårdsregional samordnare finns i varje sjukvårdsregion, för etableringen av kunskapsstyrningsarbetet.

NSK-Regiongrupp är ett nätverk för utbyte av erfarenheter och lärande mellan regioner. Gruppen bidrar till att arbetet på nationell nivå tar in flera olika perspektiv, samt förankrar pågående arbete ut i respektive region.

[237] Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021). (Hämtad 2021-04-09).

Nationella samverkansgrupper (NSG) leder och samordnar regionernas nationella, gemensamma arbete i olika områden med utgångspunkt i befintliga nationellt gemensamma strukturer och arbeten.

Nationella programområden (NPO) leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Ett NPO består av experter med bred kompetens inom fältet och representation från samtliga sjukvårdsregioner. Det finns 26 nationella programområden och ett nationellt primärvårdsråd. Några av deras uppgifter är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält, följa upp och analysera, göra behovsanalyser, arbeta med kunskapsstöd av olika slag och bidra i arbetet med kvalitetsregister.

För barn och unga finns NPO barns och ungdomars hälsa. Deras strategi är att samarbeta brett och prioritera egna insatser som är specifika för barn och unga, samt att ständigt bevaka barnperspektivet.

Nationella arbetsgrupper (NAG), tillsätts av NPO och NSG, för att arbeta med olika områden och specifika frågor. NAG bistår NPO i att utföra uppdraget. I de nationella arbetsgrupperna finns respektive sjukvårdsregion representerad av experter inom primär- och specialistvård. Jämn könsfördelning ska eftersträvas och grupperna ska ha en multiprofessionell sammansättning med representation från både primärvård och specialistvård. Även representanter för kvalitetsregister och vårdprogram, patientföreträdare och eventuell kommunrepresentant ska finnas med. NPO barn och ungdomars hälsa har hittills tillsatt tre NAG, NAG barnhälsovård, NAG behandling av fetma hos barn och ungdomar och NAG migrän.

Regionala programområden ska initiera frågor för den nationella samverkan, anpassa och omsätta den kunskap som tas fram nationellt, och säkra att den når hela vägen ut till patientmötet. Några av deras uppgifter är att bidra till det nationella programområdets behovsanalys och omvärldsbevakning, skapa regionala tillämpningar av nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd, stödja spridning och implementering av bästa möjliga tillgängliga kunskap.

Nationell stödfunktion finns vid SKR. Några av stödfunktionens uppdrag är att bidra till ett likartat arbetssätt inom strukturen, stödja samverkansgrupperna och beredningsgruppen, skapa mötesplatser och tillhandhålla plattform för informationsspridning.

Partnerskap med myndigheter har etablerats med syfte att skapa förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap används och kom-

mer till nytta för vårdens medarbetare och för patienter. Utifrån myndigheternas och regionernas uppdrag säkerställs också ett effektivt samarbete och en tydlighet i vem som gör vad.

I partnerskapet ingår styrgruppen och myndigheter i Rådet för styrning med kunskap (rådet). Rådet består av nio myndigheter varav sex är aktiva i partnerskapet. Dessa är eHälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Samverkan leds och samordnas av en nationell strategisk styrgrupp och en taktisk samordningsgrupp.

Patient- och närståendemedverkan är rutin i kunskapsstyrningssystemet. Syftet är att tillvarata patienters, brukares och närståendes erfarenheter och kunskap för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården.[238]

4.11.2 Professionsorganisationer

Det finns i dag en mängd olika intresseorganisationer som företräder yrkesgrupper som bidrar till att utveckla en bättre hälso- och sjukvård för barn och unga. Organisationerna arbetar för att främja professionens utveckling, verka för kunskapsutveckling, forskning, utbildning, etik och kvalitet. Detta görs till exempel genom att initiera och delta i samhällsdebatten, sprida kunskap, utarbeta riktlinjer och policydokument, ha kontakt med beslutsfattare, ingå i statliga utredningar, besvara remisser och samarbeta med myndigheter och andra organisationer.

Professionsorganisationerna arbetar i olika hög grad med att ta fram kunskapsstöd. Tidigare nämnda Rikshandbok för barnhälsovård och rapport med vägledning om mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa, är tydliga exempel på kunskapsstöd som har initierats och arbetats fram av professionerna. Ett annat exempel är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, där Barnmorskeförbundet, Dietisternas Riksförbund, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund, Svensk Sjuksköterskeföre-

[238] Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021). (Hämtad 2021-04-09).

ning, Svenska Läkarsällskapet och Sveriges Psykologförbund har medverkat i framtagandet. Svenska Läkarsällskapets Kraftsamling för ungas psykiska hälsa är ytterligare ett exempel på underlag som tagits fram av professionsföreträdare.

4.12 Civila samhället

Det civila samhället spelar en viktig roll i den demokratiska processen genom att kanalisera medborgarnas synpunkter och intressen i den politiska processen. Det civila samhället utgörs av människor, grupper och organisationer som agerar tillsammans för gemensamma intressen. Organisationerna har ofta ideella syften och vill bidra till samhällsutvecklingen, lösa utmaningar eller svara mot ett behov i samhället. Inom det civila samhället verkar bland annat ideella föreningar, stiftelser och registrerade trossamfund, men även nätverk, upprop och andra aktörer.[239] Dessa aktörer tillhandahåller tillsammans en stor bredd av olika tjänster. Utredningen vill betona civila samhällets oberoende roll, organisationer och föreningar är självständiga aktörer och har inget formellt ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster eller andra insatser för människors hälsa. Civilsamhället kan utgöra ett komplement och stöd till hälso- och sjukvården även om det alltid är hälso- och sjukvården som bär det fulla ansvaret för insatser till barn och unga.

Det civila samhället spelar en stor roll för barns och ungas välbefinnande. Ideella organisationer, föreningslivet, idrottsrörelsen och patientföreningar är alla aktörer som hjälper och stöttar många barn och unga på deras egna villkor. Patient- och brukarföreningarnas roll har genom åren blivit allt starkare och är i dag en självklar och avgörande del av hälso- och sjukvårdens utveckling.[240]

4.13 Några pågående nationella utvecklingsarbeten

Det pågår många olika projekt runt om i landet med syfte att utveckla en mer sammanhållen vård för barn och unga. Utredningen har ingen ambition att redogöra för alla dessa projekt men vill ändå nämna några som har särskild relevans för utredningens betänkande.

[239] Prop. 2009/10:55: *En politik för det civila samhället* (s. 1).
[240] SOU 2021:6 *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (s. 128).

4.13.1 Tidiga samordnade insatser – TSI

Tidiga samordnade insatser – TSI är nationell satsning som Socialstyrelsen och Skolverket arbetar med gemensamt.

Tidiga samordnade insatser betyder att personal från skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetar tillsammans. Syftet att skapa en helhet kring insatser för barn och unga som är i behov av stöd från flera aktörer. Det ställer krav på att aktörer utvecklar kunskap och kompetens om långsiktig samverkan och samordning. TSI är inte en viss metod, utan bygger på att verksamheterna har en gemensam struktur. På så vis ska alla barn och unga få stöd tidigt i en ogynnsam utveckling.

En viktig del i satsningen är att Socialstyrelsen och Skolverket stödjer lokala utvecklingsarbeten. Syftet är att identifiera hinder och framgångsfaktorer för TSI och att sprida kunskap som kan vara till nytta för alla. Cirka 90 kommuner och 16 regioner ingår i den nationella satsningen.[241]

Folkhälsomyndigheten har haft ett delvis överlappande uppdrag i att följa och utvärdera projekt i tio kommuner och anslutande regioner som tagit fram och infört ett arbetssätt där skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkade på skolan för barns och ungas psykiska hälsa.[242]

4.13.2 Barn som anhöriga

Barn som anhöriga är ett nationellt utvecklingsarbete av stöd till barn och unga i familjer där föräldrar eller annan vuxen i barnets direkta närhet har missbruksproblem, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller som oväntat avlider.[243]

Socialstyrelsen, Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka), Folkhälsomyndigheten, Skolverket och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samarbetar för att utveckla stöd för arbete med barn

[241] Socialstyrelsen (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)* (Hämtad 2021-04-09) och Skolverket (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI).* (Hämtad 2021-04-09).
[242] Folkhälsomyndigheten (2021): *En skolbaserad samverkansmodell för första linjen med syfte att förebygga barns och ungas psykiska ohälsa i Sverige. Utvärdering av ett pilotprojekt initierat av Sveriges Kommuner och Regioner.*
[243] Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga*. (Hämtad 2021-04-09).

som anhöriga. Organisationerna har var för sig och gemensamt tagit fram och sammanställt stöd för arbete med barn som anhöriga.[244]

Späda barns rätt till hälsa och utveckling

Inom ramen för Barn som anhöriga, har Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Nationellt kompetenscentrum anhörig och Linnéuniversitetet särskilt lyft späda barns rätt till hälsa och utveckling, bland annat genom nationella konferenser, som benämnts Värna våra yngsta – spädbarns rätt till hälsa och utveckling. Syftet är sätta fokus på de yngsta barnens och deras vårdnadshavares behov genom att redovisa forskning, kartläggningar och erfarenheter, såväl nationella som internationella. Samarbetet syftar till att öka kunskapen om de yngsta barnens psykiska hälsa och utveckling, om riktat föräldraskapsstöd och om insatser i övrigt för barn och familjer när det finns behov av utökat stöd.[245]

De nordiska länderna har genom Nordiska rådet ett pågående utvecklingsarbete, De första 1 000 dagarna i de nordiska länderna, där Folkhälsomyndigheten är Sveriges samordnare.[246]

[244] Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Publikationer barn som anhöriga* (Hämtad 2021-04-09), Socialstyrelsen (2021): *Stöd till barn som är anhöriga,* (Hämtad 2021-04-09), Folkhälsomyndigheten (2021), *Barn och unga* (Hämtad 2021-04-09), Skolverket (2021): *Elever som har det svårt hemma* och (Hämtad 2021-04-09), SKR (2021): *Metoder och verktyg vid samtal med barn inom socialtjänsten*. (Hämtad 2021-04-09).
[245] Socialstyrelsen (2021): *Stöd till barn som är anhöriga* och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga* (Hämtad 2021-04-09).
[246] Folkhälsomyndigheten (2021): *De första 1000 dagarna i de nordiska länderna* (Hämtad 2021-04-09) och Danielsdottir, S. och Ingudottir, J. (2020): *The First 1 000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis.*

5 Problembild

Utredningen redogör inledningsvis för en övergripande bild av systembrister i hälso- och sjukvård för barn och unga. Därefter följer en problembeskrivning och analys av barn- och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatrin. Utredningen har inte gjort några egna kartläggningar av systembrister utan baserar problembilden i hög grad på ett flertal föreliggande statliga utredningar inom området, rapporter från olika myndigheter och Sveriges Kommuner och Regioner, forskning och dialog med företrädare för berörda vårdverksamheter, professionen och barn och unga. I enlighet med utredningens direktiv lyfts området psykisk hälsa särskilt fram i problembilden.

5.1 Ökande barnpopulation, ökad psykisk ohälsa och nya överlevare

Demografiska diskussioner i Sverige och vården har nästan uteslutande fokuserat på en allt ökande andel äldre i befolkningen. De senaste 10 åren har dock barnpopulationen ökat med cirka 10 procent och i prognoser fram till 2035, kommer den fortsatt att öka.[1] Enligt internationella data beräknas medellivslängden för barn som föds i dag bli 110 år, vilket gör att insatserna under barndomen som har bäring på hälsan under hela livet, får en än större betydelse och påverkan på samhället.[2] Barns och ungas hälsa, liksom hela befolkningens, är överlag god, levnadsvillkoren har förbättrats och de allra flesta upplever välbefinnande. Däremot har det under de senaste 20 åren skett en ökning av psykisk ohälsa hos barn och unga, en

[1] Statistikdatabasen (scb.se) (2021): *Folkmängd 0–19 år riket jämförelse år 2000 och år 2020 samt befolkningsprognos* och Sveriges officiella statistik (2020): *Statistiska meddelanden BM 18 SM 2001 Sveriges framtida befolkning 2020–2070* (s. 8–11).
[2] UNHCR (2019): *Rapport baserad på FN:s World Population Prospect 2019.*

trend som skiljer sig från vuxna.[3] Varannan flicka och var tredje pojke upplever återkommande psykosomatiska symtom kopplade till stress, till exempel huvudvärk, trötthet, sömnproblem och magsmärtor.[4] Dessa symtom kan ibland vara ett uttryck för djupare problem och tidiga signaler på utveckling av psykiatrisk sjukdom. Flera studier visar på samband mellan tidiga psykiska besvär och senare ökad risk för psykiatrisk sjuklighet och suicid. Det finns också en tydlig trend att barn och unga i högre utsträckning får psykiatriska diagnoser i dag jämfört med för 10 år sedan.[5] Depression, ångest och neuropsykiatriska diagnoser står för huvuddelen av dessa tillstånd.[6] Barn och unga med depression och ångest riskerar i högre grad långvariga behov av behandling och kontakt med vården, sämre möjligheter att fullfölja sina studier samt högre risk för framtida suicid. Den kraftfulla ökningen av diagnoser inom neuropsykiatriska fältet tenderar i dag på vissa håll i landet att skapa köer och undanträngningseffekter.[7] Läkemedelsbehandling till barn och unga med psykiatriska tillstånd har också ökat kraftigt, vilket troligtvis är en effekt av den ökande diagnostiseringen.[8] Orsaker till detta kan vara att klinisk praxis har ändrats, stigmatiseringen har minskat för att söka vård, särskilt för psykisk ohälsa, och en alltmer utbyggd hälso- och sjukvård med fokus på diagnostik och behandling. Den ökade förekomsten av psykiska besvär kan också kopplas till oro för familjens ekonomi, ökad stress i skolan och på arbetsmarknaden.[9] Jakten på en diagnos för att få rätt hjälp och stöd för sitt barn är en nutida företeelse som utredningen erfar kan drivas på både av vårdnadshavare, vården och skolan och som inte alltid är fullt ändamålsenlig. Det debatteras ibland om ökningen av psykisk ohälsa hos barn och unga är överdriven och vår tids trend och att det egentligen handlar om livets naturliga inslag av lidande och smärta som inte ska betraktas som sjuklighet.[10] Till detta hör också vittnesmål och rappor-

[3] SOU 2018:90 *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*
[4] Folkhälsomyndigheten (2018): *Skolbarns hälsovanor.*
[5] Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019.*
[6] Socialstyrelsen (2017): *Utvecklingen av psykisk ohälsa. Till och med 2016.*
[7] Västra Götalandsregionen (2017): *Regional utvecklingsplan för BUP 2017–2020.*
[8] Socialstyrelsen (2018): Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018.
[9] Hagquist, C. (2020): *Final Scientific Report. Research programme 2013–2020. The impacts of changed living conditions on child and adolescent mental health. Karlstad University.*
[10] Rück, C. (2020): *Olyckliga i paradiset* och Mind (2018): *Unga mår allt sämre – eller?*

ter om medikalisering och överdiagnostik.[11] Detta står i kontrast till, men behöver inte alls motsäga, alla vittnesmål och rapporter om barn och unga som mår dåligt och inte får rätt hjälp och stöd i dag. Båda dessa problem finns sannolikt samtidigt.

För många decennier sedan var undernäring, graviditets- och förlossningskomplikationer, olycksfall och smittsamma sjukdomar vanliga orsaker till sjukdom och död i barndomen. Detta har förändrats genom bättre levnadsstandard, vaccinationsprogram, förebyggande arbete, medicinteknisk utveckling och en mer tillgänglig hälso- och sjukvård. Det som nu sker är en annan utveckling av vårdbehoven.[12]

Antalet barn som överlever svåra sjukdomar har ökat avsevärt tack vare till exempel hjärtkirurgi, avancerad nyföddhetsvård, nya behandlingar för cancer och andra svåra sjukdomstillstånd. Dock medföljer ofta ett långvarigt behov av behandling, stöd och uppföljning, inte bara i vården utan även i skola och vardag. Ett exempel på hur vården försöker hantera detta är det svenska neonatala uppföljningsprogrammet, som strukturerat och med helhetssyn på barnet och dess familj följer svårt sjuka nyfödda efter avslutad intensivvård ända upp till skolåldern.[13]

I en bred studie baserad på vårddataregister och besöksorsaker i all hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen 2018, visade det sig att cirka 20 procent av barn och unga hade en eller flera kroniska tillstånd och många vårdkontakter.[14] Myndighetsrapporter och internationella data pekar på ungefär samma prevalens.[15] Trenden är ökande, framför allt när det gäller psykiatriska diagnoser. En femtedel av dessa barn och unga beräknas ha tre eller flera kroniska diagnoser samtidigt. Samsjuklighet är vanligt hos barn och unga med kroniska medicinska och psykiatriska tillstånd. Beräkningar i Västra Götalandsregionen visar att 20 procent av barn och unga efterfrågar 80 procent av den specialiserade vårdens resurser, ungefär på samma sätt som för vuxna. Det rör sig alltså om en stor mängd barn och unga med långvariga och stora behov av vård och omsorg. Individerna i denna grupp varierar över tid, det vill säga många har under

[11] Socialstyrelsen (2019): *Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn.*
[12] Blair M, et al. (2013): *Barnhälsovetenskap.*
[13] Svenska neonatalföreningen, (2015): *Nationella riktlinjer för uppföljning av neonatala riskbarn.*
[14] Almgren, P. (2020): Många barn har långvariga och stora behov av hälso- och sjukvård.
[15] Myndigheten för vårdanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.* Rapport 2014:2.

en period större behov men inte nödvändigtvis under hela uppväxten. Dagens hälso- och sjukvård är uppbyggd efter diagnosområden men en enskild profession, ett team eller ens en hel verksamhet kan sällan fullt ut möta dessa familjers behov av vård och stöd.[16]

5.2 Samhällstrender, skola, arbetsmarknad och utsatta grupper barn och unga

Samhället förändras i snabb takt och en del av dessa trender påverkar barn och unga mer påtagligt. Den pågående pandemin är ett tydligt exempel på direkta och indirekta effekter på barn och unga, som kommer att påverka hälsa, utveckling och uppväxtvillkor för många under lång tid framåt. Även om pandemin inte primärt drabbar barn och unga genom egen sjuklighet, har barn och unga på flera sätt påverkats av de samhällsförändringar som följt. I Sverige har många barn och unga fått en förstärkt utsatthet i hemmet och en försämring av den psykiska hälsan under krisen och det är tydligt att pandemin slår hårdast mot barn och unga som redan innan krisen befann sig i en utsatt situation eller hade psykisk ohälsa.[17] Trots en bättre generell välfärd ökar samhällsklyftorna och många barn och unga växer upp i socioekonomiskt utsatta områden. Dessa barn och unga riskerar sämre hälsa, svårigheter i skolan och att nå ut på arbetsmarknaden.[18] Exempel på barn och unga i utsatthet är de som växer upp i områden där närstående har låg tilltro till samhället och vården, far illa till följd av våld i nära relationer, sviktande omsorg eller föräldrar med psykiatrisk sjukdom. För barn och unga i utsatthet är det allmänna hälsoutfallet sämre och vården misslyckas ofta med att möta deras familjers behov av riktat och ändamålsenligt stöd.[19] I utredningens dialogmöten har vikten av ändamålsenliga insatser när det gäller placerade barn och unga särskilt poängterats. Berörda myndigheters tillsyn visar att dessa barn och unga är en särskilt eftersatt målgrupp.[20]

---

[16] Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.*
[17] Bris (2021): *Första året med pandemin – om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020.*
[18] Folkhälsomyndigheten (2019): *Ojämlikheter i psykisk hälsa – Kunskapssammanställning* och Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020.*
[19] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) *om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende.*
[20] SKR (2020): *Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn.*

Skolan uppfattas som stressande av barn och unga i alla samhällsskikt och cirka 17 procent av alla barn och unga uppnår inte behörighet till gymnasieskolan. Det är stor spridning med kraftigt ökad andel utan behörighet hos utlandsfödda eller där vårdnadshavare inte har eftergymnasial utbildning.[21] Det föreligger också stor variation mellan olika skolor. Fullföljda studier är en stark hälsoindikator.[22] Under de senaste decennierna har ungdomars situation på arbetsmarknaden förändrats. Ungdomars etableringsålder har ökat, arbetslösheten är högre och arbetsmarknaden är mer instabil. Det är inte ovanligt att ungas anställningar är kortvariga och tillfälliga. Dessutom har kraven på utbildning ökat. Unga har därmed svårare att ta sig in på arbetsmarknaden i dag, jämför med till exempel före den ekonomiska krisen på 1990-talet. Unga som varken arbetar eller studerar är en grupp som har särskilt stora svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden.[23]

Ungdomsbrottsligheten har gått ner de senaste tio åren men det är inte ovanligt att unga begår brott.[24] Det är dock mycket få som fortsätter in i vuxen ålder och det finns kända risk- och skyddsfaktorer för en sådan utveckling. Ökad risk finns hos de individer som har svagt stöd hemma eller om våld och bestraffning förekommer i hemmet. Misslyckande i skolan och umgänge med andra unga som begår brott är andra riskfaktorer, liksom den egna sårbarheten i form av nedsatt impulskontroll, aggressivitet eller svårigheter i socialt samspel.[25] Narkotikarelaterad brottslighet är en av de vanligaste brottstyperna bland ungdomar och eget missbruk är en känd riskfaktor för att tidigt utveckla kriminalitet. Samhällets förebyggande insatser inom skola, vård- och omsorg och föräldrars roller och stöd är centrala faktorer i det brottsförebyggande arbetet. Inte minst för att förhindra tidig rekrytering av barn och unga in i kriminella gäng, en ökande trend i vissa regioner.

Olika globala trender som ökad digitalisering och den explosionsartade utvecklingen av sociala medier debatteras utifrån både positiv och negativ inverkan på barns och ungas hälsa.[26] Fysisk inaktivitet utgör ett stort hot mot folkhälsan och barn och unga rör

[21] Skolverket (2020): *Andelen med behörighet till gymnasiet.*
[22] SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa* (s. 99).
[23] SOU 2013:74 *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan.*
[24] Brottsförebyggande rådet (2019): *Unga misstänkta för brott.*
[25] Brottsförebyggande rådet (2009): *Orsaker till brott bland unga och metoder att motverka kriminell utveckling – En kunskapsinventering.*
[26] Statens Medieråd (2020): *Unga medier och psykisk ohälsa.*

sig allt mindre.[27] Sverige är ett av världens mest individualiserade länder vilket innebär att stöd från familjemedlemmar såsom mor- och farföräldrar tenderar att vara svagt. Ungas framtidstro rubbas av pågående hot mot demokratiska värden i både Sverige och världen samt av den accelererande klimatkrisen.

5.3 Reaktiv och sjukhustung vård med otillräckligt utbyggd primärvård

I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) från den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården drogs slutsatsen att strukturen i hälso- och sjukvården i Sverige är för akut- och sjukhustung. I Sverige är primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader 17–18 procent, vilket är betydligt lägre än i jämförbara länder, där motsvarande andel genomgående är 20–30 procent. Förutsättningarna varierar över landet, men primärvården har inte sällan problem med rekrytering och hög andel hyrläkare, vilket riskerar att medföra sämre kontinuitet, kvalitet och tillgänglighet.[28] Primärvården har som en följd av detta på många ställen begränsade möjligheter att fullt ut ta behandlings- och samordningsansvar för vanligt förekommande vårdbehov, till exempel kroniska sjukdomar:

> […] Primärvården i Sverige är alltför svag med en alltför begränsad funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst. Resultatet av detta är väsentligen väl känt: ett på många olika sätt fragmenterat system för vård och omsorg. Enskilda insatser fungerar bra för sig och levereras ofta med hög kvalitet men när det kommer till informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring individens vård och omsorg finns stora brister. Detta blir i sin tur ett stort problem för vårdens (och omsorgens) effektivitet eftersom det i synnerhet är informationsutbyte, samordning och kontinuitet som behövs för de som konsumerar den absoluta merparten av all vård och omsorg. Det handlar ofta om äldre med omfattande behov men kan också vara till exempel yngre med kroniska sjukdomar. […][29]

[27] Folkhälsomyndigheten (2019): *Barns och ungas rörelsemönster*.
[28] Myndigheten för vårdanalys (2018): *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård* och IVO (2020): *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019.*
[29] SOU 2016:2 *Effektiv vård* (s. 239).

Primärvården har alltså inte alltid resurser att i tillräcklig utsträckning ta ansvar för patienter med stora vårdbehov. I internationella jämförelser har Sveriges hälso- och sjukvård goda medicinska resultat men förhållandevis låga betyg gällande tillgänglighet, patientdelaktighet och kontinuitet. Detta skapar ineffektivitet och kan medföra onödig ohälsa och sjukdom eftersom förebyggande och behandlande insatser som kunde getts tidigt och ändamålsenligt i primärvården uteblir. I stället skapas onödig ohälsa och sjukdom som hanteras på akutmottagningar och i sluten vård. Även bristande förtroende för primärvården kan få som konsekvens att många söker sig till akutmottagningar och specialiserad vård med besvär som mer ändamålsenligt och effektivt kunnat avhjälpas i primärvården.

Som nämnts föreligger alltjämt stundtals svårigheter att möta behoven hos sköra grupper med kroniska och stora behov. Detta gäller även barn och unga.[30] För patienter med stora vårdbehov saknas ibland en funktion med samordningsansvar, som kan vara länk till socialtjänst och kommunal vård och omsorg. Rollen som fast vårdkontakt, med uppgift att koordinera och hålla ihop vården riskerar att utebli och patienten själv eller anhöriga tvingas i stället ta ansvar för att koordinera vårdinsatserna. Tidigare hade primärvården ett tydligt områdesansvar som innefattade ett ansvar för befolkningens hälsa. Införande av vårdvalssystem har påverkat denna roll, vilket riskerar att drabba samverkan med andra aktörer i lokalsamhället, till exempel skolan, där det fria skolvalet gör förutsättningarna än svårare. Bland annat varierar möjligheterna till tvärprofessionella och psykosociala insatser i primärvården för patienter med psykiska vårdbehov.[31]

Det omfattande arbetet med omställningen har lett till vissa förbättringar när det gäller utbyggnad och utveckling av den nära vården och det finns en positiv trend. Till exempel har förtroendet för primärvården och vården i stort ökat de senaste åren.[32] Arbetet med patientkontrakt har satt fokus på de grupper i samhället som har behov av samordning av vårdinsatser. Socialstyrelsen menar i sin senaste utvärdering av omställningen att arbetet i riktning mot en mer nära vård med fokus på primärvården pågår i samtliga regioner.

---

[30] Socialstyrelsen (2012): *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*.
[31] SOU 2021:6 *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*.
[32] SKR (2020): *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 – befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

Såväl regioner som kommuner uttrycker att en mer nära vård är nödvändig för att hantera framtida demografiska och ekonomiska utmaningar för hälso- och sjukvården. Myndigheten menar vidare att de flesta strategier, målbilder eller handlingsplaner innehåller förebyggande eller hälsofrämjande insatser som ett uttalat fokusområde.[33]

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riskerar ändå ofta att komma till korta även om mödrahälsovård och barnhälsovård är exempel på motsatsen. I utredningens dialoger med företrädare för primärvård, upplevs ett tydligt glapp när barnet lämnar barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser tar över hälsouppföljningen. Först i vuxen ålder återknyts kontakten med patienterna och primärvården har då missat väsentliga delar av hälsoutvecklingen under barn- och ungdomsåren. Det systematiska hälsofrämjande och förebyggande arbetet i primärvården liksom i all hälso- och sjukvård är överlag nedprioriterat till förmån för de akuta vårdbehoven.

Bilden för barn och unga skiljer sig inte på ett avgörande sätt från den som gäller för vuxna, speciellt inte från skolåldern och uppåt. Primärvården har inte sällan svårigheter att axla huvudrollen för patienter med kroniska sjukdomar. Det gäller inte minst barn och unga med psykisk ohälsa av skiftande svårighetsgrad där barn- och ungdomspsykiatrin, såväl historiskt sett som i dag, har behandlingsansvar för många vanligt förekommande kroniska vårdbehov. Barn- och ungdomsmedicin, såväl avseende den planerade som den akuta vården, är generös med att ta emot och ge vårdinsatser när primärvården inte har förutsättningar att göra det. Även om primärvården utför fler barnbesök än den specialiserade vården, har den alltså alltjämt svårt att fullt ut ta rollen som första linjens vård för barn och unga. På så sätt riskerar även barns och ungas hälso- och sjukvård att bli specialistfokuserad. Det finns inom flera regioner i Sverige, till exempel region Uppsala, Västra Götalandsregionen och region Stockholm, en förhållandevis väl utvecklad specialiserad öppenvård inklusive olika konsultationsmodeller som kan tjäna som goda exempel på en omställning till god och nära vård. Utredningen har inte haft möjlighet att i detalj kartlägga hur utbyggnaden och uppdragen varierar mellan de regionerna.

[33] Socialstyrelsen (2020): *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

5.4 Ojämlikt vård- och omsorgsutbud

Utbudet av vård, stöd och insatser är ojämlikt i landet, både inom och mellan regioner och kommuner och andra huvudmän. Faktorer som spelar in är bland annat kompetenstillgång, lokala strukturer, styrning och ledning, ekonomiska förutsättningar och demografi. Utöver detta finns också skillnader i hur verksamheten och professionerna som möter patienten tolkar sitt uppdrag och ansvar och kvaliteten i vårdmötet med patienten. Som ett resultat av ovanstående uppstår skillnader avseende kvalitet i själva mötet med patienten. Ett vittnesmål om detta är det stora antalet barn och unga som i utredningens samarbete med Bris (bilaga 2) och i Bris egen statistik uttrycker sin frustration och besvikelse över att inte blivit hjälpta trots många vård- och behandlingsinsatser. Målsättningen i hälso- och sjukvårdslagen, att vård ska ges på lika villkor efter behov med hänsyn taget till lagstadgade diskrimeringsgrunder samt var man bor i landet, är en utmaning.[34] Samtidigt är det oetiskt att barn och unga som inte följer förväntad hälsoutveckling, har olika förutsättningar att uppmärksammas och erbjudas förebyggande och behandlande insatser beroende på var man bor eller vilken inkomst- och utbildningsnivå deras vårdnadshavare har. Demografiska faktorer påverkar genom att det är längre till vården och svårare att rekrytera specialistkompetenser på landsbygden jämfört med i storstaden medan det på landsbygden ofta finns en starkare samverkan och något som skulle kunna liknas vid det som tidigare kallades ett områdesansvar.

I utredningens verksamhetsdialoger blir det tydligt hur olika förutsättningarna ser ut i landet och hur vårderbjudandet och verksamheternas innehåll varierar stort. Det gäller både primärvård, och specialiserad vård samt elevhälsans medicinska insatser. Det åskådliggörs också i den stora variation som redovisas när det gäller de nationellt utbyggda första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska ohälsa.[35] Även för de yngsta barnen i åldrarna 0–5 år finns stora skillnader över landet när det gäller tillgång till späd- och småbarnsverksamheter.[36]

[34] Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag, m.m., (s. 112 f.).
[35] Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *Psykiatrin i siffror Barn- och ungdomspsykiatri – kartläggning 2019.*
[36] Furmark, C. och Neander, K. (2018): *Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning.*

I kommunal omsorg och särskilt i skola och elevhälsa ser vi stora variationer i utbudet, beroende på storlek och ekonomi. Vilka kompetenser som anställs i elevhälsan och i vilken omfattning beror på skolpeng och elevunderlag. För ett barn kan detta vara avgörande för att få rätt stöd och hjälp, hälsoutvecklingen och möjligheterna att lyckas i skolan. Se vidare under den fördjupade problembeskrivningen om elevhälsan.

5.5 Fragmentiserad hälso- och sjukvård med oklara uppdrag, ansvar och roller

Ett genomgående problem är den alltmer fragmentiserade hälso- och sjukvården. Det splittrade vårdlandskapet har varit i fokus för en mängd statliga utredningar och inte minst har problematiken utvecklats av utredningen samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01). Fragmentiseringen är extra tydlig när det gäller barn- och ungdomshälsovården där flera huvudmän och vårdverksamheter styrs av olika lagrum, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Detta utvecklas ytterligare i problembeskrivningen och analysen av barn- och ungdomshälsovården och i utredningens olika förslag som rör en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Den ökade privatiseringen och mångfalden av aktörer i vården, tillsammans med det fria vård- och skolvalet, har bidragit till fragmentiseringen och i det här sammanhanget påtagligt försämrade möjligheter att utöva lokalt befolknings- och områdesansvar. Barn och unga rör sig under uppväxten genom olika utvecklingsstadier från tillblivande till vuxen ålder med olika behov, hälsoproblem och sjukdomsuttryck. Under denna period ansvarar olika aktörer för barns och ungas hälso- och sjukvård, inte minst den centrala skolarenan som står för elevhälsa och dess medicinska insatser och olika verksamheter inom primärvården för barn och unga under uppväxttiden.

Unga rapporterar att det är svårt att veta när man ska söka hjälp och vart man ska vända sig, framför allt vid psykisk ohälsa.[37] Samma bild lämnar utredningens egen fokusgrupp och patient- och föräldraföreträdare i dialoger med patientföreningar och civilsamhällets aktörer. Brister i vårdkedjor för barn och unga till följd av en frag-

[37] Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (2018): *Ungas beställning till samhället* (S2018/04669/FS).

mentiserad hälso- och sjukvård är ett centralt problem som beskrivs i många rapporter och i våra dialoger. Detta riskerar leda till att man inte söker hjälp enligt utredningens expertgrupp unga med erfarenhet av psykisk ohälsa. Det kan också leda till att upptäckt, utredning, insatser och uppföljning brister, vilket kan drabba barns eller ungas hälsa och därmed belasta hela familjen.

För barn och unga och familjer med behov av ökade insatser, där fler professioner och verksamheter är berörda, blir det ofta otydligt vem som har det samordnade ansvaret och var de kan få hjälp. Det uppstår glapp i olika överlämningar eller mellan verksamheterna vilket kan leda till att barn och unga faller mellan stolarna. Det gäller till exempel barn och unga med insatser från barnhälsovård, vårdcentralen, BUP eller annan specialiserad vård, ungdomsmottagningar, elevhälsans medicinska insatser, socialtjänsten och folktandvården.[38] Primärvården och elevhälsans medicinska insatser har mycket centrala uppdrag för barn och unga men samverkan mellan dessa verksamheter brister och de saknar i dag förutsättningar för att utveckla det starka partnerskap de borde ha kring förebyggande arbete, att uppmärksamma tidiga symptom och vanligt förekommande psykisk ohälsa. Samverkan brister dock mellan alla aktörer när det gäller vården av psykisk ohälsa och ansvarsfördelningen är otydlig.[39]

Förutsättningarna för att bedriva olika verksamheter inom vård och omsorg varierar också mellan regioner och kommuner. Verksamhetsföreträdare och chefer lyfter otydliga ansvarsförhållanden och uppdrag som ett av de allra mest frekventa och största problemen. Utredningen erfar att företrädare för verksamheterna ofta efterfrågar skärpt och förtydligat ansvar, liksom tydliga uppdrag. Ansvaret för att förtydliga verksamheternas uppdrag vilar i första hand på huvudmännen. Ansvarsfördelningar och gränssnitt tas också fram lokalt, men inte alltid utifrån ett patient- och helhetsperspektiv. I de fall de inte är framtagna i konsensus mellan berörda verksamheter, är de inte heller till gagn för barn och unga, som riskerar att hamna i vårdens mellanrum.

[38] Socialstyrelsen (2011): *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?*, IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan* och Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården, slutrapport 2019.*

[39] IVO (2015): *Elevhälsan – Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län.*

5.5.1 Glapp i övergången till hälso- och sjukvård för vuxna

Ett mycket vanligt och ofta beskrivet fenomen är brister i övergången från hälso- och sjukvård för barn och unga till hälso- och sjukvård för vuxna. Problemen rör huvudsakligen barn och unga med funktionsnedsättning, psykiatriska tillstånd och andra kroniska sjukdomar och uppstår i övergångar mellan den specialiserade vården, till exempel barn- och ungdomsmedicin, psykiatri eller habilitering och vuxensjukvård eller primärvård.[40] Det kan gälla vilken kontinuerlig vårdkontakt som helst som tvingas brytas när den unge fyller 18 år. Bristerna handlar om delaktighet och stöd samt information och trygga överlämningar. Dessutom saknas ofta rätt resurser och kompetens i hälso- och sjukvården för vuxna, särskilt i primärvården, om den unga personen haft insatser i den specialiserade vården fram till 18-årsdagen. Ser man till den ökande andelen nya överlevare har hälso- och sjukvården för vuxna alltjämt helt nya och okända patientgrupper att möta. I dialoger med utredningens unga expertgrupp kring psykisk ohälsa lyfts särskilt ungdomsmottagningar som goda förebilder i det hänseendet att de kan fortsätta kontakten in i det unga vuxenlivet. På många andra håll i landet finns olika unga vuxna-verksamheter som komplement till övriga vården, till exempel inom området psykisk hälsa och inom cancervården.

5.6 Koordinering och samordning av vård brister

Ett centralt och växande problem i den moderna hälso- och sjukvården, både hos vuxna och barn och unga, är bristen på koordinering och samordning av vård och stödinsatser. Detta är beskrivet och utvecklat både i statliga utredningar och en mängd rapporter.[41] I en alltmer fragmentiserad och specialiserad mångfald av vårdutbud kommer verksamheterna längre ifrån varandra vilket försvårar god kommunikation mellan de olika delarna i systemet. För barn och unga och deras familjer är bristande koordination och samordning

[40] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård, rapport 2019:6.*
[41] SOU 2019:29 *God och nära vård - Vård i samverkan*, Socialstyrelsen (2017): *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning* och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015): *Samordna vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, PM 2016:1.

inom och mellan den specialiserade vården, socialtjänsten, elevhälsan och primärvården mycket vanligt.[42]

Vart femte barn eller ung person under 18 år har en diagnostiserad kronisk sjukdom och utöver det finns barn och unga med andra tillstånd, till exempel smärta, ångest och trötthet, som kan vara långvariga och ge upphov till upprepade kontakter med hälso- och sjukvården. Deras behov möts sällan fullt ut av en verksamhet som kännetecknas av det enkla trygga omhändertagandet med ändamålsenligt samordnade insatser. Hjälp med samordning och planering av barnets vårdinsatser och en fast vårdkontakt eller en väg in i vården är det som vårdnadshavare till ett barn eller ung person med kronisk sjukdom oftast efterfrågar. Som vårdnadshavare till ett långvarigt sjukt barn eller ung person är det viktigt att veta vad som ska göras i olika situationer och skeenden i sjukdomen och i vardagen, vart vårdnadshavaren ska vända sig med sina frågor och vem som är ansvarig inom hälso- och sjukvården. En familj som har flera sjuka barn eller unga personer med ett antal vård- skola- och myndighetskontakter för varje enskilt barn, upplever ofta svår stress och svårigheter att få ihop vardagen och planeringen. Ibland med sjukskrivningar, utbrändhet, nedsatt arbetstid, försämrad ekonomi och begränsat socialt liv som följd.[43] Detta slår ännu hårdare mot resurssvaga eller sjuka föräldrar med barn och unga med sammansatta behov. Rapporter och utredningens dialoger med berörda parter gör gällande att vårdens brister när det gäller koordinering och samordning särskilt drabbar barn och unga med samsjuklighet, olika psykiatriska tillstånd och stora sociala behov.[44] Regeringens och regionernas gemensamma arbete för att införa patientkontrakt, samt nu föreliggande förslag från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (2017:01) om en författningsreglering avseende patientkontrakt, som bland annat föreslås innehålla uppgifter om individuell plan, adresserar dessa problem och det finns goda exempel på utvecklingsarbete runt om i landet. I den senaste rapporten

[42] IVO (2019): *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja, förstudie.*

[43] IVO (2020): *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019* och Västra Götalandsregionen (2018)*: Intervjustudie närstående till barn med kronisk sjukdom och många vårdkontakter, bilaga till Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt*.

[44] Broberg, M. et al. (2014): *En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning* och Västra Götalandsregionen (2018): *Intervjustudie närstående till barn med kronisk sjukdom och många vårdkontakter, bilaga 2*.

återfinns dock få projekt som rör barn och unga och utredningen noterar att det finns svårigheter med den föreslagna regleringen om patientkontrakt utifrån ett barnrättperspektiv, eftersom skolhuvudmännen och därmed elevhälsan inte omfattas av den föreslagna bestämmelsen om individuell plan fullt ut.[45]

5.7 Informationsdelning inom vård och omsorg brister

Frågan om hur vård och omsorg på ett patientcentrerat sätt kan nå målet om rätt information på rätt plats i rätt tid, har varit föremål för omfattande utvecklingsarbete under många år. Bristerna är fortsatt stora, vilket rapporteras om återkommande. Bristande dokumentation eller tillgång till rätt information i vården är en av de vanligaste orsakerna till lex Maria anmälningar. Tillsyn inom området visar att patienter med många vårdkontakter löper stor risk att drabbas av en bruten informationskedja och att viktiga hälsodata såsom aktuella läkemedel eller underliggande sjukdomar saknas i vårdmötet eller för den som ska samordna vården och omsorgen.[46] Patientens möjlighet till delaktighet i sin egen vård minskar, liksom vårdnadshavares möjlighet att ta ansvar och vara delaktiga i beslut om barnets eller den unges vård och behandling. Informationsbrist är särskilt vanlig på akutmottagningar och i primärvård men även i vården av patienter med komplexa behov och många kontakter i specialistvård och omsorg. Det leder också till ökad risk för patientsäkerheten. Vårdnadshavare blir bärare av barnets sjukdomshistoria och tvingas upprepa denna gång på gång i mötet med vården. Många vårdnadshavare vittnar om att detta är en av de största stressfaktorerna när man har ett barn med långvarig sjukdom. Det kan vara en bidragande orsak till nedsatt arbetstid eller sjukskrivning.

Dessa brister får effekter på vårdens kvalitet. Det blir svårt att följa patientens resa genom vården och därmed skapa effektiva vårdflöden. Ett barn eller ung person som ofta söker för magsmärtor på olika vårdcentraler eller på akuten och som samtidigt har insatser från socialtjänsten och elevhälsan på grund av omsorgssvikt och skolfrånvaro, riskerar att avfärdas som ett lindrigt fall då läkaren inte

[45] SKR (2018): *Slutrapport januari 2018 Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner.*
[46] IVO (2020): *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019.*

har tillgång till all information om barnets eller den unges vårdkontakter. Den låga personkontinuiteten i dagens hälso- och sjukvård ställer än högre krav på informationssystemet. Kvalitetsbristerna gäller också de begränsade möjligheterna att använda informationen i kvalitetsregister, i öppna jämförelser, och när det gäller att utforma och tillgängliggöra beslutstöd i vårdmötet. Kvalitetsbrister finns också när det gäller möjligheten att använda informationen i verksamhetsutveckling och att mäta medicinska effekter eller patientens upplevelse av vården. En gemensam journalföring eller gemensamt delad information mellan vårdgivare där också patienten är delaktig, är av de mest efterfrågade önskemålen hos både profession och patienter. I utredningens dialoger med de unga i fokusgruppen psykisk ohälsa framkommer att informationsdelning mellan olika vårdaktörer brister och även deras egen tillgång till sin vårdplan och möjlighet till delaktighet vid utformningen av vårdplanen. Inte desto mindre finns många hinder för en sådan utveckling.

Hinder för en gynnsam utveckling av informationsdelning

Lagstiftningen möjliggör i dag sammanhållen journalföring och direktåtkomst till journal när det gäller verksamheter inom hälso- och sjukvården, men hinder kvarstår fortfarande, framför allt mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Lagförslag på det här området har nyligen presenterats av utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) vilket kan utgöra en möjlig öppning för ytterligare förbättringar för barn och unga med funktionsnedsättningar.[47] För barn och unga finns också särskilda hänsynstaganden utifrån ett integritets- och barnrättsperspektiv, till exempel när det gäller reglering av ombud och vårdnadshavares ansvar och roll i vården. När det gäller kommunala och regionala vårdgivare finns i dag lagliga möjligheter till sammanhållen journalföring och genom aktivt samtycke även direktåtkomst till journal.

Barns och ungas egen tillgång till sina hälsodata är mer komplicerad och varierar utifrån både tekniska och rättsliga hinder. Organisatoriska hinder föreligger, inte minst genom ökad privatisering och mångfald av vårdgivare, införande av vårdvalssystem och olika huvudmän för vård och omsorg. En stor region som Stockholm eller

[47] SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg.*

Skåne kan ha över 1 000 olika journalsystem som på grund av bristande interoperabilitet inte kommunicerar med varandra. Digitala vårdplaner eller hälsoinformationsplattformar som också kan delas med patienten är därför mer av en framtida vision och i den mån det utvecklas byggs ofta ytterligare ett gränssnitt upp. På det sättet behöver en genomsnittlig vårdutövare logga in i och använda minst ett dussintal olika system en vanlig arbetsdag, en verksamhetschef säkerligen det dubbla. Nationella och regionala projekt har försökt komma till rätta med detta genom att samla alla vårdgivares vårdinformation i en gemensam databas med en mer ändamålsenlig informatik och fastställd nomenklatur. Den resan är dock snårig och har inverkan på vårdens arbetskultur med krav på förändring. Vårdinformationssystem som tillåter gränsöverskridande utbyte av information är alltjämt avlägset.

Icke användarvänliga it-system är också en vanligt förekommande brist och patientsäkerhetsrisk.[48] It-systemen i vården upplevs ofta ligga långt efter samhällets övriga digitaliseringsutveckling och är sällan kompatibel med medborgarnas, inte minst barns och ungas digitala plattformar och höga digitala kompetens. Behovet av ökad kunskap, ledning och styrning ifråga om möjligheterna att hantera och utbyta information är därför fortsatt centralt för en framtida sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Det saknas sammanhållen information om barns fysiska och psykiska hälsa och utveckling på nationell nivå men också mellan aktörerna inom barn- och ungdomshälsovården. Det saknas också en sammanhållen journalföring med relevanta indikatorer från graviditetsövervakningen till 18-årsdagen. Därmed finns svårigheter att bedöma barns och ungas långsiktiga hälsoutveckling och det finns risk för att barns och ungas behov missas när de faller ur ramarna och signalerar ohälsa på olika sätt. Behovet av samlad nationell uppföljning som är tillgänglig för alla och uppdateras löpande har tydligt bekräftats under utredningens dialogmöten. Det finns vidare en samsyn i att det i dag är svårt att följa upp barns och ungas hälsa, då man tenderar att mäta sjukdom i stället för hälsa. Utredningen kommer att utveckla frågan om informationsdelning och uppföljning i slutbetänkandet.

[48] Myndighetens för vårdanalys (2013): *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*.

5.8 Barn och unga med vissa diagnoser eller problem får en sämre vård

Hälso- och sjukvården har en stark tradition av att diagnostisera och hantera kroppsliga åkommor. Detta gäller även för primärvården. Vårdprocesser för höftproteser, stroke, hjärtinfarkt och cancer med mera har ofta varit föregångare i både medicinteknisk utveckling och nationellt prioriterade och resurssatta vårdflöden.[49] Utredningen erfar att hälso- och sjukvård för vuxna ofta gått före, till exempel när det gäller stora folksjukdomar med mycket resurser kopplade till vård och behandling, inte minst läkemedel och medicinteknik. Barncancervården är dock ett exempel på när vården, trots en svår och långvarig sjukdom med krävande behandling, ändå kan upplevas som trygg, tydlig och stödjande för barn och unga och deras vårdnadshavare. Erfarenheter visar däremot att barn och unga med vissa psykiatriska sjukdomar, fetma, samsjuklighet, funktionsnedsättning, oklara besvär som långdragen smärta, trötthet, yrsel, undervikt eller sömnbesvär riskerar att få ett sämre omhändertagande och sällan är föremål för standardiserade vårdförlopp. En stor del av dessa barn och unga söker vård och hjälp i primärvården och uppmärksammas säkerligen både i barnhälsovården och elevhälsan men överlag saknas tydliga effektiva vårdflöden från tidiga symtom till utredning och behandling. Barn och unga har i större utsträckning än vuxna kroppsliga uttryck för psykosociala eller psykiatriska problem, detta gäller särskilt de allra minsta barnen. I och med den ökade satsningen på nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården noterar utredningen att fokus ändå har skiftat mot dessa grupper, och nationella arbetsgrupper har bildats kring diagnoser som fetma och långvarig smärta hos barn.

Utredningen menar att vissa systembrister i vården, såsom fragmentisering och glapp särskilt drabbar barn och unga med psykisk ohälsa eftersom de har skilda behov och befinner sig på olika arenor under olika utvecklingsstadier under uppväxten. Barn och unga med psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd tenderar att få ett sämre omhändertagande i vården jämfört med barn och unga som har medicinska sjukdomar och fysiska problem.[50] Unga med egen vårderfarenhet som utredningen pratat med beskriver hur samverkan och

[49] Regeringen och SKR (2020): *Överenskommelse sammanhållen, jämlik och säker vård* 2021.
[50] Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga med komplexa behov.*

samordning fallerar, hur information fastnar och hur svårt det är att veta vart man ska vända sig för att få ett tryggt och kontinuerligt professionellt omhändertagande hela vägen. Det finns flera rapporter om bristande stöd, vård och behandling i primärvården när det gäller psykisk ohälsa hos barn och unga.[51] Bilden stärks av många inspel i utredningens dialoger med verksamheter och barn och unga.

5.9 Bristande stöd, delaktighet och inflytande på vården

I återkommande rapporter och vittnesmål redovisas att vården inte är tillräckligt personcentrerad. Ett flertal nationella och regionala projekt pågår för att förbättra personcentreringen i vården särskilt för vuxna patienter. Utredningen kan konstatera att behovet av ökad personcentrering är särskilt viktig för barn och unga, för att skapa förutsättningar för delaktighet i vårdmötet och beslut om vård och behandling. Att på riktigt göra barnet delaktigt med inflytande på sin egen vård kräver tid, kompetens, metod och systematik. I utredningens dialoger med verksamhetsföreträdare, professionella och patientföreträdare har behovet av att utveckla arbetssätt och metoder som sätter barnet i centrum särskilt lyfts fram. Det handlar till stor del om att skapa delaktighet och inkluderande förhållningssätt och att ha en samlad plan för barnet.

Eftersom nästan all information om vård och behandling går genom vårdnadshavarna blir deras delaktighet i vården också viktig för barnet. Ett familjecentrerat arbetssätt är basen i all vård och omsorg som riktar sig till barn. Vårdnadshavare till barn med kroniska sjukdomar upplever ofta frustration över att inte bli behandlade som experter på sitt barns sjukdom. De vill, precis som barn och unga, vara delaktiga och få stöd i den praktiska hanteringen av sjukdomen. För professionen som möter barnet blir det ofta en balansgång mellan autonomi och integritet kopplat till allvarlighetsgraden av problemen. I utredningens samtal med unga själva framkommer ett tydligt efterfrågat behov av att bli sedd, hörd, tagen på allvar och att få vara delaktig i sin egen vård och behandling. Många unga, även under 18 år, lyfter också fram behovet av att kunna söka vård själva,

[51] SKL (2012): *Slutrapport från Modellområdesprojektet 2009–2011* och SKR (2020): *Första linjen 2020. Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

på sina villkor och ofta anonymt till en början. Unga vill att vården anpassas efter ungas livsvillkor och utvecklas för att passa dem, till exempel genom anpassade öppettider eller digital tillgänglighet.

5.10 Brister i kontinuitet och kompetens

Som beskrivits ovan i avsnittet om den sjukhustunga och reaktiva vården, får svensk sjukvård och särskilt primärvården kritik för bristande kontinuitet. Kontinuitet är en av de allra mest avgörande faktorerna för en trygg och effektiv vård, vilket framhållits i flera tidigare statliga utredningar och myndighetsrapporter.[52] Primärvården, som möter flest barn och unga och barn- och ungdomspsykiatrin som är sista utpost för barn med psykiatriska tillstånd, har haft problem med stor personalomsättning och därmed bristande kontinuitet de senaste åren. Den tillitsfulla relationen med barnet och familjen som behövs för en god vård, skadas av detta. Utan kontinuitet i systemet riskerar också kunskapsöverföring och samverkan att drabbas negativt. Föräldrar och barn efterfrågar personkontinuitet så långt det är möjligt, särskilt när det gäller långvariga och stora behov. I dagens hälso- och sjukvård, med mångfald, vårdval och begränsat närområdesansvar, behöver hälso- och sjukvårdssystemet vara mer robust och sammanhållet, och strukturerad uppföljning behöver allt mer väga upp för en bristande personkontinuitet.

Allmän och specifik barn- och ungdomskompetens brister

Vid sidan av elevhälsans medicinska insatser har primärvården flest besök när det gäller barn och unga. Barnhälsovården träffar i princip alla barn under 6 år. Akutsjukvården träffar också en stor andel barn och unga och deras familjer när de söker för akuta och enklare åkommor som drabbar många barn och unga i alla åldrar. Psykosomatiska besvär och vanligt förekommande kroniska sjukdomar såsom astma och fetma är andra vanliga sökorsaker. Primärvårdens företrädare menar att de också träffar barn och unga med mer omfattande behov som redan har kontakt med den specialiserade vården, när de har

[52] SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården, En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler.*

akuta och enklare vårdbehov. Trots detta utses sällan en fast vårdkontakt eller ansvarig person för vården för barn och unga med kroniska sjukdomar i primärvården och få vårdcentraler har medarbetare med specifik barn- och ungdomskompetens.

Vård vid de allra flesta kroniska sjukdomar och utredningar av oklara fall sker i specialiserad vård, både barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomsmedicin. Den kompetensen finns inte uppbyggd i primärvården i dag. I de flesta regionala riktlinjer ska barn under ett års ålder söka direkt eller frikostigt remitteras till specialiserad vård för bedömning vid oklara tillstånd. Primärvården har behov av att träffa och hantera barn i olika åldrar för att erhålla vana och bygga upp en allmän barnkompetens om bemötande, bedömning och behandling av barn och unga. Rapporter som utredningen tagit del av, liksom även primärvårdens egna utsagor, menar att barnkompetensen brister i primärvården, särskilt under skolåren och i omhändertagandet av barn och unga med psykiska vårdbehov. Elevhälsas medicinska insatser och ungdomsmottagningarna, som beskrivs utförligt i andra delar av detta betänkande, utgör en primärvårdsnivå som utvecklat en miljö- och målgruppsanpassad barn- och ungdomskompetens. Utredningen menar att dessa arenor kompletterar primärvården och den nära vården med kompetens och viktiga kontaktytor och därmed stärker underlaget till en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

I den specialiserade vården finns huvuddelen av och ansvaret för specifik och tvärprofessionell barn- och ungdomskompetens. Data från Västra Götalandsregionen visar att ungefär hälften av alla barn och unga har kontakt med den specialiserade vården under ett år och andelen planerade besök är lika stora som primärvårdens. I den specialiserade vården har dock utvecklingen gått mot en ökad subspecialisering. Även i den öppna specialiserade vården som tidigare hade mer generalistperspektiv, har mer avancerad och specialiserad vård och behandling tagit över. Antalet medarbetare inom varje subspecialistområde är dock färre jämfört med den specialiserade vården för vuxna. Detta medför att tillgången till kompetens är skörare än på vuxensidan. Tillgången i den nära vården räcker inte till fast bemanning på till exempel varje hälsocentral. Utredningen menar att den specialiserade vården måste ta ökat ansvar för barnkompetensen i hela systemet.

5.11 Utmaningar i barn – och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatrin

Det kan konstateras att barn och unga i Sverige generellt har en mycket god hälsa och att de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården på många sätt har varit och är en bidragande orsak till att hälsan hos barn och unga är så god.[53] Det pågår ett arbete med att utveckla vården för barn och unga i regioner, kommuner och hos skolhuvudmän. Det finns flera goda exempel och initiativ på insatser som syftar till att få till stånd en mer sammanhållen vård och samordnade vårdinsatser för barn och unga. Med det sagt finns det fortsatt ett antal problem och hinder för att barn och unga ska kunna få hälsofrämjande och förebyggande insatser på lika villkor i landet oavsett huvudman eller vårdverksamhet.[54] Nedan följer en fördjupad beskrivning av de svårigheter och hinder som finns för verksamheterna inom barn- och ungdomshälsovården och barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) för att åstadkomma en mer sammanhållen vård.

5.11.1 Tillgång till och kvalitet i mödrahälsovården

De flesta tar del av mödrahälsovårdens verksamhet

De flesta kvinnor och blivande föräldrar tar del av mödrahälsovårdens verksamhet. Den höga täckningsgraden beror sannolikt på den relativt långa svenska traditionen med starkt decentraliserad, lätt tillgänglig, kostnadsfri och sjuksköterskebaserad mödrahälsovård och barnhälsovård som har etablerat en hög grad av förtroende i befolkningen. Det finns dock studier som visar att föräldrastöd i form av gruppverksamhet inom mödrahälsovården och framför allt barnhälsovården, inte i lika stor utsträckning lyckas få med lågutbildade, utlandsfödda och ensamstående vårdnadshavare. Kommissionen för jämlik hälsa föreslog därför i sitt betänkande att regeringen bör utveckla den nationella strategin för föräldrastöd med särskild inriktning mot riskgrupper och familjer med behov av fördjupade in-

[53] Karlsson M. och Nilsson T. (2018): *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster*.
[54] Wallby, T. (2012) *Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC*.

satser.[55] Vidare visar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning av graviditetsvårdkedjan att det finns skillnader i vilken vård kvinnor får och vårdens resultat. Till exempel finns stora skillnader mellan regionerna i andelen allvarliga bristningar, deltagande i föräldrastöd, andelen kvinnor som går på eftervårdsbesök och andelen kvinnor som får extrastöd på grund av förlossningsrädsla. Utöver regionala skillnader nämns skillnader mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda utanför Europa. Detta gäller både den vård som kvinnorna får, till exempel i form av extrastöd på grund av förlossningsrädsla, behandling för psykisk ohälsa under graviditeten och deltagande i eftervårdsbesök men även vårdens resultat. Det finns också skillnader mellan kvinnor med olika utbildningsnivå, till exempel i extrastöd på grund av förlossningsrädsla och deltagande i eftervårdsbesök.[56]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har också funnit att det finns omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan, till exempel i AUDIT-screening, andelen som tillfrågats om våldsutsatthet och andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök. Svenskfödda kvinnor och kvinnor med hög utbildning kommer på eftervårdsbesöket i högre utsträckning än lågutbildade kvinnor och kvinnor födda utanför Sverige. Ingenting talar för att utrikes födda kvinnor eller kvinnor med lägre utbildning skulle ha ett mindre behov av eftervårdsbesöket. Mer sannolikt är att vården i nuläget inte fullt ut kompenserar för olika gruppers förutsättningar.[57]

Förutsättningar för att bedriva mödrahälsovård varierar

I mödrahälsovården finns uppbyggda system för omhändertagande under graviditet, för blivande föräldraskap och uppföljande kontakt efter barnets födelse. Förutsättningarna för att bedriva mödrahälsovård varierar dock mellan regionerna.[58] Det finns också brister i mödrahälsovården när det gäller till exempel kontinuitet i vårdkedjan, och att i tid upptäcka psykisk ohälsa och amningsproblem. Det är otydligt för kvinnor vart de ska vända sig efter förlossning om de

[55] SOU 2017:47 *Nästa steg mot en jämlik hälsa.*
[56] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:11.
[57] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Olik eller jämlik – En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan* Rapport 2019:4.
[58] Socialstyrelsen (2019): *Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa.*

upplever problem. De flesta brister i vården är strukturella, och det behövs organisatoriska förändringar i regionerna för att uppnå en mer patientcentrerad, tillgänglig, säker och jämlik mödrahälsovård i hela landet.[59]

De riktlinjer och underlag som finns att tillgå för mödrahälsovården tolkas olika utifrån verksamheternas olika organisationsform och lokala förutsättningar. Detta bidrar till en ojämlik mödrahälsovård i landet. På nationell nivå har riksgruppen för mödrahälsovårdsläkare och samordningsbarnmorskor i Sverige med stöd av svensk förening för obstetrik och gynekologi och Svenska barnmorskeförbundet tagit initiativ till att en rikshandbok för mödrahälsovård i likhet med den som finns för barnhälsovården ska utvecklas med syfte att skapa en mer jämlik och rättvis mödrahälsovård.

Det pågår ett arbete på Socialstyrelsen med att ta fram ett kunskapsstöd, för hela vårdkedjan från graviditet till förlossning och eftervård. Särskilt behövs bättre stöd efter förlossningen till dem som fött barn. Det behövs både generella insatser för en bättre graviditets- och förlossningsvård, och riktade insatser till utsatta grupper, till exempel personer med bristande svenskkunskaper, psykisk ohälsa eller fetma. Alla oavsett socioekonomi eller bostadsort behöver få tillgång till råd och stöd. Som exempel kan nämnas att övervikt och fetma har blivit vanligare hos gravida i Sverige. Omkring en fjärdedel hade övervikt 2015, och drygt en tiondel hade fetma. På grund av riskerna kopplat till övervikt och fetma behövs metoder för att ge olika typer av stöd för livsstilsförändringar som fungerar både före, under och efter graviditeten. Riktade insatser borde vara motiverade för att förebygga övervikt och fetma också hos det växande barnet.[60]

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ till en satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa. Satsningen fokuserar främst på kvinnans hälsa, med det ingår också insatser för att utveckla neonatalvården och vårdkedjan för tidigt födda och sjuka nyfödda barn, från förlossningen till och med barnhälsovården. Insatser för att förbättra kvinnas hälsa, inte minst den psykiska hälsan, har också inverkan på barnets hälsa under det mycket tidiga livet. I regeringens satsning ingår överenskommelser med Sveriges Kommuner och

[59] Socialstyrelsen (2017): *Vård efter förlossning*.
[60] Socialstyrelsen (2019): *Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa.*

Regioner för att stärka vården och uppdrag till olika myndigheter att följa upp och utvärdera vården samt att bistå med kunskapsstöd.

5.11.2 Tillgång till och kvalitet i barnhälsovården

Tillgången till barnhälsovården beror på flera aspekter

Tillgängligheten i barnhälsovården kan beskrivas med utgångspunkt från ett antal aspekter som belyser hur barnhälsovården bevakar att nyinflyttade familjer listar sig på en barnavårdscentral, möjligheten för familjer att få kontakt med mottagningen, och i vilken mån de kommer till barnhälsovårdens besök och hur barn och vårdnadshavare görs delaktig i besöket.

Socialstyrelsen har under 2020 genomfört en nationell kartläggning av barnhälsovården.[61] Kartläggningen visar bland annat att 16 av 21 regioner har system för att bevaka nya listningar. Det innebär att familjer och barn som inte gjort ett aktivt val av barnavårdscentral listas på en av regionen vald mottagning. I andra regioner ansvarar barnavårdscentralen enbart för de barn och familjer som har gjort ett aktivt val att lista sig på en mottagning. I dessa regioner finns en risk för att barn till vårdnadshavare som inte gjort ett aktivt val kan missas.

En annan aspekt av tillgänglighet gäller möjligheten att få kontakt med barnavårdscentralen. Socialstyrelsens kartläggning visar att 8 av 21 regioner ställer krav på att barnavårdscentralen ska vara tillgänglig på telefon och 11 regioner att barnavårdscentralen ska finnas tillgänglig via en e-tjänst. Barnavårdscentralernas arbete med att säkerställa kontakt med familjer varierar. Det vanligaste sättet att säkerställa kontakt är via familjernas och barnens listning på mottagningarna. Några barnavårdscentraler tar även kontakt med olistade barn och familjer. Det förekommer att barnavårdscentraler inte gör något särskilt för att säkerställa kontakt med familjer och barn. Flera barnavårdscentraler upplever också att det är svårt att säkerställa att mottagningen har kontakt med alla barn och deras familjer.[62]

Tillgängligheten kan vidare beskrivas utifrån antalet barn och familjer som kommer till besöken på barnavårdscentralen. De allra

[61] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*
[62] Ibid.

flesta kommer till besöken. Data från regionerna indikerar dock att 1–6 procent inte deltar i fyraårsbesöket. Det kan bero på försenade besök eller uteblivet besök eller problem med journalföring. Barnavårdscentralerna arbetar i varierande grad med uppsökande verksamhet när familjer och barn inte kommer till besöken. Det kan handla om rutiner för upprepade kallelser eller oanmälda hembesök eller vid behov en orosanmälan till socialtjänsten.[63]

Dessutom är delaktighet en viktig aspekt av tillgänglighet. Socialstyrelsens kartläggning visar att barnavårdscentralerna i första hand främjar delaktighet genom information om barnhälsovårdens verksamhet till familjer och barn. Nära hälften av barnavårdscentralerna främjar också barnets delaktighet genom att barnet får vara i centrum under besöket och att personalen kommunicerar direkt med barnet. Även vårdnadshavare görs delaktig genom möjligheten att ställa frågor och berätta vad de vill med besöket. Dessutom säkerställs delaktighet genom att tolk används vid samtliga besökstillfällen med vårdnadshavare som inte talar svenska.[64]

Barnhälsovården har högt förtroende hos familjer

Inom barnhälsovården finns uppbyggda system för omhändertagande av vårdnadshavare och barn. Barnhälsovården har också en hög täckningsgrad i Sverige och ett högt förtroende i befolkningen. Det är sannolikt resultatet av den relativt långa svenska traditionen med starkt decentraliserad, lätt tillgänglig, kostnadsfri och sjuksköterskebaserad barnhälsovård. Förutsättningarna för att bedriva barnhälsovård varierar dock mellan regionerna.

Socialstyrelsens kartläggning av barnhälsovårdens verksamhet visar att barnhälsovården i huvudsak erbjuder insatser i enlighet med barnhälsovårdsprogrammet, men att det finns utrymme för förbättringar inom vissa områden. Barnavårdscentralerna genomför i mycket hög grad insatser för hälsouppföljning av barns hälsa, utveckling och livsvillkor och vid behov ger cirka 70 procent riktade insatser av annan vårdnivå för språkutveckling, syn, hörsel och beteende. Alla barnavårdscentraler ger vaccinationer i enlighet med det nationella vaccinationsprogrammet. Barnavårdscentralerna erbjuder också ett varie-

[63] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*
[64] Ibid.

rat utbud av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det handlar främst om insatser för att främja barnsäkerhet, hälsosamma levnadsvanor, god tandhälsa, rörelse och fysisk aktivitet, sömn, och amning. Det handlar också om insatser till vårdnadshavare när det gäller alkoholvanor och rökning. Cirka 92–96 procent av barnavårdscentralerna anger att de erbjuder sådana insatser på universell nivå och 75–80 procent anger att de ger riktade insatser vid behov. Barnavårdscentralerna uppger också att de tillhandahåller universella och riktade insatser mot våld i nära relationer och insatser mot vårdnadshavares droganvändning. Några barnavårdscentraler uppger att det krävs mer riktade insatser när det gäller barns levnadsvanor i socioekonomiskt utsatta områden. Det finns material på andra språk och lättläst svenska.

Föräldrastöd och insatser för att stärka vårdnadshavarna i deras föräldraskap sker kontinuerligt. Många barnavårdscentraler erbjuder samtal för att stärka vårdnadshavare både i grupp och individuellt. Barnavårdscentralerna anger också att de främjar anknytning och samspel mellan barn och förälder, och olika insatser för att främja barns rättigheter. Barnavårdscentralerna erbjuder också i hög grad universella insatser för att främja vårdnadshavares psykiska hälsa (92 procent).[65]

Genomförande av det nationella barnhälsovårdsprogrammet behöver förbättras

Uppföljningar visar att regionerna har kommit olika långt i implementeringen av barnhälsovårdsprogrammet.[66] Delar av den barnhälsovård som erbjuds i regionerna är universella och likvärdiga, men det förekommer även skillnader i omfattning, metoder och uppföljning av interventioner. Barnhälsovårdens sjuksköterskor och barnhälsovårdssamordnare betonar betydelsen av ett nationellt barnhälsovårdsprogram och gemensamma riktlinjer för att nå en jämlik barnhälsovård. Det finns dock utmaningar med att implementera de nationella styrdokumenten i regionerna.[67] Särskilda utmaningar gäller barnhälsovårdens möjligheter att tillhandahålla av fördjupade

[65] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*
[66] SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*
[67] Tell, J. (2019): *Implementation and use of web-based national guidelines in child healthcare.*

och riktade insatser till familjer och barn med stora behov av stöd. Studier visar att grupper som behöver särskilt stöd inte har mer kontakt med barnhälsovården i förhållande till andra familjer. Det gäller till exempel invandrarfamiljer, familjer med låga inkomster, unga och ensamstående mödrar. Mödrar med utländsk bakgrund, framförallt de med utlandsfödd partner, mödrar med låga inkomster samt unga och ensamstående mödrar deltar också i lägre utsträckning i föräldragrupp. Detta förhållande antyder brister i fördelningen av barnhälsovård till nackdel för de grupper som på olika grunder kan anses ha ett större behov och en ur jämlikhetsperspektiv. Dessutom visar svenska studier att barnavårdscentralernas sjuksköterskor upplever svårigheter i kontakten med vårdnadshavare med utländskt ursprung och att de saknar stöd i denna uppgift. Utlandsfödda vårdnadshavare kan känna sig utlämnade och ängsliga inför risken att bli missförstådda och betraktade som dåliga föräldrar till följd av att de inte talar samma språk som vårdpersonalen.[68]

En studie av familjehemsplacerade barn från 2017 visar att det också finns brister i barnhälsovården rörande dessa barn och deras familjer. Enligt studien deltog barn i familjehem i lägre utsträckning vid nyckelbesök till sjuksköterska eller läkare och var även vaccinerade i lägre grad än andra barn. De uteblev oftare från hälsobesöken och bytte även barnavårdscentral oftare än andra familjer och barn. Barn i samhällsvård hade högre hälsorisker och lägre deltagande i barnhälsovården än andra barn. Personalens journaldokumentation rörande dessa barn var omfattande, med probleminriktat innehåll som dominerades av föräldrarnas ohälsa och sociala problem medan barnets egna erfarenheter, liksom sociala strukturer, saknades. Få anmälningar gjordes till socialtjänsten.[69]

[68] Wallby, T. (2012): *Lika för alla? Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC*.
[69] Köhler, M. (2017): *Vulnerable children. A social perspective on health and healthcare*.

5.11.3 Tillgång till och kvalitet i elevhälsan

Tillgången till elevhälsans medicinska insatser varierar

Tillgången till elevhälsa och dess medicinska insatser är inte likvärdig. Uppföljningar visar på stora variationer både inom och mellan skolhuvudmän och olika skolor. Många gånger är dessutom tillgången till elevhälsan otillräcklig i förhållande till elevernas behov av stöd.[70] Det är skolhuvudmannens och rektorns ansvar att besluta om tillgången till elevhälsans kompetenser med utgångspunkt från elevernas behov och förutsättningar. I praktiken innebär detta både tillgången till de aktuella yrkesgrupperna och i vilken omfattning de är på plats i skolan varierar.[71] Skolinspektionen konstaterar att var tredje skola har svårigheter med att tillhandahålla samtliga kompetenser i elevhälsan.[72] Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) har vid flera tillfällen påpekat att förekomsten av skolsköterskor, skolläkare och skolpsykologer i Sverige är oroväckande låg. OECD bedömer att det kan påverka förutsättningarna för skolan att bedriva hälsofrämjande och förebyggande insatser på universell nivå.[73]

Sveriges Kommuner och Regioners uppföljningar av de kommunala skolorna visar att tillgången till elevhälsopersonalen för elever och lärare är särskilt problematisk på mindre skolor och i kommuner med stora geografiska avstånd mellan skolorna. På en del små skolor finns elevhälsans yrkesgrupper fysiskt på plats endast vissa dagar i veckan och ibland ännu mer sällan.[74] Sambandet mellan omfattning av elevhälsans yrkeskategorier och elevernas behov av insatser är inte alltid tydligt. När det gäller yrkeskategorier inom elevhälsans medicinska insatser har skolsköterskor dock vanligen schemalagd arbetstid inom skolan och det finns oftare arbets- eller mottagningsrum

[70] SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet*, SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*, och SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning.*
[71] SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi ör kunskap och likvärdighet*, och SKR (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*
[72] Skolinspektionen (2018): *Årsrapport 2017 Skillnader i skolors arbetssätt och huvudmännens ansvarstagande*.
[73] SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*, SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi ör kunskap och likvärdighet*, och SKR (2018) *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*
[74] SKR (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*

för skolsköterskans verksamhet i skolans lokaler. Den yrkeskategori som har minst schemalagd tid är skolpsykologen och det är inte ovanligt att skolpsykologer endast anlitas vid behov.[75]

Skolinspektionen har i sin tillsyn kritiserat skolor som har köpt in elevhälsans kompetenser vid behov eftersom skolorna då inte har kunnat leva upp till skollagens intentioner att elevhälsans verksamhet ska vara hälsofrämjande och förebyggande. Skolinspektionen konstaterar att den närhet till eleverna och den förankring och långsiktighet som behövs för ett väl utvecklat hälsofrämjande och förebyggande arbete som tar sin utgångspunkt i elevernas behov saknas när elevhälsans kompetenser köps in vid behov.[76] I SKR:s uppföljningar framkommer att rektorer för de kommunala skolorna upplever liknande svårigheter med att fullfölja elevhälsans uppdrag i skolan när elevhälsan är centralt organiserad i kommunen. Det kan då också uppstå otydlighet i ansvarsfördelningen mellan rektorer och den centrala elevhälsochefen. Det ska dock framhållas att skolhuvudmännen även ser stora fördelar med en centralt organiserad elevhälsa, till exempel skapar det bättre förutsättningar för en mer likvärdig elevhälsa i kommunen när det gäller att fördela resurser utifrån behov. Det ökar också möjligheterna till kollegial handledning och tvärprofessionella samtal, riktade insatser, mindre utredningar, handledning, konsultation och gemensamma utbildningsinsatser. Andra skolhuvudmän framhåller styrkan i en kombination av ett centralt övergripande team och ett elevhälsoteam ute på skolorna.[77]

Kvaliteten på elevhälsans verksamhet varierar

Kvaliteten på elevhälsans verksamhet varierar mellan skolhuvudmän och skolor. Enligt SKR uppger cirka en tredjedel av kommunerna att det finns relativt stora kvalitetsskillnader mellan grundskolorna i kommunen. Utmaningarna i elevhälsan handlar i första hand om den ökande psykiska ohälsan hos eleverna, möjligheten att tillhandahålla goda lärandemiljöer som stödjer elevernas utveckling mot målen och utvecklingen av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på skolan. Dessutom har det blivit vanligare med utmaningar som rör

[75] Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*. Kvalitetsgranskning Rapport 2015:05.
[76] Ibid.
[77] SKR (2018) *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*

rektors ledarskap över elevhälsan och möjligheten att rekrytera elevhälsopersonal. Flera kommuner uppger att elevhälsoarbetet varierar mellan skolorna i kommunerna till exempel när gäller rektors engagemang och ledarskap över elevhälsoarbetet och samarbetskulturen dels inom elevhälsoteamet dels med lärarna. Det framgår att rektorerna ibland har dåliga förutsättningar för att hinna med att leda elevhälsoarbetet. Möjligheterna till kompetensutveckling för elevhälsans yrkesgrupper skiljer sig också till viss del mellan skolor i kommunerna.[78] I utredningens dialoger har det också framkommit att elevhälsans kvalitet och verksamhet kan vara personberoende. Det innebär att kvaliteten på verksamheten och hur elevhälsans verksamhet prioriteras kan förändras när personal slutar eller rektorer byts ut.

Det förekommer också brister i det systematiska elevhälsoarbetet. Skolinspektionens granskningar visar att elevhälsoarbetet inte alltid styrs med utgångspunkt från en tydlig strategi eller ingår i ett systematiskt utvecklingsarbete. Det saknas i vissa fall elevhälsoplaner eller annan dokumentation över elevhälsans verksamhet. Dessutom saknas nyckel- och processtal som kan ligga till grund för uppföljning av verksamhetens kvalitet. Skolor samlar vanligen in information om elevernas hälsotillstånd genom enkäter och hälsosamtal men informationen ligger inte alltid till grund för planeringen av hälsofrämjande insatser på generell eller individuell nivå.[79]

Skolinspektionen lyfter fram att det är viktigt att följa upp de hälsofrämjande och förebyggande insatserna i skolan och utvärdera insatsernas effekter för elevernas hälsa och välmående. Eftersom elevernas utbildning även omfattar deras personliga utveckling, hälsa och välmående behöver elevernas hälsa, på samma sätt som deras kunskapsresultat, få påverka skolans utvecklingsarbete. Skolinspektionen påpekar att det finns risk för att skolan inte uppmärksammar elever med eventuell tendens till att utveckla psykisk ohälsa i de fall där kunskapsresultaten är goda om skolan bara följer skolresultat och inte inkluderar hälsa. Om skolan och elevhälsan däremot har en systematiskt utformad plan för sina hälsofrämjande och förebyggande insatser, som omfattas av ett psykologiskt perspektiv, finns

[78] SKR (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*
[79] Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, kvalitetsgranskning rapport 2015:5.

större förutsättningar att i tid få syn på, och kunna initiera insatser till elever med eventuell psykisk ohälsa, oavsett kunskapsresultat.[80]

Eleverna har olika kunskap om elevhälsans uppdrag

Skolinspektionens uppföljningar visar att elevernas kännedom om elevhälsans verksamhet och funktion varierar. Eleverna vet inte alltid vad elevhälsan kan hjälpa dem med, eller om de själva kan söka upp elevhälsans olika personalgrupper för att få stöd. Det förekommer också att eleverna inte träffar eller söker upp elevhälsans personal trots att de har olika svårigheter. Elever uppger att det finns vuxna i skolan som de kan prata med men det kan lika gärna vara en lärare som någon av elevhälsans personalkategorier. Det förekommer att elever som talat med elevhälsan inte känner förtroende för att elevhälsans personal lever upp till sekretessbestämmelser och tystnadsplikten och det uppges också som ett skäl för att inte söka sig till elevhälsans personal.[81] Skolinspektionens uppföljningar understryks av de barn och unga som utredningen fört dialog med. Även i dessa dialoger framkommer att barn och unga inte alltid har förtroende för vuxna i skola eller att de kan lita på att elevhälsans personal följer bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

Enligt Skolinspektionens skolenkät anser eleverna att tillgången till elevhälsans medicinska insatser är relativt god, det gäller särskilt tillgången till skolsköterskan. 35 procent uppger också att de har tillgång till skolläkare. I årskurs 9 instämmer cirka 65–75 procent av eleverna i påståendet att de kan gå och prata med skolsköterskan om vad de vill och utan att det har hänt något allvarligt. Ungefär hälften av eleverna uppger också att de har uppsökt skolsköterskan vid något tillfälle.[82]

Det hälsofrämjande arbetet i elevhälsan kan förbättras

Enligt skollagen ska elevhälsan främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Utgångspunkten för ett sådant arbetssätt är att det finns ett etablerat samband mellan hälsa och lärande. God hälsa leder

[80] Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, kvalitetsgranskning rapport 2015:5.
[81] Ibid.
[82] Skolinspektionen (2020): *Skolenkäten*.

till ökat välbefinnande, och därmed även till bättre förutsättningar för lärande hos den enskilda eleven. Omvänt ökar ett lågt självförtroende eller psykisk eller fysisk ohälsa risken för att barn och unga inte når målen för utbildningen.[83]

Skolor genomför vanligen olika förebyggande respektive hälsofrämjande insatser men omfattningen och inriktningen på dessa insatser är inte alltid tillräcklig i förhållande till elevernas behov. Skolinspektionens och Inspektionen för vård och omsorgs granskningar visar att det sällan är elevhälsans personal som initierar eller bedriver det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i skolan. Denna verksamhet genomförs i stället i huvudsak av lärare och handlar ofta om skolövergripande aktiviteter såsom arbete för trygghet och mot mobbning och kränkande behandling eller arbetet kring jämställdhet, demokrati och hälsa och livsstil med utgångspunkt från kursplanerna. Kuratorer, skolsköterskor och specialpedagoger ingår i högre grad i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet än skolpsykologer och skolläkare. Skolläkare och skolpsykologer uppger att de har en konsultativ roll och att det därför inte alltid finns förutsättningar för att arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Skolsköterskor behöver prioritera hälsobesöken, kontroller och vaccinationer framför det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i bred bemärkelse.[84] Hälsobesöken är visserligen en viktig del i det hälsofrämjande arbetet som ska ta sikte på enskilda elevers hälsa och att främja sunda levnadsvanor. Det finns dock ingen nationell uppföljning av verksamheten med hälsobesöken i skolan som visar om besöken bidrar till att utveckla barns och ungas hälsa och i vilken grad insatser initieras för att stärka enskilda barns hälsa med utgångspunkt från den information som samlas in vid hälsobesöket. SKR:s uppföljningar skolorna efterfrågar stöd och vägledning när det gäller hälsofrämjande och förebyggande arbetet i skolan.[85]

Vårdgivaransvaret för elevhälsan brister

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under många år sett att det finns kunskapsbrister hos skolhuvudmännen och rektorerna när det gäller de krav som hälso- och sjukvårdslagstiftningen ställer

[83] Skolverket (2019): *Hälsa för lärande – Lärande för hälsa.*
[84] IVO (2015): *Tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.
[85] SKL (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*

på vårdgivare.[86] I tillsynen har det till exempel framkommit att skolhuvudmännen inte alltid har ett kvalitets- och ledningssystem som är anpassat för elevhälsans medicinska insatser. Elevhälsans personal arbetar inte heller alltid i enlighet med rutiner och processer som är fastställda av huvudmannen. Ett otillräckligt kvalitets- och ledningssystem kan, enligt IVO, i kombination med oerfaren personal bli kännbart och en reell patientsäkerhetsrisk för eleverna. Konsekvenserna kan till exempel bli bristfälliga hälsobesök och felaktiga vaccinationer.

Det förekommer att skolhuvudmännen inte har utsett en verksamhetschef som har det samlade ledningsansvaret för de medicinska insatserna eller att ansvarig person inte har den medicinska utbildning som krävs för de medicinska uppgifterna.[87] IVO konstaterar att skolhuvudmännen i vissa fall köper in konsulttjänster för att driva elevhälsan. Det kan vara positivt för eleverna eftersom en sådan lösning kan vara ett sätt att överbrygga kompetensbrister i organisationen, men detta förutsätter att huvudmännen har tillräcklig kompetens för att kvalitetssäkra den tjänst de köper in, så att de vet vilka krav de ska ställa på den externa vårdgivaren.

Det förekommer också brister i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Det gäller till exempel brister i dokumentationen, både av den organisatoriska ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet och rutiner för att utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vidare förekommer brister i avvikelserapporteringen, egenkontrollen och i upprättandet av en patientsäkerhetsberättelse. IVO anser att sådana brister medför svårigheter för vårdgivaren att uppfylla utredningsskyldigheten, vidta åtgärder och att förbättra verksamhetens patientsäkerhet. Lärande och förändring riskerar därmed att utebli.[88]

IVO:s tillsyn visar också att dokumentationen inom elevhälsan inte alltid är enhetlig. Anteckningar som görs av läkare, skolsköterska skiljs från anteckningar som psykolog gör. Dokumentationen är avgörande för uppföljning och utvärdering av insatser riktade till

[86] IVO (2016)*: Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del.*
[87] IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* och IVO (2016)*: Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del och* SKR (2019): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan (*s. 27–28).
[88] IVO (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del* (s. 10.)

enskilda elever.[89] Det förekommer också brister när det gäller skolhuvudmännens kännedom om Socialstyrelsens föreskrifter för ledning och kvalitetssystem, remisshantering med mera.

Brister när det gäller vårdgivaransvaret förekommer både hos stora och små skolhuvudmän, men IVO bedömer att huvudmannens storlek kan ha betydelse och att vårdgivarkompetensen är mer sårbar hos mindre kommunala och enskilda skolhuvudmän. IVO pekar också på att vårdgivaransvaret och de skyldigheter som följer med vårdgivaransvaret inte framgår tillräckligt tydligt vid ansökningsprocessen om att driva en fristående skola. Enligt IVO är det möjligt för en enskild aktör att starta en skolverksamhet utan att fullt ut förstå sina skyldigheter som vårdgivare.[90] Svårigheter med att leva upp till de krav som ställs på skolhuvudmannen som vårdgivare understryks av företrädare för skolan inom ramen för utredningens dialoguppdrag, detta gäller främst företrädare för små skolhuvudmän.

5.11.4 Tillgång till och kvalitet i ungdomsmottagningar

Tillgången till ungdomsmottagningarnas verksamhet varierar

Enligt SKR är det svårt att bedöma tillgängligheten till ungdomsmottagningarnas verksamhet. Det saknas beräkningar i regioner och kommuner om hur många unga per tjänst som medför en god tillgänglighet. Det finns inte heller någon nationell mätning av väntetider till ungdomsmottagningarna. Dessutom varierar öppettiderna kraftigt. I SKR:s kartläggning från 2016 framkom att drygt en tredjedel av mottagningarna hade öppet fem dagar i veckan medan knappt 20 procent hade öppet en dag i veckan eller mindre.[91]

Även kunskapen om vilka ungdomar som söker sig till ungdomsmottagningarna är begränsad. Bristen på kunskap gör det svårt att bedöma om ungdomsmottagarna når ut till relevanta grupper med sin verksamhet. Det är dock relativt välbelagt att tonårspojkar och unga män inte besöker ungdomsmottagningarna i lika hög grad som tonårsflickor och unga kvinnor. År 2013 genomförde Föreningen

[89] IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* (s. 11).
[90] IVO (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del.*
[91] SKL (2016): P*sykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar* (s 50–53).

för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) en undersökning av antalet besök vid 33 ungdomsmottagningar som visade att 89 procent av besöken gällde unga kvinnor och 11 procent unga män. Det är inte klarlagt varför unga män inte söker sig till ungdomsmottagningarna, men enligt SKR skulle det kunna handla om att de unga männen inte söker hjälp i samma utsträckning vid psykisk ohälsa, att ungdomsmottagningarna inte är en naturlig verksamhet att vända sig till för unga män och att de unga männen inte har tillräcklig information om vad mottagningarna kan hjälpa till med.[92] Stöd och rådgivning behöver därför även utformas utifrån mäns behov och villkor, utifrån mäns rätt till reproduktiv hälsa, vägen till barn, preventivmedelsanvändning och sexuellt överförbara infektioner samt generell sexuell hälsa.[93] Signifikant fler kvinnor (25 procent) än män (15 procent) har testat sig för HIV på ungdomsmottagningar.[94]

En annan grupp som i lägre utsträckning kommer till ungdomsmottagningarna är unga som lever i social utsatthet. Många ungdomsmottagningar samarbetar med socialtjänsten för att öka tillgängligheten för denna grupp. Det saknas också en överblick över hur tillgängliga ungdomsmottagningarna är för unga hbtq-personer, unga med funktionsnedsättning, unga med en kulturell bakgrund där frågor om sex och preventivmedel är tabu, unga nyanlända och asylsökande.[95]

Rättigheter kring den sexuella och reproduktiva hälsan når inte alla grupper. Ett exempel på det är att hos kvinnor som omfattas av kostnadsfria läkemedel (15–20 år), syns under de senaste åren en ökning för varje år av andelen kvinnor som hämtar ut preventivmedel. Det gäller för alla grupper utom för dem som bor i de områden där i genomsnitt 61 procent har utländsk bakgrund. Unga kvinnor med utländsk bakgrund hämtar ut minst preventivmedel av alla och andelen har inte ökat sedan preventivmedlen blev gratis. Parallellt med detta faktum har tonårsfödslarna i landet minskat sedan 2010 generellt, men det är fortfarande fler unga kvinnor i områden där många har utländsk bakgrund som fött barn. Även antalet

[92] SKL (2016): P*sykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar (*s. 50–53).
[93] Folkhälsomyndigheten (2017): *SRHR i Sverige.*
[94] Folkhälsomyndigheten (2017): *Hiv i Sverige 2016.*
[95] SKL (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar* (s. 55–58).

aborter är ojämnt fördelat mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden.[96]

Folkhälsomyndigheten menar att skolan, elevhälsan, ungdomsmottagningarna med flera i större utsträckning måste ha ett normkritiskt och intersektoriellt perspektiv på arbetet. Alla unga behöver information, kunskap och vägledande samtal oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.[97]

För de ungdomar som inte besökte ungdomsmottagningarna varierade hindren. Det framkommer i SKR:s kartläggning från 2020. Strukturella förutsättningar som åldersgränser, geografiskt avstånd, bristande förtroende och legitimitet hos vissa grupper av ungdomar samt normer och tabun begränsade sökbenägenheten. För att kunna nå de ungdomar som är i behov av mottagningarnas stöd behövs ett strategiskt arbete som utgår från den lokala kontexten.[98]

Flera ungdomsmottagningar har identifierat prioriterade målgrupper som de strävar efter att nå via sitt utåtriktade arbete. De har sedan kopplat riktade insatser till varje målgrupp. Ett strategiskt utåtriktat arbete kan vara ett viktigt sätt att nå ut bredare och visa en positiv bild av verksamheten för de unga som inte känner att ungdomsmottagningarna riktar sig till dem.[99]

Kvaliteten på ungdomsmottagningarna kan förbättras

På ungdomsmottagningarna saknas, enligt SKR, överlag systematik i kvalitetsarbetet och det genomförs få uppföljningar och utvärderingar av verksamheternas arbete. Arbetet bedrivs delvis utan vetenskaplig förankring och beprövad erfarenhet. Kvalitetsarbetet begränsas också av en varierande tillgång till kunskapscentrum och stödmaterial. Genom att ta fram kunskap kring effekter av olika arbetssätt och insatser och förbättra möjligheten att dela kunskap mellan mottagningar finns en stor potential att kunna göra verk-

[96] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa.*
[97] Folkhälsomyndigheten (2017): *SRHR i Sverige*.
[98] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[99] Ibid.

samheterna mer ändamålsenliga. Tillgången till kunskapsstöd behöver öka liksom kunskapsutbytet mellan ungdomsmottagningar.[100]

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ser behov av gemensamma kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet och menar att regionerna bör överväga att ta fram kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet, inom ramen för den nationella strukturen för kunskapsstyrning och tillsammans med kommunerna.[101]

Ungdomarnas upplevelse av ungdomsmottagningarna är god

Det finns få utvärderingar av ungdomsmottagningarnas verksamhet, utifrån besökarnas perspektiv, men en utvärdering som har genomförts visar att verksamheten är mycket uppskattad av sina besökare. Av dem som besöker ungdomsmottagningen är de allra flesta nöjda med tillgänglighet och bemötande. Det framkommer att ungdomarna som besöker ungdomsmottagning tycker att det är lätt att få en besökstid och att de kan ta upp de frågor de vill och få hjälp med dem.[102] Detta bekräftas också av unga i utredningens dialoger. Samtidigt nås inte alla målgrupper av ungdomsmottagningarnas verksamhet, som tidigare nämnts.

Ungdomsmottagningarnas uppdrag varierar

Viktiga delar av ungdomsmottagningarnas verksamhet är insatser och stöd för ökad kunskap om sexualitet och stärkt egenmakt. I dag arbetar många av verksamheterna utifrån otydliga uppdragsbeskrivningar från respektive huvudman. Det blir därmed otydligt för verksamhetsnivån hur stort utrymme arbetet med sexualitet och egenmakt bör ges och på vilket sätt det ska bedrivas. SKR:s kartläggning av ungdomsmottagningar visar att en del huvudmän prioriterar tydligt mellan inriktningar och insatser, men det förekommer även att enskilda mottagningar förväntas göra prioriteringar. Vissa mottagningar prioriterar i större utsträckning strategier för att nå ut brett, vilket resulterat i att ungdomar i Sverige inte har samma tillgång till

[100] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.
[101] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa.*
[102] FSUM (2013): *Ni är grymma, keep up the good work*.

ungdomsmottagningarnas stöd. De lokala uppdragsbeskrivningarna från huvudmännen skiljer sig avsevärt över landet. Några fokuserar på information om bemanning, målgrupp och dokumentation. Medan andra är betydligt mer utförliga och beskriver specifikt hur mottagningen ska arbeta för att öka tillgänglighet, syfte med det utåtriktade arbetet, hur uppföljning ska genomföras och hur samverkan med andra aktörer kan gå till.[103]

För många ungdomsmottagningar är rollen gentemot skolans sex- och samlevnadsundervisning otydlig när det kommer till frågor kring sexualitet och egenmakt.[104]

Enligt kartläggningen finns en oro för att det utökade ansvaret inom psykisk hälsa skulle kunna leda till en nedprioritering av arbetet med sexuell hälsa. Dock lyftes detta av mottagningar som inte hade ett tydligt första linjen-uppdrag. De ungdomsmottagningar med ett formellt första linjen-uppdrag lyfte snarare fördelarna med kombinationen av uppdrag som möjliggörare för ett mer integrerat förhållningssätt. Förtydligade mål och uppdragsbeskrivningar kan säkerställa en utveckling mot ett bredare uppdrag och skapa mer tydlighet när det gäller verksamheternas prioriteringar. Tydliga nationella målsättningar kan stärka riktningen i arbetet och säkerställa likvärdighet i landet och främja en jämlik sexuell hälsa bland ungdomar.[105]

5.11.5 Tillgång till och kvalitet i barn- och ungdomspsykiatri

Tillgången till BUP är fortsatt en utmaning

Som tidigare nämnts har det under de senaste 20 åren skett en ökning av psykisk ohälsa hos barn och unga.[106] I takt med detta har antalet sökande till BUP ökat kraftigt liksom antalet besök. 6,1 procent av Sveriges barn och unga hade BUP kontakt 2019. Antalet besök i öppenvård ökade med 33 procent mellan 2016 och 2019, antalet unika patienter med 10 procent. Samtidigt har antalet som står i kö också fortsatt att öka, i maj 2020 fick endast 65 procent av sökande hjälp inom vårdgarantin. Antalet medarbetare inom barn-

[103] SKR (2020) *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[104] Ibid.
[105] Ibid.
[106] SOU 2018:90 *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*.

och ungdomspsykiatrin (BUP) har också ökat. Sverige har flest medarbetare inom psykiatrisk vård per barn i en jämförelse med 12 europeiska länder.[107] I samma undersökning noteras att Sverige har flest barn och unga som har kontakt med BUP per invånare. Verksamhetsföreträdare och företrädare för professionen som utredningen har fört dialog med har upplevt de senaste åren som krisartade för barn- och ungdomspsykiatrin. Det har varit en stor personalomsättning, till exempel när det gäller psykologer och svårigheter med kompetensförsörjning till exempel när det gäller läkare. Det har lett till svårigheter med att fullfölja uppdraget inom vårdgarantin. Historiskt sett har barn- och ungdomspsykiatrin varit den verksamhet som i första hand har mött barn och unga med psykisk ohälsa i vården, oavsett svårighetsgrad, vilket förmodas ligga bakom att så många fortsatt vänder sig direkt till den specialiserade nivån när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga. Den ofullständigt uppbyggda kompetensen när det gäller barn och unga och psykisk ohälsa inom primärvårdsuppdraget som redovisas ovan är också en del av denna utveckling.

BUP har de senaste 20 åren varit föremål för en mängd nationella satsningar, utvecklingsprojekt men också ökade krav. I huvudsak har det rört sig om insatser för att korta köerna till verksamheten, resursförstärkning men också strategier för hur primärvården och elevhälsan bättre ska kunna möta och hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa. Syftet har varit att lämna plats för de svårast sjuka inom BUP, och att skapa förutsättningar för att ohälsa och sjukdom ska hanteras på rätt vårdnivå. Målsättningen om en förstärkt vårdgaranti som infördes 2015 har på senare år utgjort underlag för prestationsbaserad ersättning i överenskommelser mellan staten och SKR.[108]

Enligt en tidigare uppföljning av dåvarande SKL (2008) utgjorde cirka 25 procent av de barn och unga som stod i kö till BUP eller som redan befann sig inom BUP av patienter på fel vårdnivå. På senare år och efter en utbyggnad av första linje verksamheter för psykisk ohälsa antas denna procentsats ha minskat något. Vid en jämförelse i Stockholms läns landsting av de barn och unga som togs emot i första linjen och de barn och unga som fick insatser av BUP, kunde det konstateras att BUP tog emot sex procent medan första

[107] SKR (2019): *BUP i siffror, öppna jämförelser.*
[108] Socialstyrelsen (2019): *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018.*

linjen endast tog emot två procent av barn och unga med psykisk ohälsa.[109] I en behovspyramid där de flesta barn och unga får insatser av första linjen borde förhållandet vara det omvända. Uppskattningar som gjorts av experter utredningen talat med, pekar mot att cirka fem procent av barn och unga har psykiska vårdbehov som borde kunna mötas på primärvårdsnivån. Mer kartläggningar och analyser av detta behöver dock göras.

Produktiviteten inom BUP har också varit föremål för olika analyser. Öppna jämförelser inom barn- och ungdomspsykiatrin visar att det nationella medeltalet för antal patienter per medarbetare och dag inom BUP var 1,4 patienter 2019 vilket ska jämföras med ett internt framtaget måltal på fyra patienter per dag.[110] I detta ingår också administrativ personal och ledning. SKR lyfter i sina analyser fram att fokus på vårdens kvalitet och innehåll, den stora efterfrågan på tidskrävande samverkan med socialtjänst och skola, och verksamhetens teambaserade arbetssätt bidrar till de låga medeltalen. Även den stora personalomsättningen och bristen på olika professioner och erfaren personal påverkar förstås effektiviteten. Produktionstalen har många bottnar och mäter egentligen inte kvalitet som sådan. Den låga effektiviteten påverkar dock tillgängligheten och skapar köer till vården. 2020 tillsattes en delegation för ökad tillgänglighet i vården med uppdrag att bland annat se över om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti.[111] Enligt SKR har de digitala besöken inom BUP ökat kraftigt under 2020 på grund av pandemin. Erfarenheten visar att ett antal digitala besök kan ge ett likvärdigt eller högre värde för patienten jämfört med ett fysiskt besök.

Utvecklingsområden inom barn- och ungdomspsykiatrin rör dess konsultativa roll och hur specialistverksamheten tillsammans med primärvårdsnivån kan fungera triagerande för en gemensam väg in. Detta finns på plats och utvecklas i flera regioner i dag. Det finns en tydlig önskan från BUP:s verksamhetschefer i Sverige att den konsultativa och stöttande rollen utvecklas nationellt.[112]

---

[109] Dalman, C. (2018): *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga.*
[110] SKR (2019): *BUP i siffror, öppna jämförelser.*
[111] Dir 2020:81 *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*
[112] Verksamhetschefsnätverket för BUP Sverige (2020): Skrivelse daterad 2020-05-28 om regeringsdirektivet.

Samtidigt med detta pågår initiativ för att skapa resurseffektiva och ändamålsenliga vårdflöden när det gäller till exempel barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som engagerar primärvård och elevhälsa på ett tydligare sätt vid tidiga symtom, i syfte att kunna förebygga ohälsa och psykiatriska tillstånd som kräver specialistbedömning och behandling.[113] Utredningen noterar två vanliga företeelser i vårdkedjan som påverkar köerna till BUP. Det handlar dels om att skolor i ökad utsträckning kräver diagnos som en förutsättning för särskilt stöd och för att göra anpassningar i skolmiljön, dels att BUP kräver basutredning av skolpsykolog innan remisser tas emot. Detta ökar risken för medikalisering, långa väntetider, försämring av psykiska besvär och misslyckande i skolan. Utredningen anser att det i stället krävs tidiga och samordnade insatser och effektiv triagering där en stärkt primärvård och elevhälsa samarbetar i högre grad än i dag och att den specialiserade vården finns tillgänglig för konsultativa insatser.

5.11.6 Brister i samverkan mellan samtliga vårdverksamheter

Samverkan mellan berörda vårdverksamheter brister

Enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska huvudmän och vårdverksamheter samverka för att bidra till en mer samordnad och kontinuerlig vård för alla patienter inklusive barn och unga. Dessa bestämmelser gäller för samtliga vårdgivare oavsett huvudman inklusive elevhälsans medicinska insatser. Flera statliga utredningar och myndighetsrapporter visar dock att samverkan inte alltid fungerar i enlighet med lagstiftarens intentioner.[114] Det förekommer brister i samverkan och i samordningen av barns och ungas vårdinsatser i alla led mellan de olika vårdverksamheterna under barnets och den unges hela uppväxt. Särskilt bristfällig är samverkan mellan elevhälsan, primärvård och barn- och ungdomspsykiatrin. Denna bild bekräftats vid utredningens dialoger med företrädare för verksamheter, professioner och barn och unga. Otydlighet i ansvarsfördelning men även i roller och uppdrag samt behov av förbättrad kännedom om

[113] Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.*
[114] SKR (2019): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan (*s. 27–28), SOU 2010:95 *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet* och SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*.

verksamheternas uppdrag lyfts särskilt fram som orsaker till samverkansbristerna. Samlad styrning, bättre samordning av processer mellan huvudmän nämndes som utvecklingsområden av flera parter vid dialogmötena. Dessutom konstaterades från flera håll att det saknas tydliga ekonomiska incitament för att samverka, och att samverkan kräver nya arbetssätt och strukturer, med barnet eller den unga och familjen i centrum.

Samverkan inom mödrahälsovården och barnhälsovården

Inom ramen för utredningen har professionsföreningar lyft fram att det förekommer brister i samverkan och vid informationsöverföring i hela vårdkedjan från graviditet till förlossning, eftervård och överlämningar till barnhälsovården. Professionsföreningarna uppger att det ofta saknas styrdokument med gemensamma mål och strategier för kontinuitet i vårdkedjan. Kvinnan får oftast träffa flera olika barnmorskor både under och efter förlossning. Även efter förlossningen kan det saknas alternativa vårdmodeller som stödjer kontinuitet och relationen till en barnmorska eller ett team av barnmorskor, vilket gör det svårare för mödrahälsovården att identifiera kvinnor med psykisk och fysisk ohälsa. Professionsföreningarna lyfter också fram problem med informationsöverföring vid överlämning efter förlossningen. En majoritet av regionerna i Sverige har ingen aktiv överrapportering från förlossning/BB till mödrahälsovården eller barnhälsovården, utan rapporteringen sker genom journalutdrag. Informationshantering utgår inte alltid från vårdkedjor och barnmorskan lämnas i hög grad att själv navigera i olika situationer och hantera patientinformation utifrån de lokala förutsättningarna och rutinerna och det enskilda ansvaret. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bekräftar i sin tillsyn bilden av att det förekommer brister när det gäller samverkan inom förlossningsvården och att det finns utrymme för förbättringar, särskilt när gäller informationsöverföringen om avvikelser eller komplikationer under förlossningen och riskbedömning av patienten vid inskrivningen. Dessa brister kan enligt IVO i förlängningen leda till försenad eller missad diagnos och skador hos den blivande mamman och barnet.[115]

[115] IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan*.

När det gäller barnhälsovården visar Socialstyrelsens nationella kartläggning från 2020 att företrädare för barnavårdscentralerna (BVC) själva bedömer att samverkan med andra vårdverksamheter i huvudsak fungerar väl.[116] Av rapporten framgår 8 av 10 BVC anger att samverkan med mödrahälsovården fungerar bra eller mycket bra särskilt där verksamheterna är samlokaliserade till exempel i en familjecentral. Det finns dock vissa variationer mellan regionerna när det gäller synen på hur samverkan fungerar mellan mödrahälsovården och barnhälsovården. I 8 av 21 regioner upplever samtliga BVC att samverkan fungerar bra mellan mödra- och barnhälsovården. Det finns också indikationer på att mödrahälsovården i allt högre grad organiserar sig i större enheter som inte ingår i familjecentraler. Detta kan försvåra förutsättningarna för samverkan med BVC.[117]

Det fria vårdvalet med ett utökat antal aktörer har medfört utmaningar för samverkan mellan mödrahälsovården och barnhälsovården. Det ställer höga krav på verksamheternas samverkansstrukturer.

En central del i samverkan handlar om informationsöverföringen mellan verksamheterna. 8 av 10 barnavårdscentraler anger att informationsöverföringen fungerar väl, med det förekommer regionala skillnader. Bland de BVC som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården fungerar informationsöverföringen sämre. I storstadsregionerna anger 22 procent av de BCV som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården att informationsöverföringen fungerar dåligt eller mycket dåligt. Motsvarande andel är 7 procent i landsbygdskommuner och 13 procent i större och näraliggande kommuner. Brister i informationsöverföringen leder till att BVC saknar viktig information om familjen vid den första kontakten eller att den första kontakten med familjen försenas. De förekommer också brister när det gäller informationsöverföringen om familjer i behov av särskilt stöd. Informationsöverföringen kan försvåras när verksamheterna har olika journalsystem eller när information inte kan överföras digitalt.[118]

Av kartläggningen framgår vidare att samverkan med förskolan respektive elevhälsan i huvudsak fungerar väl enligt barnavårds-

[116] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*
[117] Ibid. (s. 29–31).
[118] Ibid. (s. 29–31).

centralerna. 7 av 10 BVC uppger att samverkan med förskolan fungerar bra eller mycket bra och 8 av 10 anger att samverkan fungerar bra eller mycket bra med elevhälsan. När det gäller samverkan med förskolan finns det dock en annan kartläggning av Svenska OMEP i samarbete med Barn- och ungdomsvetenskapliga institutionen vid Stockholms universitet och Barnhälsovården i Region Stockholm som visar att systematisk och strukturerad samverkan är mycket ovanlig och att det inte förekommer i de flesta kommuner. I rapporten anges att mångfalden av verksamhetsamordnare samt stora enheter har försvårat samverkan, även om det finns goda erfarenheter från Gotland och Region Jönköping. Däremot anges i rapporten att kontakt tas vid behov kring enskilda barn.[119]

När det gäller samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten anger ungefär hälften av barnavårdscentralerna att samverkan fungerar bra eller mycket bra. Bristerna rör i hög grad återkoppling och informationsöverföring. Det förekommer också att samverkan med socialtjänsten inte fungerar alls och företrädare för barnavårdscentralerna anser att detta påverkar förutsättningarna för att tillhandahålla tidiga insatser. Ungefär hälften av barnavårdscentralerna uppger att samverkan med tandvården fungerar bra eller mycket bra. Kartläggningen visar dock att företrädare för barnavårdscentralerna är mer nöjda med samverkan vid samlokalisering med de andra vårdverksamheter, så som mödrahälsovården, socialtjänst och tandvården. Sämst fungerar samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Drygt 4 av 10 barnavårdscentraler anser att samverkan med BUP fungerar dåligt eller mycket dåligt och endast drygt 2 av 10 anser att samverkan med BUP fungerar bra eller mycket bra. Det handlar bland annat om långa väntetider. I vissa fall är samverkan med BUP inte aktuell eftersom de inte tar emot barn under sex år. Samverkan med barnhälsovårdspsykologen fungerar bättre, 84 uppger att sådan samverkan fungerar bra eller mycket bra.[120]

[119] Svenska OMEP (2019): *Samarbete förskola – barnavårdscentral En nationell enkätundersökning 2019*.
[120] Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård*.

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska insatser

Elevhälsans arbete förutsätter samverkan med andra vårdverksamheter bland annat inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Sådan samverkan är en betydelsefull förutsättning för att barn och unga vid behov ska kunna erbjudas adekvata vårdinsatser. Uppföljningar från myndigheter och statliga utredningar visar dock att det förekommer brister i samverkan mellan elevhälsan och andra vårdverksamheter. Det gäller särskilt samverkan med primärvården och barn- och ungdomspsykiatrin, men även samverkan med tandvården behöver utvecklas.[121] Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sin tillsyn sett att förutsättningar för samverkan varierar i de olika länen.[122] Endast en tredjedel av regionerna har till exempel upprättat länstäckande styrdokument för samverkan mellan regionens hälso- och sjukvård och elevhälsan i länet.[123] I de län där sådana överenskommelser förekommer fungerar samverkan bättre.[124] Sveriges Tandläkarförbund genomförde år 2019 en undersökning i samarbete med Dietisternas Riksförbund och Sveriges läkarförbund som visade att ungefär en tredjedel av skolläkarna och skolsköterskorna samverkade med primärvården och endast cirka en av tio angav att de samverkade med tandvården.[125] IVO har också uppmärksammat frågeställningar i tillsynen som rör otydligheter om elevhälsans ansvar i förhållande till primärvården.[126]

IVO lyfter fram att samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) är särskilt problematisk. Det handlar bland annat om att BUP ställer krav på elevhälsan som inte alltid är förenliga med elevhälsans uppdrag och förutsättningar. Det gäller till exempel krav på att elevhälsan genomför olika former av basutredningar eller att elevhälsan ska ansvara för att följa upp läkemedelsbehandling som ordinerats av BUP. BUP:s krav på elevhälsan att genomföra basutredningar kan också innebära ytterligare en fördröjning innan barnet eller den unge kan få kontakt

[121] SOU 2010:95 *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet* och SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*.
[122] IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län.*
[123] Ibid.
[124] IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan.*
[125] Sveriges Tandläkarförbund et.al. (2019): *Förutsättningar för god mun- och allmänhälsa hos barn och ungdomar – Enkät till skolpersonal.*
[126] IVO (2018): *Remissvar på SOU 2018:39 God och nära vård en primärvårdsreform*.

med BUP. Det har också framkommit samverkansproblem med psykiatrin i övergången mellan hälso- och sjukvård för barn och unga respektive vuxna. Det har i första hand handlat om oklarheter kring vilken verksamhet som har huvudansvar för den unge.[127]

Samverkansproblem uppstår inte sällan på grund av att de involverade parterna upplever att ansvarsförhållandena mellan olika vårdverksamheter är otydlig. Detta problem har belysts i flera offentliga utredningar och i myndighetsrapporter av olika slag.[128] Oklarheter i ansvarsfördelningen leder till att barn och unga bollas mellan de olika vårdverksamheterna och att de inte alltid får sina behov av vård och insatser tillgodosedda. Ansvarsfördelningen är särskilt oklar mellan elevhälsan och barn- och ungdomspsykiatrin.[129] Barn- och ungdomspsykiatrin ställer ofta krav på att elevhälsan ska genomföra olika former av basutredningar mm. Skollagen bidrar med vissa förtydliganden när det gäller elevhälsans utredande och övriga ansvar i denna del. Av skollagen framgår att elevhälsans medicinska insatser främst ska vara hälsofrämjande och förebyggande och bidra till elevernas utveckling mot målen (2 kap 25 § skollagen). Elevhälsan ska också erbjuda ett antal hälsobesök under skolåren (2 kap. 27 § skollagen). I övrigt kan elevhälsan bistå med enklare sjukvårdsinsatser (2 kap 28 § skollagen). Med detta avses i första hand omplåstring och bedömning av en olyckshändelse.[130] Skollagens förarbeten anger att elevhälsans fokus inte ska vara hälso- och sjukvård i snäv bemärkelse utan förebyggande och hälsofrämjande insatser i ett bredare perspektiv. Enligt skolförfattningarna har skolan även ett utredande ansvar. Detta ansvar är dock huvudsakligen kopplat till skolprocesser av olika slag, så som till exempel ansvaret att utreda om en elev är i behov av särskilt stöd för att nå kunskapskraven eller det utredningsansvar som föregår mottagande i grund- eller gymnasiesärskola (3 kap 7 § och 7 kap 5 § skollagen). Av skollagen framgår även att behovet av särskilt stöd ska utredas om eleven uppvisar andra svårigheter i sin skolsituation (3 kap 8 § skollagen). Med andra svårigheter i sin skolsituation avses enligt förarbetena situationer där en elev behöver särskilt stöd även om det just då inte finns anledning

[127] IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* (s. 15).
[128] SOU 2010: 95 *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning* (s. 206).
[129] SOU 2010:95 *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning* och IVO (2015): *Elevhälsan – Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.
[130] Prop. 2009/2010:165 *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 658).

att befara att han eller hon inte ska nå kunskapskraven som minst ska uppnås.[131] Det kan handla om elever som behöver betydande anpassningar som inte kan hanteras i den ordinarie undervisningen.[132]

Ungdomsmottagningarnas samverkan med andra

Av SKR:s kartläggning framkommer att en återkommande utmaning är att ungdomsmottagningarnas resurser inte planeras effektivt, vilket gäller både hos huvudmän som har en enskild mottagning och huvudmän som har flera. Ungdomsmottagningarna utarbetar på olika håll metoder, insatser och kompetensförsörjning. Det finns exempel på mottagningar som samplanerar sina verksamheter för att till exempel kunna erbjuda gruppstöd, vilket kan vara svårare för mindre mottagningar att erbjuda. Andra ungdomsmottagningar tar ett helhetsgrepp kring planeringen av personal och vikarier för alla sina verksamheter. En mer samordnad resursplanering skulle kunna öka resurseffektiviteten och möjliggöra insatser som enskilda ungdomsmottagningar inte kan tillhandahålla på egen hand. Det är även viktigt att huvudmän som ansvarar för enskilda mottagningar ser över samarbetet med andra huvudmän. Samverkan sker även på nationell nivå, via Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningars nätverk för verksamhetsutvecklare och chefer för ungdomsmottagningar, och konferenser.[133]

Andra aktörer som ungdomsmottagningarna vanligen samverkar med är skolan, socialtjänsten, polisen, och övrig hälso- och sjukvård som BUP, vårdcentraler och abortmottagningar samt det lokala civilsamhället.[134]

Förutsättningarna för att samverka med skolan varierar, geografin kan spela roll samt den lokala skolstrukturen. I glesbygden verkar det ofta finnas upparbetade kontaktvägar mellan skolan, elevhälsan och ungdomsmottagningarna. I SKR:s kartläggning lyfts att ungdomsmottagningarnas kompetens kan komma till nytta i skolans sex- och samlevnadsundervisning, eftersom ungdomsmottagningarna har lång erfarenhet och stor kunskap om ungdomars sexualitet

[131] Prop. 2009/10:165 *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 664).
[132] Prop. 2013/14:160 T*id för undervisning – lärares arbete med stöd, särskilt stöd och åtgärdsprogram* (s. 37).
[133] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*
[134] Ibid.

och egenmakt. Detta skulle med fördel kunna ingå i tydliggjorda uppdrag med rutiner och riktlinjer för ungdomsmottagningarna.[135]

En tydligare utvecklad samordning av aktörernas individriktade insatser kan säkerställa att den enskilda ungdomen får ett ändamålsenligt stöd. Förtydligandet kan exempelvis innefatta rutiner för när en ungdomsmottagning ska kontakta elevhälsan, när ungdomen bör gå i stödbehandling hos en ungdomsmottagning och när remiss behövs till annan vårdnivå. Det skulle även kunna innebära rutiner som beskriver när och hur vårdnadshavare eller socialtjänst ska kontaktas.[136]

Hälso- och sjukvårdens samverkan med socialtjänsten

I hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen finns krav på samordning och samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En individuell plan (så kallad SIP, samordnad individuell plan) ska upprättas mellan kommunen och regionen när en person har behov av stödinsatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Vissa uppföljningar av gruppen barn och unga visar att utvecklingsarbetet med SIP har gett resultat och att antalet upprättade individuella planer har ökat över tid, men arbetet har kommit olika långt i olika delar av landet.[137]

Det finns också mycket som pekar på att det är svårt att få den samordnade planen att verkligen bli en fungerande plan för samordning. En rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys om samordnad vård och omsorg från 2016 visar att det saknas tillräckliga förutsättningar för personalen inom vården och omsorgen att arbeta mer samordnat. Det saknas också en gemensam syn om vad samordnad vård och omsorg innebär för patienter och brukare vilket bidrar till svårigheter att samverka. Det utgör också ett hinder för att utvärdera samordningen, både lokalt och nationellt. Vidare kan sekretesslagstiftningen i vissa fall försvåra arbetet över myndighets- och institutionsgränser.[138]

---

[135] SKR (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa*.
[136] Ibid.
[137] Socialutskottet (2017): *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering.*
[138] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem (2016:1).*

Skolverkets och Socialstyrelsens uppföljning av TSI-projekten som beskrivs i bakgrund och nuläge, kap. 4, visar att ansvarsgränser tenderar att snävas åt när verksamheterna är ekonomiskt pressade. Det tidiga och förebyggande arbetet riskerar att prioriteras bort i besparingstider till fördel för den lagstyrda verksamheten. Personalomsättning påverkar också utvecklingsarbetet, särskilt när strukturerna inte är stabila. Inom flera utvecklingsarbeten rapporteras om svårigheter att få den regionala hälso- och sjukvården att delta aktivt i utvecklingsarbetet och få tillgång till primärvårdens resurser. Det kan exempelvis bero på att varje region har många kommuner att samverka med och prioriterar hårt vilka utvecklingsarbeten de går in i utanför sitt grunduppdrag. Andra svårigheter som rapporteras är dels att involvera barn, unga och föräldrar i utvecklingsarbetet, dels att komma i gång med systematisk uppföljning. Det finns också, enligt Socialstyrelsens och Skolverkets bedömning, juridiska hinder som innebär att gemensam personuppgiftbehandling inte får ske i utvecklingsarbetet. Det berör såväl frågan om barn, unga och föräldrars delaktighet som systematisk uppföljning.

Samverkan hälso- och sjukvården och tandvården

Socialstyrelsen gjorde 2019 en kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård. Kartläggningen visar att det finns brister i samverkan och att dessa brister bland annat leder till ojämlikheter i vården och en risk för att patienter faller mellan stolarna. De stora hindren för samverkan bottnar i en lång tradition av två separata system med olika kulturer, finansiering, ledning och styrning. Systemskillnaderna avspeglas bland annat i hur vården organiseras, liksom i olika finansieringsmodeller, där tandvårdens insatser till stor del betalas av patienten själv. Dessa system- och kulturskillnader gör att samverkan inte faller sig naturligt mellan hälso- och sjukvården och tandvården. Socialstyrelsen gör samtidigt bedömningen att kunskaperna om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa har ökat på senare tid och att ett ökat fokus på gemensamma riskfaktorer för allmän hälsa och munhälsa har medfört att flera initiativ har tagits för en bättre samverkan.[139]

[139] Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård – Slutrapport 2019.*

5.12 Sammanfattande analys

Utredningens sammanfattande bedömning är att ovan beskrivna systembrister får konsekvenser för barn och unga. Bristerna leder till sämre möjligheter att främja hälsa, stärka motståndskraft och förebygga fysisk och psykisk ohälsa och långvariga eller kroniska sjukdomar. Om inte hälsouppföljningen och uppföljningen vid ohälsa eller olika sjukdomstillstånd fungerar fullt ut, leder det till försenad upptäckt och fördröjda insatser som till exempel utredning och behandling. Skadeeffekterna blir mer kännbara för barn och unga än för vuxna, eftersom de befinner sig i en utvecklingsfas som lägger grund för hela deras fortsatta liv. Bland barn och unga i Sverige finns i dag exempel på onödig försämring av hälsan, misslyckanden i skolan eller i nära relationer, samt stress och otrygghet i vardagen som påverkar hela familjen. På längre sikt kan bristande hälsofrämjande arbete, långvariga hälsoproblem och eftersatta behov också påverka hälsan som vuxen, samt möjligheter till ett gott arbetsliv och föräldraskap.

5.12.1 Reglering av barn-och ungdomshälsovård saknas

Utredningen konstaterar att barn- och ungdomshälsovården är fragmentiserad med många huvudmän och vårdverksamheter och att det saknas en tydlig nationell styrning av verksamheterna. Det gäller såväl mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens som ungdomsmottagningarnas verksamhetsformer och dess innehåll. I praktiken innebär det att det finns variationer över landet när det gäller verksamhetsformer, uppdrag och övriga förutsättningar. Det finns en risk att den långsiktiga hållbarheten och stabiliteten för dessa verksamheter påverkas när övergripande reglering av verksamheterna och dess innehåll saknas.

Socialstyrelsens allmänna råd 1991:8 Hälsoundersökningar inom barnhälsovården, upphörde att gälla 2009 med motiveringen att skriftens innehåll var föråldrad. Barnhälsovårdens professioner påtalade därefter behovet av reglering av verksamheten för att stödja utvecklingen av en jämlik och rättvis barnhälsovård. Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag och vägledning för barnhälsovården. Arbetet genomfördes av Socialstyrelsen i samarbete med professionsföreträdare och ledde till Vägledning

för barnhälsovård 2014, med kunskaps- och handläggningsstöd för yrkesverksamma och beslutsfattare. De centrala barnhälsovårdsenheterna och företrädare för professionen har drivit och samordnat frågor inom barnhälsovårdens område, och tagit fram Rikshandboken för barnhälsovård, som omnämnts tidigare. Detta arbete har resulterat i en relativt stabil nationell samsyn kring barnhälsovårdens innehåll och även en relativt jämlik vård, även om det fortfarande finns variation. Professionsföreträdare vittnar dock om att det förekommer avsteg från genomförandet av barnhälsovårdens program, framförallt på grund av ekonomiska skäl och att hälsofrämjande och förebyggande arbete får stå tillbaka för mer sjukdomsinriktade insatser. De uttrycker en oro för en ökande ojämlik vård på grund av att reglering saknas.

För mödrahälsovårdens verksamhet finns ingen vägledning eller motsvarande styrdokument från nationell nivå. Det finns dock ett kunskapsstöd som stödjer mödrahälsovården i sitt arbete, i form av en rapport framtagen av professionerna. De riktlinjer och underlag som finns att tillgå för mödrahälsovårdens verksamhet tolkas olika utifrån de förutsättningar som finns på förlossningskliniker, regioner och barnmorskemottagningar. Det bidrar till en ojämlik vård i landet. På nationell nivå har riksgruppen för mödrahälsovårdsläkare och samordningsbarnmorskor i Sverige med stöd av Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och Svenska barnmorskeförbundet tagit initiativ till att en rikshandbok för mödrahälsovård, i likhet med den som finns för barnhälsovården, ska utvecklas med syftet att skapa en mer jämlik och rättvis mödrahälsovård. En ansökan om detta har lämnats in till Sveriges Kommuner och Regioner och Inera.

Ungdomsmottagningar benämns ibland som en frivillig verksamhet för regionen, men ungdomsmottagningarnas verksamhet står på samma juridiska grund som både mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens verksamheter. Alla uppdragen grundar sig i det lagstadgade ansvaret att arbeta med att förebygga ohälsa. Hur arbetet ska organiseras finns inte reglerat. Utredningen bedömer att det finns ett behov av ett juridiskt förtydligande av hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga.

Elevhälsans medicinska insats är till skillnad från de övriga verksamheterna i barn- och ungdomshälsovården, reglerad i lag. 2010 infördes elevhälsa som begrepp i skollagen och sedan dess har elev-

hälsans verksamhet huvudsakligen utvecklats mot att stödja elevernas utveckling mot målen. En viktig utgångspunkt för förändringen var det ömsesidiga beroendet mellan hälsa och lärande och behovet av ett tvärprofessionellt arbetssätt i elevhälsan för att skapa goda förutsättningar för lärande, hälsa och utveckling. Samtidigt fasades skolhälsovård som begrepp ut ur skollagen och därmed skolhälsovårdens uppdrag att ”följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem”, enligt 14 kap 2 § 1985-års skollag. I samband med förändringen genomfördes ingen analys av vad det skulle få för konsekvenser för arbetet med elevers hälsa, som inte är en direkt följd av utbildningssituationen eller påverkar lärandet. Enligt nuvarande skollagen ska elevhälsan visserligen fortsatt främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande och hälsobesöken i skolan ska innefatta allmänna hälsokontroller och ha ett hälsofrämjande och förebyggande syfte, men det är inte längre lika tydligt i lagen att dessa insatser ska ta sikte på elevernas fysiska och psykiska hälsa och hälsosamma levnadsvanor.

Den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser definieras i regel som hälso- och sjukvård och i förhållande till detta har skolhuvudmannen ett vårdgivaransvar och rektorn ett ansvar som verksamhetschef. Elevhälsans medicinska insatser omfattas därmed av de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller vårdgivare. Elevhälsans medicinska insatser kan däremot inte definieras som kommunal hälso- och sjukvård i enlighet med de avgränsningar som finns för kommunal hälso- och sjukvård i hälso-och sjukvårdslagen. Detta medföra vissa svårigheter vid en mer sammanhållen reglering av de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovård.

5.12.2 Alla barn och unga får inte del av hälsofrämjande och förebyggande stöd och insatser under hela sin uppväxt

Utredningen konstaterar att utformningen av arbetet med hälsouppföljning, hälsofrämjande och förebyggande stöd och åtgärder ser helt olika ut för olika åldrar och är beroende av vilket verksamhetsområde som har ansvaret. Även metodstöd och kunskapsstöd för genomförandet skiljer sig mycket åt, både avseende utformning och

omfattning, men även kvalitet. För barnhälsovården finns ett bearbetat och aktuellt metod- och kunskapsstöd i form av Rikshandboken, medan övriga verksamhetsområden inte har metod- och kunskapsstöd i motsvarande omfattning. De metod- och kunskapsstöd som finns tar sikte på de enskilda verksamheterna och det saknas ett gemensamt syfte, mål, metodik och struktur för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med barn och unga, och deras familjer. Utredningen bedömer att en sådan gemensam modell eller program för barn och unga genom uppväxtåren, skulle leda till ökad kvalitet och bättre förutsättningar till jämlik och likvärdig hälsovård.

Det är angeläget att regelbundet övervaka och följa barns och ungas utveckling, för att tidigt upptäcka avvikelser och behov av åtgärder och stöd. Ett bra föräldraskapsstöd är avgörande för att främja barnets och familjens hälsa, och att förebygga ohälsa.

Barns och ungas utveckling, problem och uttryck ser olika ut i olika åldrar. Varje ålder har sina viktiga utvecklingssteg som behöver följas och stödjas, för att främja en god hälsoutveckling och förebygga ohälsa. Det kräver olika strategier och kompetenser av hälso- och sjukvården. Under det tidiga livet är till exempel tillväxt, motorisk utveckling psykomotorisk utveckling och psykosocial utveckling viktiga att följa, med syfte att finna utvecklingsavvikelser och att stödja vårdnadshavarna. Det ställer krav på särskild kompetens inom till exempel anknytningsteori, utvecklingspsykologi och utvecklingsneurologi. Vårdnadshavare kan behöva stöd kring till exempel matvanor, sömnsvårigheter och samspelet med sitt barn.

Det är också viktigt att följa skolbarns och ungdomars tillväxt, utveckling och mående, för att identifiera funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem, inte minst psykisk ohälsa. Hälsouppföljningen ska ligga till grund för att barnet eller den unga personen ska kunna få det stöd som de behöver. Även när barn befinner sig i skolåldern kan vårdnadshavare ha behov av stöd för att kunna bidra till en god hälsoutveckling hos barnet. Ett sådant föräldraskapsstöd erbjuds dock inte på samma sätt i elevhälsans medicinska insats som det görs inom barnhälsovården.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbete som genomförs i elevhälsans medicinska insats tar, som tidigare nämnts, alltmer sikte på att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. En konsekvens av detta blir att elevhälsans medicinska insats inte alltid tillhandahåller insatser när det har identifierats att en elev har ohälsa

eller kan komma att utveckla ohälsa som inte beror på skolsituationen och inte heller synbart påverkar elevens förmåga att nå utbildningens mål. Samtidigt finns ingen annan tydligt utpekad aktör som har detta uppdrag. Det leder till ett glapp mellan barns och ungas behov och det stöd de får. Skolinspektionens och Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn bekräftar detta, då det visat sig att den information som samlas in vid hälsobesöken inte alltid följs upp eller leder till insatser. Det betyder att hälsobesöken riskerar att inte ha tillräcklig effekt på barns och ungas hälsa. Det finns inte heller någon systematisk överföring av hälsoinformationen till regionen så att den kan ligga till grund för hälsofrämjande insatser på grupp- eller individnivå med regionen som huvudman.

Utredningen bedömer att elevhälsans insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa inte är tillräckliga. Det finns visserligen goda exempel på hur skolhuvudmän och skolor arbetar med att utveckla det hälsofrämjande arbetet men på många skolor bedrivs inte det hälsofrämjande arbetet systematiskt och arbetets kvalitet och omfattning är i hög grad personberoende. För att kunna följa och stödja barns och ungas hälsoutveckling krävs ett väl utvecklat systematiskt hälsofrämjande och förebyggande arbete med långsiktighet. Ur ett hälsoperspektiv är det problematiskt om det hälsofrämjande arbetet inte prioriteras eller hinns med. Om insatser som främjar barns och ungas fysiska och psykiska hälsa och en hälsosam livsstil uteblir, kan det få konsekvenser för barnets eller den unges hälsa, utveckling och välmående. Utgångspunkten behöver vara elevernas behov och ta sikte på att både undanröja hinder för lärandet och barns och ungas hälsoutveckling och välmående som sådant. Att eleverna klarar skolan är en avgörande skyddsfaktor och förutsättning för hälsa men på motsvarande sätt är hälsa och välbefinnande också en förutsättning för att elever ska kunna lära och utvecklas i skolan.

Utredningen vill i likhet med Skolinspektionen lyfta fram att det är av stor betydelse att elevhälsopersonalen dels befinner sig i skolan, dels är aktivt synliga för eleverna. Det är relativt vanligt att elever inte har tillgång till samtliga yrkeskategorier inom elevhälsan och att elevhälsans personal bara är tillgänglig på skolan vissa dagar i veckan och även mer sällan än så. Den viktiga principen om närheten till barn och unga som så ofta lyfts fram till elevhälsans fördel upprätthålls då inte för alla barn och unga. När tillgängligheten till elevhälsans personal brister finns det risk för att barn och unga att inte

få sina behov tillgodosedda och att de kan gå miste om den specifika kompetens som elevhälsopersonalen besitter och som kan behövas för att identifiera behov av vård och stöd. Det gäller inte minst barn och unga från socioekonomiskt utsatta grupper. Utredningen bedömer att det är viktigt att insatser görs för att öka tillgängligheten till elevhälsans personalgrupper. Utredningen stödjer därför förslag från Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) i som innebär att en acceptabel lägstanivå för tillgången till de professioner som anges i lagen och hur tillgången till personalen kan följas upp i förhållande till antalet elever (SOU 2021:11 Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning).

Barn och unga som inte studerar får inte del av det hälsofrämjande och förebyggande erbjudandet. Det handlar framförallt om unga personer som inte fortsätter till gymnasieskolan och då inte erbjuds det hälsobesök som enligt lag ska ske minst en gång under gymnasietiden. Det betyder att dessa unga personer inte per automatik får ett hälsobesök med hälsosamtal och de stöd och insatser de behöver. Utredningen bedömer att det hälsofrämjande och förebyggande erbjudandet ska nå fram till alla barn och unga, oavsett deras livssituation.

Rättigheter kring den sexuella och reproduktiva hälsan når inte heller alla grupper. Till viss del ingår området i elevhälsans uppdrag, men i relativt begränsad omfattning. Ungdomsmottagningar existerar i olika utsträckning parallellt med elevhälsan och annan hälso- och sjukvård. Alla unga är välkomna att söka, men det är på den unges initiativ och alla gör inte det. Ungdomsmottagningarnas förhållningssätt att finnas för ungdomarna på deras villkor och initiativ är mycket bra och bidrar till goda förutsättningar för förtroende. De unga personer som har behov av stöd kring frågor som rör den sexuella hälsan, men inte själv av olika skäl söker sig till ungdomsmottagningen, får dock inte stödet. Dessa unga personer riskerar att få en försämrad hälsoutveckling. Till exempel handlar det om tonårspojkar och unga män, unga som lever i social utsatthet, unga med funktionsnedsättning och unga med en kulturell bakgrund där frågor om sex och preventivmedel är tabu. Många ungdomsmottagningar arbetar dock aktivt för att nå dessa grupper.

Utredningen bedömer att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter tydligare behöver ingå i det hälsofrämjande och förebyggande erbjudandet till alla och som en naturlig del i ett kommande gemensamt hälsovårdprogram för barn och unga.

Skolhuvudmännens och rektorernas kunskap om vilka krav hälso- och sjukvårdslagen ställer på elevhälsans medicinska insatser behöver stärkas. De kunskapsbrister som framkommit i tillsynens granskningar och utredningens dialoger riskerar att få konsekvenser på genomförande, kvalitet och patientsäkerhet.

Utredningen konstaterar att det är en utmaning för skolhuvudmännen att styra, leda och tillhandahålla elevhälsans medicinska insatser av hög kvalitet som motsvarar elevernas behov. Variationerna inom och mellan skolhuvudmän och skolenheter är stora. Skolinspektionens regelbundna tillsyn visar på återkommande brister, som kan bero på till exempel elevhälsans arbetssätt, hur mycket resurser rektorn avsätter, kompetensutveckling och stöd till rektorer, svårigheter att rekrytera särskilt i glesbygden samt kombinationen av små skolenheter och stora geografiska avstånd.

5.12.3 Samordningen mellan verksamheter brister

Utredningen konstaterar att samordning mellan vårdverksamheter och nivåer brister på flera sätt.

Informationsöverföring och överlämning mellan verksamheterna i barn- och ungdomshälsovården fungerar inte alltid, vilket leder till att viktig information om barnet eller den unge inte kommer fram. Det innebär en risk för att fortsatt vård och stöd inte genomförs på ett ändamålsenligt sätt och att barnets eller den unges hälsa försämras.

Det är angeläget att elevhälsans medicinska insats agerar i sin roll som första ledet i en vårdprocess, där fler vårdverksamheter har ansvar för att barnet eller den unge ska få de insatser som de behöver. Elevhälsan har en central roll när det gäller att uppmärksamma behov av insatser, inte minst vid hälsobesöken. Elevhälsans medicinska insats behöver också ta ansvar för att vid behov leda barnet eller den unge vidare till en annan vårdverksamhet eller vårdnivå. Barn och unga som utredningen träffat uttrycker att det är viktigt att elevhälsan lotsar dem till vården och att elevhälsan sedan följer upp att

insatser genomförts. När samverkan mellan elevhälsan och övrig hälso- och sjukvård brister, kan det få konsekvenser för barn och unga som har behov av mer fördjupade insatser av fler vårdverksamheter, särskilt för elever som inte har ett tillräckligt socialt stöd i hemmet. Utredningen bedömer att ansvaret för samverkan mellan region och skolhuvudmän behöver förtydligas och förstärkas.

Barn och unga med långvariga och stora vårdbehov och deras närstående möter ibland ett dysfunktionellt system när det gäller samordning och planering av till exempel besök och insatser, när de i stället behöver en koordinerad och samordnad vård och omsorg. Dessa barn hamnar också ofta utanför de breda hälsofrämjande och förebyggande insatserna eftersom fokus läggs på sjukdomen, vård och behandling. Barn och unga med komplexa behov behöver ofta breda och långvariga insatser där varje enskild profession, team eller verksamhet inte kan bidra isolerat med sina insatser var för sig, utan det behövs helhetssyn och koordination. Komplexa vårdbehov eller kroniska tillstånd innebär ofta risk för samsjuklighet, skolmisslyckanden och försämrad hälsa. I utredningens dialogmöten med verksamhetsföreträdare i Sverige, lyftes återkommande gruppen barn med långvariga och större vård- och omsorgsbehov samt från flera även behovet av en koordinator för att hålla samman vård och insatser för barnet. Utredningen bedömer att barns och ungas rätt till fast vårdkontakt behöver förstärkas.

5.12.4 Ökat ansvar, resurser och kompetenser till primärvården i omställningen till en god och nära vård

I omställningen till en nära vård ska primärvården vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med övriga vårdverksamheter. För att det ska vara möjligt behöver primärvården stärkas med tillgänglig tvärprofessionell barn- och ungdomskompetens och med kompetensöverföring från den specialiserade vården för att i framtiden kunna ansvara för fler barn och unga med olika kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa. Det är avgörande för ett framtida gott omhändertagande av barn och ungas behov. Det finns olika modeller för att tillgängliggöra den specialiserade vårdens kompetens i primärvården, till exempel kan primärvården använda moderna it-lösningar för att

konsultera den specialiserade vården. Det kan också bidra till ökad kunskapsöverföring.

Primärvårdens roll som första ingång vid ohälsa behöver också stärkas, det har framkommit vid utredningens dialogmöten. I de fokus- och expertgrupper som utredningen har genomfört med unga personer har det till exempel lyfts fram att primärvården borde vara den självklara vägen in i vården för unga personer med psykisk ohälsa, på samma sätt som vid fysisk ohälsa.

5.12.5 Psykisk ohälsa leder till allvarliga konsekvenser

De allra flesta barn och unga känner ett psykiskt välbefinnande och signalerar inga psykiska besvär eller psykiatrisk sjuklighet. Utvecklingen av barns och ungas psykiska hälsa i Sverige skiljer sig inte nämnvärt från den övriga västvärlden även om barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige har det högsta antalet medarbetare per capita och högst andel barn som har kontakt med specialistnivån.

När det gäller psykisk ohälsa är det ibland oklart vilket ansvar respektive aktör har för att identifiera, utreda och behandla psykisk ohälsa av olika slag och det förekommer att barn och unga bollas mellan verksamheter. Det finns brister i den somatiska vården kring hantering av psykisk ohälsa och på motsvarande sätt finns brister i den psykiatriska vården att hantera kroppslig ohälsa. Utredningen bedömer att det ibland är problematiskt att barns och ungas psykiska och fysiska hälsa hanteras av olika vårdverksamheter. Det är ofta svårt att skilja den fysiska och psykiska hälsan åt eftersom den psykiska ohälsan hos barn ofta tar sig uttryck i fysiska besvär, det gäller inte minst de små och späda barnen. Kroniska sjukdomar påverkar i stor utsträckning även individens psykiska hälsa. Psykisk ohälsa medför ofta problem med dålig sömn, övervikt och fetma, missbruk, stressrelaterad ohälsa och enligt vissa studier finns en översjuklighet i astma och diabetes. Psykisk sjukdom leder lätt vidare till annan samsjuklighet, som till exempel riskbruk som i sin förlängning kan vara lika livshotande som kroppslig svår sjukdom. Psykiska problem medför en ökad risk för kortare livslängd. Dessutom är insatser som främjar den fysiska hälsan ofta viktiga insatser som främjar den psykisk hälsan, det gäller till exempel insatser som handlar om fysisk aktivitet, kosthållning och sömn.

Skolhuvudmännen upplever den psykiska ohälsan hos barn och unga som en av skolans och elevhälsans största utmaningar. Trots det är skolans elevhälsa och tillgången till elevhälsan kompetenser inte alltid anpassad efter elevernas behov. Skolpsykologer köps in per timme och har i huvudsak en konsultativ funktion. Även i detta sammanhang bedömer utredningen att förslag från Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) kan komma att bidra till en mer likvärdig tillgång till elevhälsa. Utredningen bedömer också att insatser för att främja elevernas psykiska hälsa och förebygga ohälsa behöver utvecklas i skolan.

5.12.6 Kunskapsstyrning för barn- och ungdomshälsovård är av varierande kvalitet och inte samordnad

Tillgången till nationella kunskapsstöd baserade på evidens och beprövad erfarenhet varierar i de olika verksamheterna som utgör barn- och ungdomshälsovården, det vill säga mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningar. De nationella kunskapsstöd som finns är implementerade i varierande grad och inte samordnade med varandra. Utredningen bedömer att tillgången till kunskapsstöd behöver öka generellt, liksom kunskapsutbytet mellan verksamheterna.

Kvalitetsarbete behöver ske med systematik, med uppföljningar och utvärderingar av verksamheternas arbete och ständiga förbättringar. Genom att ta fram kunskap kring effekter av olika arbetssätt och metoder, och förbättra möjligheten att dela kunskap mellan verksamheter kan kvaliteten öka, liksom förutsättningarna för en mer jämlik vård.

Utredningen vill betona vikten av kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och att organisationen för kunskapsstyrning som drivs av regionerna gemensamt, är en central del av detta. En effektiv och sammanhållen vård med god kvalitet ger professionerna och forskningen mer resurser och utrymme för en fortsatt medicinteknisk utveckling som i sin förlängning kan stärka patienters egenkraft, förhindra sjukdomar och minska behovet av hälso- och sjukvård i framtiden.

Det nationella programområdet för barn och ungdomars hälsa i regionernas kunskapsstyrningsorganisation, har integrerat barnhälsovårdens struktur som en nationell arbetsgrupp (NAG) inom

ramen för kunskapsstyrningen. Motsvarande struktur för övriga åldrar och verksamheter inom barn- och ungdomshälsovården saknas. Utredningen bedömer att det skulle vara fördelaktigt med en struktur för barn och unga som har i uppdrag att hålla samman arbetet med kunskapsstyrning för barn- och ungdomshälsovård som helhet. Det ger förutsättningar för samordning och kvalitetsutveckling.

5.12.7 Hälso- och sjukvården kan anpassas mer utifrån barns och ungas rättigheter och behov

Utredningen bedömer att hälso- och sjukvården behöver utveckla sin förmåga att möta barns och ungas rättigheter och behov. Det gäller både på en övergripande nivå av systemet, och i det enskilda vårdmötet.

Hälso- och sjukvårdsystemet med uppdelade verksamheter och olika kompetensområden har svårt att möta barns och ungas behov, som ofta är sammansatta och kräver en samling av kompetenser och funktioner, för att ge ett ändamålsenligt stöd. När ansvar och uppdrag är otydliga, eller inte utgår från ett patient- och helhetsperspektiv, riskerar det att leda till att barn och unga och deras familjer hamnar i vårdens mellanrum. Där får de inte den vård och behandling och det stöd som de behöver och har rätt till.

Det kräver tid, kompetens, metod och systematik för att göra barn och unga delaktiga med inflytande på sin egen vård. Det handlar till stor del om att skapa delaktighet och inkluderande förhållningssätt och att ha en samlad plan för barnet eller den unge. Det är också viktigt att göra vårdnadshavarna delaktiga, eftersom nästan all information om vård och behandling som gäller barnet går genom dem. Ett familjecentrerat arbetssätt är basen i all vård och omsorg som riktar sig till barn.

Hälso- och sjukvård för vuxna har ofta gått före med utveckling av vården kring stora folksjukdomar och resurser kopplade till vård och behandling. Utredningen menar att det är angeläget att även integrera hälso- och sjukvården för barn och unga i de utvecklingsarbeten där det är relevant och att prioritera utvecklingsarbeten där barn och unga är målgrupp.

För barn och unga som inte har en kontinuerlig vårdkontakt uppstår ofta svårigheter i övergången från hälso- och sjukvård för barn och ungdomar till hälso- och sjukvård för vuxna. Bristerna handlar

om delaktighet och stöd samt information och trygga överlämningar. För barn och unga med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar blir det extra påtagligt, eftersom kontinuitet är viktig för att kunna ge dem det stöd de behöver. Övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna behöver utvecklas så att den unge görs delaktig och förbereds på hur övergången går till, när och hur ansvar kommer att fördelas. För detta krävs både en systematisk och tydlig process för övergången och anpassningar utifrån individens behov.

Negativa upplevelser kan sätta svåra spår i minnet hos ett barn eller en ung person och skada förtroende och tillit för lång tid framöver. En trygg och säker miljö och ett gott bemötande är viktig för att nå resultat i pågående vårdsituationer, men även för kommande situationer i livet. Hälso- och sjukvården som har barn och unga som uttalad målgrupp är i relativt hög utsträckning anpassad avseende till exempel miljö, bemötande, kommunikation, och personalen har ofta kompetens för att möta barn och unga. Samtidigt finns även i dessa verksamheter utrymme för förbättringar. Barn vårdas ibland i verksamheter som även vårdar vuxna patienter, till exempel vid undersökningar av olika slag eller behandlingar där det inte finns särskild barnkompetens. Det kan gälla både i primärvården och i den specialiserade vården. Det ställer krav på anpassningar och barnkompetens även i dessa delar av hälso- och sjukvården.

5.12.8 I ett komplext system finns inga enkla lösningar på sammanhållen vård

Utredningen har i problembilden ovan konstaterat att barn- och ungdomshälsovården består av ett komplext och fragmentiserat system av flera huvudmän och vårdverksamheter som alla arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och förutsättningar. Det saknas en tydlig nationell styrning som kan hålla samman verksamheterna och de hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga under hela uppväxten.

Komplexiteten och fragmentiseringen i systemet har byggts upp under lång tid och beror på flera olika faktorer. Det är delvis en naturlig konsekvens av det decentraliserade ansvaret att organisera, planera och finansiera hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser och delvis en konsekvens införandet av vård- och skolval och mängden aktörer som detta har medfört.

Bara inom skolområdet finns i dag 1 100 skolhuvudmän för de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan som sammantaget ansvarar för landets 6 000 skolenheter. Varje enskild huvudman har ansvar för att organisera och planera elevhälsan och dess medicinska insatser med utgångspunkt från eleverna behov. En klar majoritet av huvudmän ansvarar bara för en enda skola och det finns svårigheter med att leverera elevhälsa som motsvarar elevernas behov.

Inom primärvården organiseras insatser till barn och unga och deras familjer i mödrahälsovård och barnhälsovård och ungdomshälsovård. Regionen är huvudman för denna verksamhet men vården tillhandahålls av en mängd aktörer, både offentliga och enskilda. Tidigare hade primärvården ett tydligt geografiskt områdesansvar som innebar att vårdverksamheterna ansvarade för befolkningens hälsa i bestämda upptagningsområden. Det underlättade samverkan mellan olika aktörer i lokalsamhället såsom förskola och skola och förutsättningarna att samarbeta kring familjens samlade hälsosituation. Det fria skolvalet har på motsvarande sätt förändrat förutsättningarna för skolornas upptagningsområde.

Utredningen konstaterar att den komplexitet och fragmentisering som är inbyggd i det nuvarande systemet inte låter sig lösas på ett enkelt sätt och att det krävs flera olika insatser för att komma tillrätta med problem. I följande kapitel föreslår utredningen några olika insatser som vi bedömer leder till en mer sammanhållen och likvärdig vård för barn och unga i det befintliga systemet. Förslagen tar i huvudsak sikte på att barn och unga ska få rätt insatser och att skapa samordning mellan vårdverksamheterna med stöd av ett gemensamt hälsofrämjande och förebyggande uppdrag och förstärkt samverkan på olika nivåer i systemet.

Utredningen bedömer dock att insatser för att stödja samordning inte är tillräckliga för att till fullo komma tillrätta med fragmentiseringen i systemet. Utredningen bedömer att det också kan behövas en mer omfattande översyn av systemets inneboende logik med vård- och skolval. Detta är dock en mycket stor fråga som får implikationer i hela hälso- och sjukvården och skolväsendet och ligger utanför utredningens uppdrag.

6 Förslag och bedömningar

6.1 Sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Utredningen har i uppdrag att se hur barn och unga kan få en god och nära vård som är mer sammanhållen, likvärdig och effektiv. Särskilt fokus ska läggas på primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Grundproblemet är fragmentiseringen i barn- och ungdomshälsovården, med flera huvudmän och vårdverksamheter som alla arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Det fragmentiserade systemet har byggts upp under många år och har flera dimensioner med både ett decentraliserat beslutsfattande och ett valfrihetssystem som har bidragit till utvecklingen av mångfalden aktörer på området. För att få till stånd en mer sammanhållen och likvärdig vård i ett sådant fragmentiserat och komplicerat system bedömer utredningen att det behövs en tydligare och mer enhetlig styrning av de verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga. Utgångspunkten ska vara att ett helhetsperspektiv på hälsa, där alla barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser, ska säkras under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, val av skola eller vårdenhet.

I följande avsnitt föreslår utredningen ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Utredningen föreslår dessutom att ett nationellt hälsovårdsprogram tas fram för hälsofrämjande och förebyggande insatser som tar ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden. Utredningen bedömer att det behövs en nationell samling kring

utvecklingen och implementeringen av programmet som inkluderar alla berörda aktörer. Det nationella hälsoprogrammet ska tydliggöra vad barn och unga samt barns vårdnadshavare kan förvänta sig av barn- och ungdomshälsovården i form av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Hälsovårdsprogrammet ska också vara det sammanhållande kitt som binder samman de verksamheter inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser som i dag utgör barn- och ungdomshälsovården och bidra till att verksamheterna arbetar utifrån samma mål och uppdrag.

En sådan nationell samling kring ett hälsovårdsprogram statuerar att samhället börja med barnen och tydliggör den grundläggande plattformen i hälso- och sjukvården som behövs för att barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska kunna tillgodoses. Det lägger också grunden för att barn och unga med mer omfattande behov ska kunna uppmärksammas och insatser sättas in i ett tidigt skede. Det stärker därmed även primärvårdens uppdrag som bas i hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska insatsers centrala uppdrag när det gäller barns och ungas hälsa, utveckling och välmående. Det stärker också det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet i bred bemärkelse. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolhuvudmännen behöver skapa förutsättningar för att ett partnerskap kan utvecklas mellan primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser så att barns och ungas behov av samordnad och kontinuerlig vård tillgodoses. Dessutom behöver det finnas förutsättningar för att den specialiserade vården ska kunna utgöra ett konsultativt stöd för primärvården och elevhälsans medicinska insatser. Detta är förenligt med den omställning som nu pågår i hälso- och sjukvården till en god och nära vård och lägger grunden för en vidare påbyggnad av mer fördjupade insatser och samverkan inom och mellan olika vårdnivåer. Utredningen föreslår vidare att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga skärps samt att ett tydligt krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet införs. Sammantaget bildar detta ett mer ändamålsenligt och resurseffektivt system som främjar hälsan hos barn och unga och frigör resurser till dem som har störst behov.

6.2 Förtydligande av skyldigheten att arbeta för att främja hälsa

Förslag: Det ska uttryckligen anges i 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa.

Skälen för utredningens förslag: Det behöver förtydligas i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa. Fokus på hur hälsan kan stärkas är avgörande för att samhället och hälso- och sjukvården ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. En god hälsa är central för den enskilda individen och för välbefinnandet. En befolkning som är frisk och mår bra skapar också bättre förutsättningar för välstånd och ökad tillväxt genom minskad sjukfrånvaro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskade behov av vård och omsorg.[1]

Hälsofrämjande arbete bygger på att skapa stödjande miljöer för hälsa, stärka insatser på lokal nivå och utveckla personliga färdigheter. Detta arbete behöver involvera många olika samhällsaktörer. Hälso- och sjukvården är en av de mest centrala aktörerna, där mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och elevhälsans medicinska insatser är centrala verksamheter för det hälsofrämjande arbetet som riktas till barn och unga. Hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande arbete är dock inte tillräckligt tydligt i lagstiftningen i dag.

6.2.1 Det behöver förtydligas att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa

Hälso- och sjukvården har i dag ett lagstadgat ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa, enligt 3 kap. 2 § HSL. Att medicinskt förebygga sjukdomar och skador ingår dessutom i definitionen av hälso- och sjukvård, enligt 2 kap. 1 § HSL.

Begreppet *främja hälsa* uttrycks inte i HSL i dag, men utredningen bedömer att det av förarbetena kan utläsas att det som i dag brukar kallas för hälsofrämjande arbete var avsett att ingå i hälso-

[1] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 39).

och sjukvårdens ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa. I förarbetena till det som i dag är 3 kap. 2 § HSL anges bland annat följande:

> Det förebyggande arbetet är såväl individ- som samhällsinriktat. Utgångspunkter bör vara å ena sidan olika befolkningsgruppers livsvillkor och livsstil samt å den andra deras hälsotillstånd. Perspektivet omfattar såväl kemiska, fysikaliska och biologiska som ekonomiska och sociala riskfaktorers betydelse för folkhälsan. Det ankommer på de verksamma inom hälso- och sjukvården att aktivt medverka till att uppspåra sådana hälsorisker samt att informera såväl patienter, allmänhet som ansvariga inom andra samhällssektorer om de samhälls- och miljöförhållanden som orsakar hälsoproblem. [2]

I samma proposition nämns hälsoupplysning, som bland annat inkluderar att öka befolkningens kunskaper om kostvanor som befrämjar en god hälsa, som en viktig del att det förebyggande arbete som hälso- och sjukvården ansvarar för. Hälsokontroller, vaccinationer, mödrahälsovård och barnhälsovård är ytterligare exempel på sådant förebyggande arbete som nämns i propositionen.

Hälso- och sjukvården har utvecklats i stor utsträckning sedan dessa förarbeten skrevs och sedan ikraftträdandet av det som i dag är 3 kap. 2 § HSL. Det finns därför behov av modernisering när det gäller de begrepp som används i bestämmelsen, så att de anpassas till den utveckling som skett i hälso- och sjukvården, forskningen och samhället i övrigt.

I dag skiljs begreppen hälsofrämjande och förebyggande mer åt, på så sätt att de har olika betydelser, men de är samtidigt fortfarande mycket nära sammanlänkande med varandra. Det finns också exempel i gällande lagstiftning som skiljer på förebyggande och hälsofrämjande arbete. I 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) anges att elevhälsan främst ska vara förebyggande och hälsofrämjande. Utredningen menar att denna skillnad i begreppsanvändning mellan skollagen och HSL riskerar leda till otydlighet kring vad som gäller i fråga om hälsofrämjande arbete enligt HSL. Med utredningens förslag åtgärdas denna problematik.

Hälsofrämjande åtgärder utgår från kunskapen om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra, medan förebyggande åtgärder utgår från kunskapen om vad som orsakar ohälsa och sjukdom.[3] Syftet med hälsofrämjande åtgärder är alltså inte begränsat till att

[2] Prop. 1984/85:181, *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.* (s. 29).
[3] Whitehead, D. (2006): *Health promotion in practice settings: findings from a review of clinical issues.*

enbart förebygga ohälsa, utan syftar även till att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser för att främja sin hälsa och förebygga och hantera sjukdom. Det innebär också att ha ett salutogent perspektiv och att öka individens delaktighet och tilltro till den egna förmågan.[4] Ett hälsofrämjande, holistiskt och salutogent perspektiv är värdefullt och nödvändigt, för att stödja individen att hantera sin situation och främja sin hälsa. Det finns en stor förbättringspotential i hälso- och sjukvården för att öka individens möjligheter att påverka sin egen hälsosituation.[5]

Förebyggande åtgärder är sådana som förhindrar uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minskar risken för ohälsa.[6]

Hälsofrämjande och förebyggande arbete förutsätter kunskap om de faktorer som påverkar hälsan, hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga de skydds- och riskfaktorer som främjar hälsa och som ökar risk för ohälsa. Målet är att stärka skyddsfaktorers och minska riskfaktorers inverkan på hälsan. Det är ett kunskapsområde som är i ständig utveckling utifrån ökad kunskap om människans biologi, miljömässiga faktorer, livsstil, sociala och ekonomiska faktorer av betydelse för hälsa och betydelsen av samhällets föränderliga krav och förväntningar på individen. Områden som levnadsvanor, vad som påverkar psykisk hälsa samt sociala och ekonomiska faktorers relevans har kommit allt mer i fokus för hälsofrämjande och förebyggande insatser.

I dag används i praktiken ofta begreppet *hälsovård* som ett samlat begrepp för *hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.* Begreppet hälsovård förekommer också i flera förarbeten till hälso- och sjukvårdslagstiftningen.[7] Mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarnas och elevhälsans medicinska insatser kan sägas huvudsakligen arbeta med det hälsovårdande uppdraget. Det har i en tidigare proposition uttalats att typen av hälsovård som till exempel

[4] Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården.*
[5] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.*
[6] Bloom, M., Gullotta, T. (2003): *Evolving definitions of primary prevention. Encyclopaedia of primary prevention and health promotion*.
[7] Se t.ex. prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag m.m*. och prop. 1984/85:181 *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvård*. Begreppet förekommer även i barnkonventionen, t.ex. art 23 och 24.

bedrivs i mödrahälsovården och barnhälsovården har en viktig roll för kvinnors och barns hälsa, och att det är angeläget att den bedrivs i oförminskad omfattning.[8] Utredningen menar att förslaget lyfter fram och än mer stärker det viktiga arbete som bedrivs inom ramen för hälsovårdsverksamheterna.

Utredningen bedömer att det hälsofrämjande arbetet är en grundläggande förutsättning för att åstadkomma en bättre hälso- och sjukvård för barn och unga. Hälsofrämjande åtgärder tidigt i livet lägger grunden för en god hälsa och välmående för barn och unga och är också en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och social hälsa och välbefinnande för den enskilde. Det lägger också grunden för en långsiktigt socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård.

Många insatser är mer effektiva vid tidigare ålder. Det handlar dels om att problemen är mindre och att barn är mer formbara. Deras närmaste miljö och relationen till vårdnadshavare är också mer formbar i tidigt skede, innan eventuella negativa föreställningar och förväntningar har hunnit byggas upp om varandra och relationen. Det handlar också om att onödiga kostnader kan undvikas, eftersom problemen riskerar att bli större och mer kostsamma när barnen blir äldre.[9]

Det finns också allt fler belägg för att insatser som främjar psykisk hälsa, i synnerhet hos barn, är verkningsfulla och kostnadseffektiva. Det konstaterar WHO:s resolution från 2012 om den globala bördan av psykiska störningar och behovet av en övergripande och samordnad respons från hälsosektorer och sociala sektorer på nationell nivå. FN:s barnrättskommitté uppmanar staterna att öka omfattningen av sådana insatser genom att inlemma dem i policyer och program i olika sektorer, till exempel hälsa. Barn som på grund av sina familjer och sociala miljöer tillhör riskgrupper kräver särskild uppmärksamhet för att de ska ges bättre förutsättningar att hantera svårigheter och klara av vardagslivet och för att man ska främja skyddande och stödjande miljöer.[10]

Utredningen har, mot bakgrund av dessa särskilda fördelar som ett hälsofrämjande arbete innebär för barn och unga, övervägt en

[8] Prop. 1984/85:181, *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvård* (s. 99).
[9] *Underlagsrapport för den statliga utredningen 'Sammanhållen god och nära vård för barn och unga'* S 2019:05. (Bilaga 4).
[10] Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om *Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art 24)* CRC/C/GC/15 punkt 39.

reglering som tar sikte på hälsofrämjande arbete enbart till barn och unga. Det bedöms dock inte som ändamålsenligt, bland annat utifrån risken för att en sådan bestämmelse skulle kunna tolkas som att hälsofrämjande åtgärder inte ska erbjudas andra än barn och unga. Även om förslaget alltså tagits fram utifrån vad som är nödvändigt för att förbättra hälso- och sjukvården för barn och unga bedömer utredningen att det finns flera fördelar med att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa hos hela befolkningen. Därför föreslås att förtydligandet placeras i 3 kap. 2 § HSL. På så sätt träffar den också en bredare krets än exempelvis den skyldighet som åligger regionen som huvudman att verka för en god hälsa hos befolkningen, enligt 8 kap. 1 § HSL, eller bestämmelsen om att elevhälsan främst ska vara förebyggande och hälsofrämjande, enligt 2 kap. 25 § skollagen. Den föreslagna bestämmelsen ska alltså tillämpas av alla vårdgivare och av alla regioner och kommuner som huvudmän för hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att det i hög utsträckning kan bidra till en ökad sammanhållning i det fragmentiserade systemet av hälso- och sjukvård och därmed gynna hälso- och sjukvården för barn och unga.

Förslaget innebär inte en förändring av hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden. Inga nya uppgifter läggs alltså varken på huvudmännen eller vårdgivarna genom förslaget. Förslaget utgör ett nödvändigt förtydligande av vad som redan gäller i fråga om hälso- och sjukvårdens skyldighet att arbeta för att förebygga ohälsa, det vill säga att även arbete för att främja hälsa ingår i det. Betydelsen av att det hälsofrämjande perspektivet framgår tydligare i HSL lyftes fram redan i remissvaren inför införandet av lagen. Dåvarande Folkhälsoinstitutet ansåg att ett tillägg i lagen om hälsofrämjande hälso- och sjukvård gav ett starkare incitament till hälsofrämjande insatser, förebyggande hälso- och sjukvård samt förebyggande åtgärder även i ett befolkningsperspektiv. [11]

I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform anförde regeringen, med hänvisning till bestämmelsen i 3 kap. 2 § HSL, bland annat att ett hälsofrämjande och preventivt fokus i hälso- och sjukvården är nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt minska belastningen

[11] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag* (s. 93).

på hälso- och sjukvårdssystemet.[12] När befolkningen lever både ett längre och friskare liv, kan vinsterna för samhället bli stora.

Förslaget ligger i linje med barnkonventionens artikel 24 enligt vilken barn har rätt till hälsa och sjukvård. I detta ingår både hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, men även behandling, rehabilitering och palliativ vård. FN:s barnrättskommitté har uttalat att dessa tjänster måste vara tillgängliga med tillräcklig omfattning och kvalitet på primärvårdsnivån, men även andra vårdnivåer nämns som viktiga i den mån det är möjligt.[13]

Utredningen bedömer också att förslaget är i överensstämmelse med regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, genom att primärvårdens aktörer fortsatt kan ha ett stort ansvar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

6.2.2 Förslaget ska bidra till att det hälsofrämjande arbetet ökar

Utredningen bedömer att förtydligandet också kan bidra till en tydligare styrning och prioritering av det hälsofrämjande arbetet. Det finns skillnader i hur hälso- och sjukvården arbetar med att minska hälsoklyftorna, både när det gäller hur regionen styr arbetet och hur hälso- och sjukvården prioriterar frågan. Förtydligandet syftar till att stärka det proaktiva arbetet, eftersom vardagen i hälso- och sjukvården av tradition och nödvändighet är präglad av att prioritera behandling av akut sjukdom och skada. Samtidigt behöver det proaktiva arbetet med att främja hälsa och att förebygga ohälsa öka, eftersom det bidrar till att befolkningen blir mer välmående och behovet av sjukvård på sikt kan minska.

Behovet av en tydligare proaktiv ansats i form av starkare förebyggande åtgärder för patienter och befolkning lyfts även i propositionen En god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Där framgår också att en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av åtta särskilda målområden.[14]

---

[12] Prop.2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 11).
[13] Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om *Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art 24)* CRC/C/GC/15 punkt 25.
[14] Prop. 2017/18:249, *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (*s. 30 f.*)*.

Målområde 8 anger att hälso- och sjukvården bör erbjuda vård som ger bästa hälsoresultat med befintliga resurser. Vården bör vara tillgänglig efter behov, patienter erbjudas hälsofrämjande och förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser av god kvalitet samt delaktighet och kontinuitet. Målområdets inriktning är bland annat att det förekommer omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat och att vården bör verka hälsofrämjande och förebyggande samt baseras på systematiskt jämlikhetsfokus. Åtgärder som främjar en jämlik hälsa handlar bland annat om tillgänglighet som motsvarar olika behov i befolkningen, om vårdmöten som är hälsofrämjande och som skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat, samt om hälsofrämjande arbete utanför själva vårdmötet med patienten.

Hälsofrämjande arbete handlar alltså i hög grad om åtgärder på populations- och gruppnivå men även om att stödja individen så att denne kan ta eget ansvar för sin hälsa och förbättra sin självupplevda hälsa.[15] Hälsofrämjande arbete bygger på ett antal principer som är vägledande i policy- och programarbete och andra aktiviteter. Principerna är baserade på grundläggande värderingar om hälsa och förhållningssätt för området hälsofrämjande arbete och skapar en tillämpning i folkhälsopolitiken och det praktiska folkhälsoarbetet. Dessa principer handlar om individens förmåga och delaktighet och innefattar ett holistiskt perspektiv på hälsa, jämlikhet, intersektoriell samverkan och hållbarhet över tid.[16]

[15] Medin, J & Alexandersson, K (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*.
[16] Rootman, I. (2001): *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives. Copenhagen*: WHO Regional Publications, European Series, No.92 och Medin, J. Alexandersson K. (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*.

6.2.3 Bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga

Förslag: Det ska införas en ny punkt i 6 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) av vilken det framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Förslag: Det ska införas en paragraf, 8 kap. 3 §, i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) av vilken det framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Förslag: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att meddela föreskrifter i enlighet med det föreslagna bemyndigandet.

Skälen för utredningens förslag: Det behövs en mer detaljerad reglering av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete till barn och unga.

Utredningen bedömer att alla barn och unga ska få insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Genom utredningens förslag till förändring av 3 kap. 2 § HSL förtydligas hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa. För att ytterligare precisera hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete för barn och unga behövs också en mer detaljerad reglering. Det är en förutsättning för en mer likvärdig vård och hälsa för barn och unga oavsett var i landet de bor, val av skola eller vårdgivare.

Regleringen behöver tydliggöra vad som ska ingå i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och rikta bindande krav till huvudmän, vårdgivare och personal. Avsikten är att regleringen ska lägga grunden för det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Programmet är tänkt att utgöra ett viktigt komplement till de bindande regler och ger ytterligare vägledning om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med utgångspunkt från dessa regler.

Regleringen bör bland annat innehålla bestämmelser om breda insatser som ges till alla barn och unga för att främja goda levnadsvanor, tillgodose säkerhet och skydd inklusive skydd mot våld i nära

relationer och tillhandahålla föräldraskapsstöd. Den bör också innehålla bestämmelser om insatser som är riktade mot vissa åldersgrupper, till exempel insatser som främjar sexuell och reproduktiv hälsa. Insatserna som regleras bör gälla alla barn och unga från tillblivande till vuxen ålder och vara anpassade efter behov och förutsättningar och ta hänsyn till olika utvecklingsstadier under uppväxten. Insatserna bör kunna ges på universell, selektiv och indikerad nivå för att säkerställa att alla barn får insatser och att de som behöver, får mer fördjupade insatser.

En kontinuerlig hälsouppföljning av barn och unga under hela uppväxttiden behöver vara en central del av regleringen. Uppföljningen bör syfta till att främja fysisk och psykisk hälsa och förebygga ohälsa samt att identifiera behov av fördjupade insatser och att initiera sådana insatser i ett tidigt skede på ett samordnat sätt. Hälsouppföljningen bör innefatta hälsoundersökningar och hälsosamtal. Det kan till exempel handla om att följa tillväxt, somatiska undersökningar av olika slag, insatser för att bedöma barns och ungas allmänna utveckling och psykiska och kognitiva funktioner. Det kan vidare handla om tidig identifikation av fysisk eller psykisk ohälsa, språkutveckling, kontakt och kommunikation. Dessutom kan det handla om inlärning, beteendebedömning, sociala relationer, familjeförhållanden, kränkande behandling, missbruk och stress.

Regleringen bör tydliggöra att barn och unga ska få insatser på ett samordnat sätt och i ett tidigt skede för att förebygga ohälsa och förhindra en allvarligare utveckling och behov av mer omfattande insatser i ett senare skede. Tvärprofessionell och tvärsektoriell samverkan är en grundläggande förutsättning för att barns och ungas behov ska kunna tillgodoses på ett samordnat sätt. Regleringen bör tydliggöra att tvärprofessionell kompetens behövs för att allsidiga bedömningar ska kunna göras av barn och ungas vårdbehov.

Regleringen bör vidare förtydliga behovet av föräldraskapsstöd i olika former, både generellt och riktat, för vårdnadshavare till barn i alla åldrar under hela uppväxttiden. Det föräldraskapsstöd som utredningen här avser är sådant stöd som ingår i hälso- och sjukvårdens uppdrag och innefattar insatser som stödjer vårdnadshavare att främja sina barns hälsa och utveckling. Det kan till exempel handla om hembesök, individuella samtal, föräldragrupper och att följa och uppmärksamma föräldrars psykiska hälsa.

Regleringen bör ställa krav på arbetssätt och metoder som säkerställer att barnets rättigheter enligt barnkonventionen beaktas. Barnets bästa och barnets rätt att få göra sin röst hörd, och till delaktighet och inflytande i sin vård är exempelvis viktiga i sammanhanget.

Regleringen bör dessutom hänvisa till centrala bestämmelser om systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete och reglera uppföljningen av insatser som ges till barn och unga, på individuell och aggregerad nivå. Uppföljningen av barns och ungas hälsa kommer även att behandlas i utredningens slutbetänkande och bestämmelser i föreskriften behöver anpassas till eventuella nya förslag från utredningen i denna del.

Förslaget bidrar till en jämlik vård och minskad fragmentisering

Flera statliga utredningar har pekat på behovet av en mer sammanhållen vård. Barn- och ungdomshälsovården är i dag fragmentiserad och består av flera huvudmän och vårdverksamheter som arbetar utifrån olika uppdrag och förutsättningar. Det finns stora brister när det gäller likvärdighet, samordning och informationsöverföring mellan berörda aktörer. Behovet av ytterligare bindande regler på området har även lyfts i utredningens dialoger med företrädare för olika berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter inklusive elevhälsans medicinska insatser, professionen, barn och unga och berörda myndigheter. Barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter har uttryckt en oro för en ökande ojämlikhet i vården och en otydlighet om vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska innehålla på grund av att reglering saknas. De riktlinjer och underlag som finns att tillgå för mödrahälsovården tillämpas olika utifrån verksamheternas olika organisationsform och lokala förutsättningar. Det kan bidra till en ojämlik mödrahälsovård i landet. Barnhälsovårdens sjuksköterskor och barnhälsovårdssamordnare betonar betydelsen av nationellt bindande regler för att nå en mer jämlik barnhälsovård i landet.

För att komma tillrätta med dessa problem bedömer utredningen att det behövs en mer enhetlig styrning på nationell nivå, vilket saknas i dag. På nationell nivå finns vägledningar och riktlinjer kopplade specifikt till mödrahälsovårdens, barnhälsovårdens och elevhälsans insatser. Dessa är dock inte rättsligt bindande och professionsföre-

trädare vittnar också om att det förekommer avsteg från genomförandet av barnhälsovårdens program, framför allt på grund av ekonomiska skäl och att hälsofrämjande och förebyggande arbete får stå tillbaka för mer sjukdomsinriktade insatser. Särskilda utmaningar gäller barnhälsovårdens förutsättningar att tillhandahålla fördjupade och riktade insatser till familjer och barn med stora behov av stöd Förutsättningarna för att bedriva elevhälsans medicinska insatser varierar mellan skolhuvudmännen i landet och det efterfrågas ett tydligare stöd för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Vägledningarna tar inte heller ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa och välmående under hela uppväxttiden utan riktar sig till enskilda verksamheter och understryker ett verksamhetsinriktat arbete. Detta innebär att verksamheterna inte arbetar mot helheten utan utifrån sina specifika uppdrag, målgrupper och medicinska program. Det försvårar förutsättningarna för att samlat följa barn och ungas hälsoutveckling under hela uppväxttiden.

Förslaget leder till ett mer samlat grepp kring de hälsofrämjande och förebyggande insatserna till barn och unga, och preciserar det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Tillgången till och kvaliteten på insatserna ska inte bero på var i landet man bor eller vilken skola eller vårdgivare man har valt. Ett samlat grepp är förenligt med rättigheter som följer av barnkonventionen, främst barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering enligt barnkonventionens artikel 24. Utredningen bedömer att även unga personer upp till 21 års ålder bör gynnas väsentligt av ett sådant samlat grepp. Det täcker in de åldersgrupper som kan vara föremål för elevhälsans medicinska insatser och skapar vid behov förutsättningar för en mjukare övergång till hälso- och sjukvård för vuxna.

Mer detaljerade bestämmelser bör finnas i föreskrifter

Utredningen har övervägt lämplig författningsnivå för att möta det behov av bindande reglering om hälsofrämjande och förebyggande arbete som redovisats ovan. Utredningen bedömer att bestämmelser inom detta område bör hanteras i föreskrifter som meddelas av en myndighet. Det baseras dels på att bestämmelser om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn

och unga skulle behöva vara på en sådan detaljerad nivå som inte lämpar sig i vare sig lag eller förordning, dels på att bestämmelserna behöver bygga på var tids bästa tillgängliga kunskap. Det senare förutsätter att kunskapsläget följs noggrant och att det finns en möjlighet att relativt snabbt göra förändringar i regleringen. Utredningen bedömer att det finns större förutsättningar för en myndighet att göra sådana förändringar i takt med att kunskapsläget utvecklas, än för regering och riksdag att göra det i förordning respektive lag. Kunskapsläget förändras snabbt på området, bland annat när det gäller de minsta barnens hälsa och utveckling.

För att möjliggöra föreskrifter om hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete till barn och unga föreslår utredningen att ett bemyndigande placeras i en ny punkt i 6 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Bemyndigandet bör ge regeringen möjlighet att besluta om en myndighet som får meddela föreskrifter, men också att själv meddela föreskrifter i frågan om regeringen skulle se det som mer lämpligt.

Utredningen bedömer att Socialstyrelsen är den myndighet som är bäst lämpad att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. Socialstyrelsen ska enligt sin instruktion bland annat ”genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet” (4 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen). Mot bakgrund av detta föreslår utredningen att ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter i frågan placeras i en ny paragraf, 8 kap. 3 §, i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

Utredningen ser att de föreslagna bemyndigandena har en tydlig koppling till 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen, särskilt genom den förändring som utredningen föreslår av den paragrafen.

Socialstyrelsen bör även ges ett uppdrag att meddela föreskrifter

Ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter skulle innebära att myndigheten *får* meddela föreskrifter i frågan, men inte en skyldighet för myndigheten att göra det. Utredningen bedömer, av de skäl som presenterats ovan, att det är mycket angeläget att föreskrifter meddelas i fråga om hälso- och sjukvårdens arbete med att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. För att säkerställa att så blir fallet föreslår utredningen att regeringen ger Socialstyrelsen ett uppdrag att meddela sådana föreskrifter.

Vad avses med barn och unga?

Som framgår ovan bedömer utredningen att föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga bör omfatta hälso- och sjukvårdens arbete riktat till personer upp till 21 års ålder, för att på ett ändamålsenligt sätt tillmötesgå de behov som finns i den åldersgruppen. Enligt artikel 1 i barnkonventionen är varje människa under 18 år ett barn om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet. Eftersom en person blir myndig vid 18 års ålder i Sverige, enligt 9 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381), definieras personer som är yngre än 18 år som barn i Sverige enligt barnkonventionen.

Begreppet unga är mer svårdefinierat då detta kan omfatta både unga under tiden då personen är ett barn i rättslig bemärkelse och unga vuxna personer. Utredningen bedömer att det inte räcker att det föreslagna bemyndigandet avser hälso- och sjukvården till barn, då det även under de första åren som ung vuxen kan finnas särskilda behov i en hälso- och sjukvårdskontext. Eftersom olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet tillhandahåller insatser till barn och unga i olika åldersgrupper (se Problembild, kap. 5) händer det inte sällan att unga personer riskerar att hamna mellan stolarna, exempelvis i övergångar mellan barn- och vuxensjukvården. Utöver den problematik som föreligger vid övergången från barn- till vuxensjukvård ser barns och ungas möjligheter att få hjälp av elevhälsans medicinska del olika ut beroende på hur länge personen genomgår utbildning. Inom elevhälsan ska insatserna tillhandahållas så länge eleven är i skolan och de flesta elever är över 18 år när de avslutar gymnasieskolan. Insatser som regleras i skollagen styrs inte av den

unges ålder, utan utifrån om personen är i utbildning eller inte. Barn och unga som av olika anledningar inte är i skolan eller som avslutar skolan i förtid, får inte tillgång till de hälsofrämjande och förebyggande insatserna som ges i skolan.

Sammantaget innebär ovanstående omständigheter att en hälso- och sjukvårdsreglering som är knuten till ett brytdatum vid 18 års ålder inte är optimalt ur ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsoutveckling. Det gäller särskilt i fråga om en reglering av arbetet för att främja hälsa och förebygga ohälsa, eftersom utredningen konstaterat att sådant arbete är av särskild vikt att erbjuda alla på ett likvärdigt sätt under hela uppväxttiden.

I 16 kap. 3 § HSL används uttrycket barn och unga när det gäller samarbete mellan region och kommun i fråga om barn och unga utanför det egna hemmet. Av relevanta förarbeten framgår följande:

> I socialtjänstlagen finns inte någon definition av vad som avses med unga. I förarbetena anges att socialnämndens ansvar när det gäller omsorger om barn och ungdom sträcker sig från insatser för de minsta barnen till insatser för ungdomar upp till 20-årsåldern. När det gäller allmänt förebyggande och stödjande arbete så har man inte velat lägga fast någon åldersgräns uppåt (se prop. 1979/80:1 s. 254). Vård som har beslutats med stöd av LVU ska upphöra senast när den unge fyller 21 år. Regeringen anser att det är lämpligt att sätta gränsen när det gäller erbjudandet om hälsoundersökningar till samma åldersgräns som gäller för vård enligt LVU. Regeringen föreslår därför att erbjudandet, förutom att gälla barn, även ska gälla unga personer i åldern 18–20 år.[17]

I ljuset av resonemangen ovan om vilka behov som finns i olika åldersgrupper och om hur begreppen barn och unga bör förstås i HSL, socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, har utredningen landat i att begreppet unga på ett ändamålsenligt sätt inramar såväl barn i ungdomsåren som unga vuxna upp till 21 års ålder. Utredningen bedömer att ”barn och unga” fångar en större grupp av de personer som är i behov av den ovan beskrivna föreskriftsregleringen än enbart barn, exempelvis unga personer som är i gymnasieutbildning efter att de fyllt 18 år. På så sätt omfattas även exempelvis unga personer med vårdinsatser som har beslutats med stöd av LVU samt personer som befinner sig i övergången mellan barn- och vuxensjukvården.

[17] Prop. 2016/17:59, *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* (s. 33 ff.).

I sammanhanget kan det nämnas att förslag på förtydliganden av att unga inom socialtjänsten ska avse personer under 21 års ålder har lämnats av Barnskyddsutredningen och Utredningen om tvångsvård för barn och unga.[18]

I linje med den lagstiftningsteknik som valts i 16 kap. 3 § HSL föreslår utredningen dock inte att åldern skrivs ut direkt i lagparagrafen, utan att begreppet barn och unga används i betydelsen personer som inte fyllt 21 år.

6.3 Nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

För att ytterligare förstärka den nationella styrningen av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga föreslår utredningen i detta avsnitt att ett nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga ska utformas. Förslaget svarar mot direktivets uppdrag att föreslå hur vården kan bli mer sammanhållen och vad som ska ingå i uppgiften att erbjuda en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

I bakgrundsavsnittet konstateras att de verksamheter som tillhandahåller hälsovård till barn och unga, eller så kallad barn- och ungdomshälsovård, består av ett komplext system med flera huvudmän och vårdverksamheter. Uppdrag och ansvarsfördelning mellan de olika vårdverksamheterna upplevs som otydlig såväl för de professionella som för barn och unga och deras familjer. Det finns brister i samverkan mellan verksamheterna och i samordningen av vårdinsatser för barn och unga. Fragmentiseringen är delvis en naturlig konsekvens av det decentraliserade ansvaret att organisera, planera och finansiera hälso- och sjukvård till barn och unga och det kommunala självstyret. Mängden aktörer bidrar till fragmentisering av vården och i värsta fall till att barn och unga inte får de vårdinsatser som de behöver.

Under barns tidiga liv och utveckling är tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser god och tack vare det nationella barnhälsovårdsprogrammet tillhandahålls insatserna på förhållandevis likvärdiga grunder i landet. Mödrahälsovården och barnhälsovår-

[18] SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga* s. 41 och SOU 2014:3 *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga* (s. 144 f).

den lyfts ofta fram som strategiskt viktiga verksamheter ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. De har stor kontaktyta mot befolkningen, professionell kompetens och förutsättningar att tillhandahålla insatser i ett mycket tidigt skede vilket gagnar barns hälsa och utveckling. Förutsättningarna för att bedriva mödrahälsovård och barnhälsovård varierar dock i landet och det förekommer brister när det gäller tillgång på riktade insatser, samordningen av vårdinsatser och samverkan både inom och mellan verksamheterna. När barnen börjar skolan tar skolhuvudmannen och elevhälsan över ansvaret för att följa upp barns och ungas hälsa och utveckling. Tillgängligheten till och kvaliteten på elevhälsans insatser varierar stort inom och mellan skolhuvudmän och skolenheter.

Samtliga utpekade verksamheter tillhandahåller hälsovård till barn och unga. Trots detta saknas gemensam syn på barns och ungas hälsa och utveckling hos de berörda aktörerna inom vård och skola. Det finns inte heller någon gemensam nationell målbild eller gemensamt nationellt vårdprogram för de insatser som tillhandahålls. Verksamheterna arbetar i hög grad i stuprör utifrån egna mål, strategier och förutsättningar. Samordningen av vårdgivarnas verksamheter behöver förbättras även på regional och lokal nivå. Det gäller i synnerhet samordningen av de insatser som tillhandahålls av skolhuvudmännen och de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Sammantaget innebär detta att barn och unga inte har tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet.

Statens stöd till verksamheterna bygger på den befintliga verksamhetslogiken i kommuner och regioner och är ofta riktat till de enskilda verksamheterna. Det understryker fragmentiseringen av vården i stället för att stödja ett helhetsperspektiv och en mer sammanhållen vård. Som exempel kan nämnas arbetet med kunskapsstöd och vägledningar. I dag finns särskilda vägledningar för barnhälsovård och för elevhälsa i stället för en gemensam. Samarbetet mellan myndigheterna har dock utvecklats vilket har bidragit till ökad samsyn i frågor som rör hälsovård till barn och unga. Regeringen har bland annat gett Socialstyrelsen och Statens skolverk i uppdrag att tillsammans utforma vägledningen om elevhälsa. Regeringen har också gett ett stort antal myndigheter och Sveriges

Kommuner och Regioner i uppdrag att utveckla en gemensam strategi för psykisk hälsa.[19]

Utredningen bedömer att ovannämnt myndighetssamarbete och arbetet med framtagande av en gemensam strategi pekar i rätt riktning. Det finns fortsatt behov av en tydligare nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Utredningen bedömer att en nödvändig och rimlig ansats är att tydliggöra vad som ingår i hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete (hälsovård) som riktas till barn och unga under hela uppväxttiden.

6.3.1 Inriktningen på det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga

Förslag: Utredningen föreslår att ett nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga under hela uppväxttiden tas fram.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma programmet i nära samarbete med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, SKR, myndigheter och professions- och patient- och närståendeorganisationer ska vara delaktiga vid utformningen av programmet.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen föreslår en nationell samling med berörda aktörer kring utvecklingen och implementeringen av ett hälsovårdsprogram som tar ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden. Programmet ska lägga grunden för en mer sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga i bred bemärkelse och ge utförlig vägledning om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Hälsovårdsprogrammet ska omfatta alla barn och unga, från tillblivande till vuxen ålder. Insatser ska ges på lika villkor i landet oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare.

Programmet ska utvecklas med utgångspunkt från barns och ungas behov och vad de kan förvänta sig av det hälsofrämjande och

[19] Uppdrag till Socialstyrelsen att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention (dnr S2020/06171/FS).

förebyggande arbetet oavsett huvudman eller vårdverksamhet som tillhandahåller insatserna. I programmet ska ingå insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa och vid behov även fördjupade insatser. Insatserna ska ges nära barn och unga, i ett tidigt skede och vara ändamålsenligt samordnade. Målet är att alla barn och unga ska ha bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa och sociala välbefinnande.

Det nationella hälsovårdsprogrammet ska tydliggöra ramarna för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och utgöra ett stöd och ett sammanhållande kitt för professionella och beslutsfattare på alla nivåer inom de aktuella verksamheterna. Det ska också bidra till ökad förståelse om de olika vårdverksamheternas uppdrag och tydliggöra vilket ansvar vårdverksamheterna har enligt lag och annan författning.

Utredningen har i tidigare avsnitt föreslagit ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska utvecklas och anpassas till föreskrifterna och ge ytterligare vägledning om frågor som inte passar i föreskriftsform.

Hälsovårdsprogrammet ska bidra till en mer enhetlig nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga och utgöra basen i en god, nära, sammanhållen och likvärdig vård. Det ska också bidra till ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa och utveckling.

Det nationella hälsovårdsprogrammet förutsätter att berörda aktörer kan samverka så att vården blir med sammanhållen. Strukturer för samverkan behöver byggas upp till exempel mellan primärvården, BUP och elevhälsan för att överbrygga övergångarna mellan vårdverksamheterna och skapa mer sammanhållna vårdprocesser för barn och unga. Det förutsätter också att skolhuvudmännen ger elevhälsans medicinska insatser möjligheter att kunna arbeta i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet oavsett om huvudmannen är en kommunal, enskild, statlig eller regional aktör.

För barnhälsovården finns ett nationellt hälsovårdsprogram vilket har bidragit till att göra hälsovården för de små barnen mer likvärdig och samordnad. Utredningen bedömer att ett nationellt hälsovårdsprogram på motsvarande sätt bör utvecklas för barns och ungas hela uppväxttid. I utredningens dialog med företrädare för

verksamheter, professioner och barn och unga har behovet av ett sådant program som samordnar de hälsofrämjande och förebyggande insatserna för barn och unga under hela uppväxttiden lyfts fram på bred front. Utredningen konstaterar att det också ligger väl i linje med hur de övriga nordiska länderna har valt att styra barn- och ungdomshälsovården. I de övriga nordiska länderna finns nationella föreskrifter och vägledningar som omfattar barns och ungas hela uppväxttid.[20] Till exempel har Norge nationella riktlinjer för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälsostations- och skolhälsotjänsten.[21] Danmark har en sådan vägledning för förebyggande arbete för barn och unga.[22] Dessutom har England ett nationellt hälsoprogram för barn och unga som bygger på universella och fördjupade insatser.[23]

Utredningen bedömer att det befintliga programmet för barnhälsovården som regionerna ansvarar för bör utgöra en viktig grund och utgångspunkt för arbetet med hälsovårdsprogrammet och de insatser som riktas till barn och unga under hela uppväxten. Därutöver finns ett antal vägledningar och handböcker för de olika verksamheterna som också bör beaktas såsom exempelvis Socialstyrelsens och Statens skolverks Vägledning för elevhälsan och ARG-rapport för mödrahälsovården, sexuell och reproduktiv hälsa som utformats av företrädare för professionella inom mödrahälsovården. Det finns också riktlinjer och en handbok för ungdomsmottagningarnas verksamhet som Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar har utarbetat. Samtliga dessa styrdokument är viktiga utgångspunkter vid utformningen av hälsovårdsprogrammet. Syftet med programmet är dock att verksamheterna ska styras med utgångspunkt från ett gemensamt program och inte genom vägledningar eller andra styrdokument som riktar sig till de enskilda verksamheterna.

---

[20] Socialstyrelsen (2012): *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige*.
[21] Helsedirektoratet (2017): *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdomen*.
[22] Sundhetsstyrelsen (2019): *VEJLEDNING om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge*.
[23] Public Health England (2016): *Best start in life and beyond: Improving public health outcomes for children, young people and families Guidance to support the commissioning of the Healthy Child Programme 0–19: Health visiting and school nursing services*.

Insatser på tre nivåer skapar förutsättningarna för att barn och unga får sina behov tillgodosedde

Hälsovårdsprogrammet ska i likhet med barnhälsovårdsprogrammet omfatta rekommendationer om hälsofrämjande och förebyggande insatser på tre nivåer, universell, selektiv och indikerad. Insatserna bör vara utformade efter barns och ungas olika utvecklingsstadier och anpassade till barn och ungas förutsättningar och behov oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning och sexuell läggning. De bör bidra till delaktighet för barnet eller den unge med utgångspunkt från ålder och mognad. Insatserna bör också vid behov vara samordnade och erbjudas i ett tidigt skede för att i möjligaste mån förebygga behovet av fördjupade insatser. Föräldraskapsstöd ska vara en viktig insats på alla nivåer och under hela uppväxttiden. Syftet med föräldraskapsstödet bör vara att stödja vårdnadshavare att ge sina barn en bra start i livet och en gynnsam utveckling med god hälsa.

Insatser på den *universella nivån* ska riktas till alla barn och unga och deras familjer och fortsatt utgöra en grund för det individinriktade förebyggande och hälsofrämjande arbetet. I detta arbete bör till exempel ingå att tillhandahålla hälsobesök till barn och unga under uppväxttiden, generella hälsoundersökningar, hälsosamtal och vaccinationsprogram samt stöd i föräldraskapet. I det universella arbetet ska det vidare ingå att identifiera generella riskfaktorer för ohälsa och stödja och främja friskfaktorer till exempel för barn och unga på gruppnivå. Det kan handla om barns och ungas och deras familjers utveckling av en hälsosam livsstil och frågor som kost, sömn och fysisk aktivitet med mera.

Insatser på den *selektiva nivån* ska riktas till barn och unga och deras familjer som har behov av ytterligare stöd, hjälp och vägledning. Det kan till exempel handla om fördjupade kartläggningar av risk- och friskfaktorer och hälsovägledning som ska motivera till förändrade levnadsvanor hos barn och unga och deras familjer samt utökat föräldrastöd och tvärprofessionell konsultation eller samverkan kring barn och unga och deras familjer med ökade behov. På den selektiva nivå ingår att ge insatser till identifierade grupper av barn och unga och deras familjer som är i riskzonen för att utveckla ohälsa. Det kan handla om barn och unga som växer upp under

ogynnsamma sociala villkor, med psykisk ohälsa i familjen eller med konsekvenser av funktionsnedsättningar. För barn i skolåldern kan det handla om den gruppen elever som lämnar grundskolan med ofullständiga betyg. Uppsökande verksamhet kan vara aktuellt inom ramen för den selektiva nivån. Detta ligger också i linje med riksdagens intentioner om att primärvården i högre grad bör få ansvar för uppsökande verksamhet.[24]

Insatser på den *indikerade nivån* ska riktas individuellt till barn och unga och i förekommande fall familjer med behov av fördjupade insatser. I detta ingår även att tidigt upptäcka barn och unga som har behov av förstärkta vårdinsatser och insatser som ska underlätta för vårdnadshavare att stödja barns hälsoutveckling. Med tidig upptäckt avses att i ett tidigt skede av en befarad problemutveckling identifiera tecken på ohälsa och utvecklingsavvikelser eller riskfaktorer av betydelse för barnets hälsa och utveckling. Det kan handla om ytterligare samtal och vägledning för det enskilda barnet eller den unge och dess familj. På den indikerade nivån ingår också att ta initiativ till fördjupad utredning och behandling i samverkan med andra vårdgivare och vårdnivåer, till exempel vård- och hälsocentraler eller remittering till specialistsjukvården, tandvården eller socialtjänsten. Insatser ska vidare ges i tid och vara ändamålsenligt samordnade. Det är viktigt att berörda huvudmän, både för hälso- och sjukvård och för skolverksamhet lyckas med ansatsen att både lyfta och stärka en sammanhållen hälsovård för barn och unga och samverkan med andra vårdgivare och samhällsaktörer såsom tandvård och socialtjänst, och att förbättra samordningen av vårdinsatser för barn och unga. Utifrån barnets perspektiv är det viktigt att det inte finns några trösklar, gränser, samverkansglapp i insatserna runt barnet eller den unge och dess familj.

Hälsouppföljning ska utgöra grunden för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Hälsouppföljning ska liksom i dag fortsatt utgöra en central del i hälsovården till barn och unga. I hälsouppföljningen bör ingå att främja barns och ungas fysiska och psykiska hälsa, förebygga ohälsa och tidigt identifiera behov och initiera fördjupade stöd och riktade

[24] Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

insatser samt föräldraskapsstöd. Utredningen bedömer att hälsouppföljningen ska ske under barns och ungas hela uppväxttid och utformas och anpassas efter barns och ungas utvecklingsnivåer. Grunden för hälsouppföljningen är de hälsobesök som genomförs under uppväxttiden. Hälsovårdsprogrammet bör ge vägledning om rekommenderat antal hälsobesök och vad hälsobesöken ska innefatta. Hälsouppföljningen ska bygga på kunskapen om dels vad som främjar folkhälsan, dels om rådande folkhälsoproblem. Insatserna bör vara proaktiva och uppsökande. Med det avses att alla ska erbjudas hälsobesök och att hälsobesök inte uteblir på grund av att ett barn eller unge person byter skola eller flyttar från kommunen och regionen. Insatser som bygger på kunskaper om bland annat hälsans bestämningsfaktorer ska prioriteras. Hälsouppföljningen ska ge betydelsefull information om barns och ungas hälsa på såväl populations- som individnivå och ska ligga till grund för hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Hälsouppföljning i de tidiga åldrarna ska liksom i dag utgå från de rekommendationer om hälsobesök som anges i det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Vid hälsobesöken bör barnets hälsa och tillväxt samt barnets och familjen livssituation följas upp. Dessutom bör hälsosamtal genomföras för att främja psykiskt välbefinnande och goda levnadsvanor. Åtgärder bör vidtas i ett så tidigt skede som möjligt.

Hälsouppföljning för barn i skolåldern ska liksom i dag bygga på de hälsobesök som regleras i skollagen för grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan samt för gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Hälsobesöken för barn i skolåldern ska syfta till att bedöma barnets eller den unges fysiska och psykiska hälsotillstånd, tillväxt, utveckling och inlärning med målet att tidig upptäcka barn och unga i behov av stöd eller andra insatser. Hälsobesöken ska innehålla undersökningar för att upptäcka till exempel tillväxt- och utvecklingsavvikelser och syn- eller hörselnedsättningar med flera relevanta undersökningar. I hälsobesöken ska även ingå ett hälsosamtal med syftet att stärka barnet eller den unges förutsättningar till ett hälsosamt liv. Under hälsosamtalet bör till exempel matvanor, fysisk aktivitet och alkohol och tobaksanvändning, sexuell och reproduktiv hälsa samt signaler på psykisk ohälsa, familjeförhållanden och sociala situation tas upp. När det gäller sexuell och repro-

duktiv hälsa kan det vara värdefullt att elevhälsan samverkar med ungdomsmottagningarna om informationsinsatser med mera.

Föräldraskapsstöd ska vara en central del av hälsovårdsprogrammet

Föräldraskapsstöd är en central del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och en av de viktigaste insatserna samhället kan göra för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Föräldraskapsstöd ska därför vara en kontinuerlig insats i det nationella hälsovårdsprogrammet under barns och ungas hela uppväxttid. Vårdnadshavare har en unik möjlighet att främja barns hälsa och utveckling och relationen mellan barn och vårdnadshavare och föräldraförmågan har stor betydelse för barnets utveckling.[25] När barnet har en trygg anknytning och god relation till sina vårdnadshavare, minskar risken för en rad olika hälsoproblem och riskbeteenden.[26]

Föräldraskapsstödet kan erbjudas i olika former, generellt och riktat, enskilt eller i grupp. Det kan vara av psykologiskt eller av mer utredande karaktär såsom insatser relaterat till föräldraskapet, samspel mellan vårdnadshavare och barnet, svårigheter hos barnet eller av mer allmän kunskapshöjande och förebyggande eller stödjande karaktär såsom föräldrastödsprogram.[27] Vårdnadshavares behov av stöd kan se olika ut och förändras under barnets uppväxt beroende på många olika faktorer, såsom var barnet är i sin utveckling, händelser i familjen, uppväxtmiljö och utvecklingen i samhället. Det finns en stabil forskningsgrund för den ekonomiska evidensen för föräldraskapsstödsprogram.

De ofödda och allra yngsta barnen är särskilt utsatta och sårbara när vuxna i familjen har allvarliga svårigheter, eftersom de är helt beroende av de vuxna för sin utveckling och sitt välbefinnande. Det är därför avgörande att svårigheter hos vårdnadshavare och svårigheter i relationen mellan barn och vårdnadshavare tidigt upptäcks och att individuellt stöd i föräldraskapet erbjuds. Stöd till familjer med svårigheter är ett forskningsområde som behöver stärkas.[28]

[25] Regeringskansliet Socialdepartementet (2018): *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd.*
[26] Blair M. et al. (2013): *Barnhälsovetenskap.*
[27] SBU (2010): *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.*
[28] Folkhälsomyndigheten (2016)*: Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld.*

Det är viktigt att tidigt uppmärksamma problem i familjer med svårigheter så att stöd och insatser kan sättas in så tidigt som möjligt i barnens liv. Exempel på sådana insatser är arbetet med förstärkta insatser och utökade hembesök till förstagångsföräldrar i socioekonomiskt utsatta områden som pågått med statligt stöd de senaste åren inom barnhälsovården, med goda resultat.[29] Ett annat exempel är samarbetet mellan Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Nationellt kunskapscentrum anhöriga som syftar till att öka kunskapen om de yngsta barnens psykiska hälsa och utveckling, om riktat föräldraskapsstöd och om insatser i övrigt för barn och familjer när det finns behov av utökat stöd.[30]

Delaktighet för barn och unga ska vara en central utgångspunkt

Barns och ungas delaktighet ska vara en central utgångspunkt för de insatser som ges inom ramen för det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Barn och ungas delaktighet ska anpassas efter ålder, mognad och andra förutsättningar och behov.

Bestämmelser om patienters delaktighet finns bland annat i 5 kap. patientlagen och, när det gäller barn, i artikel 12 barnkonventionen, se även bedömningar om organisering och planering (avsnitt 6.4.3) för mer information. När det gäller barn har de en rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör barnet och dessa ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad, enligt artikel 12 barnkonventionen.

En viktig förutsättning för delaktighet handlar om att göra hälso- och sjukvården mer personcentrerad. Personcentrering av hälso- och sjukvården innebär att vård och behandling utgår från patientens individuella behov och förutsättningar och resurser i alla delar av vårdprocessen, innan, under och efter ett vårdmöte eller vårdkontakt. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter fattar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och

[29] Socialstyrelsen (2020): *Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården En andra delrapport från Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020.*
[30] Socialstyrelsen (2021): *Stöd till barn som är anhöriga* (Hämtad 2021-04-09) och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga* (Hämtad 2021-04-09).

närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, men även i utformningen av hälso- och sjukvården.[31] Utredningen bedömer att det är angeläget att utveckla personcentreringen av hälso- och sjukvården utifrån barns och ungas perspektiv. Det handlar huvudsakligen om att skapa vårdmöten som underlättar förutsättningen för barn och unga att vara delaktiga i beslut om vård och behandling utifrån sina förutsättningar, behov och resurser. Utredningen vill även lyfta fram behovet av att skapa vårdtjänster av olika slag inklusive digitala vårdtjänster och vårdmöten som är anpassade efter barns och ungas behov och förutsättningar. Det gäller särskilt unga personer som i dag inte alltid nås av de hälsovårdsinsatser som ges inom ungdomsmottagningarnas verksamhet, till exempel unga med funktionsnedsättning, unga hbtq-personer, unga nyanlända personer och unga personer från socioekonomiskt utsatta områden.

Barns och ungas rätt till information, enligt bland annat 3 kap. patientlagen och, när det gäller barn artikel 12 barnkonventionen, är centralt för möjligheten att vara delaktig. Det handlar bland annat om att barn och unga ska få information om föreslagen vård och behandling och dess effekter och resultat. FN:s barnrättskommitté har också pekat på vikten av att införa lagstiftning eller regler för att säkerställa att barn har tillgång till konfidentiell medicinsk rådgivning utan föräldrars tillstånd oavsett ålder om detta behövs för barnets säkerhet och välbefinnande.[32] Dessutom bedömer utredningen att det finns behov av att anpassa informationen om hälso- och sjukvårdens organisering regionalt och lokalt för barn och unga. Sådan information bör innehålla tydlig vägledning om vart barn och unga kan vända sig med sina vårdbehov.

Vidare finns det enligt utredningen behov av att skapa vårdprocesser som bidrar till kontinuitet och samordning av vårdinsatser för barn och unga inom och mellan vårdnivåer och vårdverksamheter och förenklade sätt för barn och unga att ta kontakt med vården. En väg in i vården är ett sådant exempel på förenklade kontaktvägar som förekommer i vissa regioner. I utredningens dialoguppdrag har företrädare för barn och unga i detta sammanhang lyft fram behovet av ett gott bemötande och att kompetens om barns och ungas levnadsvillkor och andra förutsättningar är en viktig grund för att kunna ge

[31] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, rapport 2018:08.
[32] Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12 (2009): *Barnets rätt att bli hörd*, CRC/C/GC/12 (p. 99–101).

ett gott bemötande. Det handlar bland annat om förståelsen för barns och ungas sociala, kulturella och övriga förhållanden.

Förståelsen för vårdverksamheternas uppdrag behöver öka

I enlighet med Problembilden, kap. 5, kan utredningen konstatera att det finns oklarheter hos professionella inom vård och omsorg om ansvarsfördelningen mellan de berörda verksamheterna. Utredningen bedömer att det i första hand handlar om att öka kunskapen hos berörda huvudmän och aktörer om de olika vårdverksamheternas uppdrag. Hälsovårdsprogrammet ska därför bidra till att öka förståelsen om de olika vårdverksamheternas uppdrag och tydliggöra vilket ansvar vårdverksamheterna har enligt lag och annan författning. Utredningen bedömer att det till exempel finns behov av att öka kunskapen om elevhälsans medicinska insatsers uppdrag och ansvar hos hälso- och sjukvården i övrigt och att tydliggöra primärvårdens ansvar för barn och unga i skolåldern. Vidare finns behov av att tydliggöra elevhälsans medicinska insatsers roll som det första ledet i en vårdprocess när behov av fördjupade vård- och behandlingsinsatser uppmärksammas. Utredningen bedömer att det inte är lämpligt att på en nationell nivå tydligt definiera ansvarsgränser mellan verksamheterna eftersom en viss överlappning av verksamheternas uppdrag och ansvar är nödvändigt för att barn inte ska falla mellan stolarna. Alltför skarpa ansvarsgränser kan få till följd att vissa individer hamnar utanför verksamheternas definierade ansvarsområden. Det måste också fortsatt finnas förutsättningar för de regionala och lokala huvudmännen att avtala om den mer exakta gränsdragningen mellan de berörda verksamheterna med utgångspunkt från regionala och lokala förutsättningar och behov. Den centrala utgångspunkten ska vara att vårdverksamheterna tar ansvar för att alla barn och unga får tillgång till stöd, vård och behandling efter behov anpassat efter ålder och mognad och andra förutsättningar.

Det är mycket angeläget att ansvarsfördelningen mellan berörda verksamheter stödjer överlämningar och övergångar och täpper till kända glapp till exempel mellan barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser och mellan elevhälsans medicinska insatser och övrig hälso- och sjukvård. Detsamma gäller överlämningar och övergångar från hälso- och sjukvård för barn- till hälso- och sjukvård för

vuxna. Ur ett ansvarsperspektiv är det också synnerligen viktigt att verksamheter med specialiserad kompetens kommer in tidigt i en vårdprocess och bidrar med konsultativt stöd till primärvården och de verksamheter som tillhandahåller hälsovård till barn och unga.

Barn och unga ska få en kontinuerlig vård och samordnade insatser

I hälsovårdsprogrammet ska det finnas vägledning om hur hälso- och sjukvård för barn och unga kan bli mer sammanhållen, samordnad och kontinuerlig. Det handlar om att få till stånd en mer ändamålsenlig samordning av vård för alla barn och unga som behöver insatser från flera vårdverksamheter. Utredningen vill understryka att det är särskilt viktigt att samordning sker när det gäller barn och unga. Barn är, bland annat utifrån barnkonventionen, särskilt skyddsvärda personer som ofta behöver hjälp och stöd av professionella eller andra vuxna för att kunna ta del av sina rättigheter. Men även unga personer som är över 18 år har ofta särskilda behov i detta avseende. Samordningen kan ske med hjälp av en fast vårdkontakt. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och samordning. Bestämmelsen gäller hos samtliga vårdgivare oavsett huvudman. För att ytterligare understryka behovet av att barn och unga får en fast vårdkontakt föreslår utredningen en bestämmelse som ska gälla i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. Den föreslagna bestämmelsen innebär att om en patient inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Samordningen bör ske när ett barn eller en ung person behöver få hjälp med att hitta rätt i vårdapparaten, till exempel när ett barn eller en ung person har behov av utredning, vård och behandling från annan vårdnivå eller vårdverksamhet än den verksamhet som har identifierat behovet. Den aktuella vårdverksamheten bör då lotsa barnet eller den unge till rätt vårdverksamhet och följa upp att vårdinsatser genomförs med beaktande av tillämpliga regler om sekretess och tystnadsplikt.

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska patienters olika vårdinsatser vara samordnade på ett ändamålsenligt sätt och

tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, enligt 5 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § patientlagen. I Problembilden, kap. 5 konstateras att samordning av patienters vårdinsatser är en av de största utmaningarna i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bristande samordning kan leda till en försämrad upplevelse för patienter, i vissa fall också till en kvalitativt sämre vård eller omsorg.[33] När vården och omsorgen inte samordnar insatser behöver patienten själv ta ansvar för samordningen. I relation till barn handlar det ofta om att vårdnadshavare behöver ta ansvara för samordningen och andra kontakter med samhället. I de fall vårdnadshavarna inte har förmågan att ta ett sådant ansvar kan det få allvarliga konsekvenser för barn och unga.

För att stödja samordningen av vårdinsatser har regeringen initierat ett arbete med så kallade patientkontrakt. Patientkontrakt ska vara en översikt över patientens samtliga vårdkontakter och stödja samordningen av vårdinsatserna både för patienten och vårdens personal. Regeringen har stimulerat utvecklingen av arbetet med patientkontrakt inom ramen för flera överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, bland annat överenskommelserna om Patientmiljarden – insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården – och om god och nära vård. Utredningen för en samordnad utveckling av god och nära vård (S 2017:01) har också på regeringens uppdrag utrett förutsättningarna för att lagstadga patientkontrakt i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Förslagen har remitterats och bereds för närvarande i Regeringskansliet. Vidare har regeringen gett Socialstyrelsen och Statens skolverk i uppdrag att stödja utvecklingen av tidiga och samordnade insatser för barn som riskerar en ogynnsam utveckling. Samordnade insatser ska ske mellan skolan, hälso-och sjukvården och socialtjänsten.[34] På flera håll i landet pågår nu utvecklingsinsatser som ska stödja samordning. Det gäller till exempel projektet Barnets bästa gäller, i Region Kronoberg, Backa barnet i Ystad, HLT-team i Region Västerbotten och Tillsammans för varje barn i Falun.

Inom ramen för regeringens överenskommelse om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på

[33] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*.
[34] Uppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen: *Ändring av uppdrag att utföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga samt förlängd tid för uppdraget*, dnr U2020/00363.

primärvården – stimulerar regeringen ökad tillgänglighet i barnhälsovården. Överenskommelsen innebär att regionerna ska stödja och utveckla en bättre samverkan mellan barnhälsovården och andra relevanta aktörer såsom mödrahälsovården, tandvården och socialtjänsten, för att uppmärksamma och förebygga skillnader i hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. På flera håll i landet samverkar vårdverksamheter i så kallade familjecentraler. Erfarenheter från dessa uppdrag och insatser har ännu inte utvärderats men kan komma utgöra värdefull information om hur arbetet med att samordna vårdinsatser kan utvecklas lokalt och regionalt.

Samverkan mellan berörda verksamheter behöver utvecklas

Att främja hälsa och förebygga ohälsa är inte endast hälso- och sjukvårdens ansvar. Hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga kan ske på flera arenor och samverkan blir därmed av avgörande betydelse för barns och ungas fortsatta hälsa. Hälsovårdsprogrammet bör bidra till att stödja samverkan mellan verksamheter som erbjuder hälso- och sjukvård till barn och unga samt samverkan med andra relevanta aktörer till exempel tandvården, socialtjänsten, förskolan och skolan. Samverkan behöver ske på huvudmannanivå, vårdgivarnivå och professionell nivå. Det övergripande syftet med samverkan bör vara att barn och unga får kontinuerlig och samordnad vård och behandling i ett tidigt skede. Utredningen bedömer att de samlade förslag som utredningen lägger fram kan underlätta förutsättningar för samverkan.

De centrala bestämmelserna för samverkan och vägledning om hur dessa bestämmelser bör implementeras på olika nivåer i hälso- och sjukvården bör framgå av hälsovårdsprogrammet. Det gäller till exempel bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen om att regioner och kommuner ska samverka med andra samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av vården och samverkan mellan region och kommun när en enskild patient har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten enligt 7 kap. 7 §, 11 kap. 3 § och 16 kap. 4 § HSL. Det gäller vidare nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft den 1 juli 2021 som anger att primärvård ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att sam-

ordningen sker inom primärvården.[35] Det gäller även bestämmelser i patientlagen som anger att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt samt rätten till fast vårdkontakt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet enligt 6 kap. 1 § och 2 § PL. Bestämmelsen i patientsäkerhetslagen som anger att hälso- och sjukvårdspersonal ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs när det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa bör också ingå enligt 6 kap 5 § PSL. Dessutom bör bestämmelser som gäller samverkan i Socialstyrelsen föreskrift 2011:09 om ledningssystem för systematiskt kvalitetledningsarbete. Det gäller bestämmelser om samverkan för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador inom den egna organisationen och samverkan med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter enligt 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9.

I detta bör dessutom ingå att redogöra för sekretess- och tystnadspliktsregler, enligt lagen om offentlighet och sekretess (2009:400) och PSL, samt relevanta bestämmelser om behandling av personuppgifter, enligt bland annat dataskyddsförordningen och patientdatalagen, när samverkan sker kring enskilda barn och unga. Det bör också redogöras för vad som gäller i fråga om barn och deras vårdnadshavare i det avseendet.

Vidare bör det ingå vägledning om grundläggande förutsättningar för samverkan samt hur samverkan bäst kan organiseras. Det handlar bland annat att om att samverkan behöver förankras på flera nivåer i förvaltningen. Det behövs också tydliga mål, tillräckliga resurser och en ändamålsenlig organisation för samverkan. Dessutom behöver de samverkande aktörerna ha ett gemensamt synsätt och god kunskap om varandras förutsättningar, uppdrag och regelverk. En viktig utgångspunkt för denna vägledning bör vara att verksamheter som tillhandahåller hälsovård till barn och unga delvis regleras av olika regelverk och har olika förutsättningar och ingångsvärden i samverkan.

[35] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Kompetensnivåer för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

Hälsovårdsprogrammet ska även erbjuda vägledning om vilka kompetensnivåer som bör finnas tillgängliga i den hälso- och sjukvårdsverksamhet som huvudsakligen arbetar med ett förebyggande och hälsofrämjande uppdrag gentemot barn och unga. Utgångspunkten ska vara att det finns tillräckliga kompetenser för att möta barns och ungas behov utifrån rådande hälso- och sjukdomspanorama samt för att utföra hälsofrämjande, förebyggande och hälsouppföljande insatser. Bemanningen behöver också vara tillräcklig för att uppdraget ska kunna utföras både i förhållande till befolkningsmängden och socioekonomiska förutsättningar som kan påverka förekomsten av riskfaktorer hos befolkningen och i synnerhet hos barn och unga. Kompetens om hälsofrämjande och förebyggande arbete är en given förutsättning för att kunna verkställa det föreslagna hälsovårdsprogrammet. Mot bakgrund av att den psykiska ohälsan hos barn och unga ökar bör särskild vikt läggas vid kompetenser för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa.

Det bör finnas tillgång till tvärprofessionella team som kan göra breda bedömningar av barns och ungas behov av insatser, särskilt när det bedöms att barn eller unga har behov av fördjupade insatser på selektiv eller indikerad nivå. Tvärprofessionella team kan utifrån respektive kompetens och kunskapsområde bidra till en helhetssyn på barnets eller den unges behov och de åtgärder som bör vidtas. I teamen bör de yrkeskompetenser ingå som krävs för att barn och unga ska kunna erbjudas tidiga, samordnade, ändamålsenliga och hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det kan till exempel handla om läkare, sjuksköterskor, dietister, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopeder, specialpedagoger, psykologer, kuratorer och socionomer.

Därutöver är det centralt att det finns personal med barn- och ungdomskompetens som kan möta barn och unga utifrån deras behov och förutsättningar och göra barn och unga delaktiga i vård och behandling. Barn- och ungdomskompetensen behöver vara anpassad efter barns och ungas olika utvecklingsstadier och åldrar. I barn- och ungdomskompetensen ingår även kompetens om barns och ungas levnadsvillkor och förutsättningar, till exempel kulturell kompetens om förutsättningar för unga HBTQ-personer och unga med funktionsnedsättning, unga nyanlända och unga som är socialt

utsatta med mera. I detta arbete bör den barn- och ungdomskompetens som finns inom de medicinska insatserna av elevhälsan och ungdomsmottagningarna särskilt beaktas. I detta ingår även kompetens att kunna möta och inkludera vårdnadshavare i vård och behandling och att kunna erbjuda olika typer av föräldraskapsstöd.

Uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram

Utredningen bedömer att det behövs en nationell samling kring utformningen av det nationella hälsovårdsprogrammet. Det är en förutsättning för att programmet ska kunna genomföras på ett effektivt sätt i berörda vårdverksamheter. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att i samråd med, Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten utforma det nationella hälsovårdsprogrammet. Företrädare för berörda huvudmän och den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård och SKR, professionen och patienter och närståendeorganisationer bör ingå i arbetet. Det ska säkra att programmet har ett tvärsektoriellt stöd. Regeringen bör överväga att lämna särskilda stimulansmedel till relevanta organisationer för att de ska kunna delta i arbetet med att utforma och bidra till att genomföra programmet. Uppdraget kommer att behöva pågå under flera år och i uppdraget bör ingå att göra en förstudie om hur arbetet med att ta fram programmet bäst kan utformas för att inkludera alla berörda parter.

Dessutom bör regeringen ingå en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner när det gäller de praktiska och organisatoriska förutsättningarna för verksamheterna att implementera det nationella hälsovårdsprogrammet. I detta bör även ingå en plan för långsiktig förvaltning och utveckling av kunskapsstöd eller en rikshandbok som stödjer användningen av hälsovårdsprogrammet för barn och unga i de aktuella verksamheterna.

Utredningen bedömer att en sådan samlad organisation för att utveckla hälsovårdsprogrammet borgar för kvalitet och ett gemensamt ansvar för att programmet implementeras i verksamheterna. Utredningen bedömer också att den organisation för kunskapsstyrning som regionerna i samverkan har utformat, kan underlätta samarbetet med regionerna i utformningen och genomförandet av hälso-

programmet. Det nationella barnhälsovårdsprogrammet har utarbetats på ett liknande sätt och det har visat sig vara en framgångsfaktor i implementeringen av programmet i berörda verksamheter. De kunskapsnoder som finns över landet i form av centrala mödrahälsovårdsenheter och centrala barnhälsovårdsenheter har haft en avgörande roll för utveckling och förvaltning av mödrahälsovårdens respektive barnhälsovårdens innehåll och utformning. Detta är något som bör beaktas när hälsovårdsprogrammet för barn och unga ska genomföras och förvaltas. Dessutom bör genomförandet av programmet och att huvudmännen arbetar i enlighet med programmet följas upp med utgångspunkt från lämpliga indikatorer. Även detta bör ingå i myndigheternas uppdrag. Till denna del återkommer utredningen i slutbetänkandet.

6.3.2 Uppdrag att sammanställa evidens för hälsofrämjande insatser

Förslag: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa.

Bedömning: Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att ta fram kunskaps- och metodstöd om hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga.

Skälen för utredningens bedömning: För att ytterligare stärka förutsättningarna för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård till barn och unga bör Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer identifiera inom vilka områden det kan vara relevant att genomföra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga för att främja fysisk och psykisk hälsa och förebygga ohälsa. Underlagen ska bidra till utvecklingen av det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Uppdraget bör ges under en period av flera år för

att underlätta samverkan och genomförande av projekt. SBU ska även identifiera kunskapsluckor inom området.

Utredningen bedömer också att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att kartlägga behovet av ytterligare kunskapsstöd inom området för att stödja utvecklingen av en hälsofrämjande hälso- och sjukvård för barn och unga. Kartläggningen bör göras i samråd med huvudmännen och berörda professions- och patientföreträdare.

6.4 Organisation, planering och samverkan i hälso- och sjukvården som riktar sig till barn och unga

Utredningen konstaterar att hälso- och sjukvården kan utveckla sitt arbete med att möta barns och ungas rättigheter och behov. Vid planering och utformning av hälso- och sjukvården som helhet utgör vanligen vuxna norm. Införande av nya system, processer och lösningar genomförs ofta utifrån vuxenperspektiv, vilket riskerar att bli alltför begränsat för att på ett ändamålsenligt sätt kunna tillgodose barns och ungas rättigheter och behov.

Barn och unga är mer systemberoende än vuxna, eftersom de är i en beroendeställning till vuxna och påverkas mer av omgivande faktorer som familj och skola. Det är viktigt att relevanta verksamheter samverkar och samordnar sig på ett sätt som är ändamålsenligt för barn och unga. Arbetet med barn behöver bedrivas familjecentrerat och med helhetssyn, samt med kunskap om barnets närmiljö. Samtidigt ska barnets rätt till integritet och delaktighet tillgodoses. Arbetet med barn och unga och barns vårdnadshavare kräver också mer tid och särskild kompetens.

Utredningen ser behov av bättre styrning mot samverkan mellan huvudmän för verksamheter som barn och unga har särskilt mycket kontakt med, eftersom det kan bidra till bättre sammanhållning i dagens fragmentiserade hälso- och sjukvårdssystem. När det gäller planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården bedömer utredningen att det inom ramen för huvudmännens ansvar också behövs ett tydligare fokus på barns rättigheter enligt barnkonventionen.

En helhetssyn bör prägla såväl organisation, som vård och behandling.[36] Hälso- och sjukvårdens ansvar att erbjuda god vård till befolkningen ska redan i dag tillförsäkra barn och unga en likvärdig tillgång till såväl hälsofrämjande, förebyggande som sjukvårdande och rehabiliterande åtgärder.

6.4.1 Förstärkt samverkan mellan region och skolhuvudmän

Förslag: Det ska i ett andra stycke i 7 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) regleras att regionen, i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga, särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen bedömer att samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet utgör en viktig pusselbit som kan bidra till bättre sammanhållning i dagens fragmentiserade hälso- och sjukvårdssystem. Genom att huvudmännen samverkar med varandra skapas förutsättningar för samordning av insatser till barn och unga i sådana verksamheter som de olika huvudmännen ansvarar för. En bättre samverkan mellan regionen och huvudmännen för skolväsendet kan främja hälsa och förebygga ohälsa ur ett brett perspektiv, genom en bättre förståelse för varandras verksamhetsområden och utmaningar och genom en bred och gemensam bild av hälsoläget hos barn och unga. Det kan ge bättre möjligheter att planera och utveckla verksamheterna därefter, vilket gynnar barn och unga. Förslaget innebär ett förtydligande av regionens ansvar att samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Även om regionen och vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser ska samverka enligt befintliga regler, behöver huvudmännen för skolväsendet adresseras särskilt i regionens ansvar för samverkan för att kunna skapa det nödvändiga samhälleliga partnerskapet mellan hälso- och sjukvården – inte minst primärvården – och skolväsendet. Det är angeläget eftersom skolan är den arena där de flesta barn och unga finns. Ett sådant nära partnerskap är också avgörande för att de aktörer som har ansvar för att främja hälsa och förebygga

[36] Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* (s. 117).

ohälsa hos barn och unga, ska kunna möta barns och ungas behov ur ett helhetsperspektiv och för att tillgodose deras rättigheter under hela uppväxttiden. Utredningen menar att en bättre styrning av övergripande samverkan mellan huvudmännen kan bidra till förbättrad samordning av vårdinsatser på den individuella nivån.

I förarbetena till skollagens bestämmelser om den samlade elevhälsan, framhålls att det är angeläget att samverkan, från elevhälsans håll, sker med övrig hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.[37] Utredningen bedömer därför att detta samverkanskrav som regionen kan anses ha med dagens elevhälsa principiellt är mycket viktigt och att det behöver skapas förutsättningar för att på bästa sätt uppfylla detta genom samverkan på huvudmannanivån. Det kan nämnas att skolhuvudmannen ofta är vårdgivare för elevhälsans medicinska del, men inte alltid. Den föreslagna bestämmelsen kan därför bli särskilt viktig i de situationer när så inte är fallet.

Förslaget utgör ett komplement till det befintliga generella ansvaret för regionen, att i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare, enligt 7 kap. 7 § HSL. Vårdgivare för elevhälsans medicinska insats är exempel på vårdgivare. Det finns dock i dag ingen tydlig uttrycklig bestämmelse om samverkan på den övergripande nivån mellan de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmännen och skolväsendets huvudmän.

Vid införandet av samverkanskravet, avsågs med samhällsorgan, främst kommuner och statliga myndigheter, till exempel Socialstyrelsen, dåvarande Skolöverstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen på central nivå samt Länsskolnämnden, Yrkesinspektionen, Länsarbetarnämnden och de regionala stiftelserna för skyddat arbete på länsplanet.[38] Med hänsyn till skolväsendets organisation i början av 1980-talet, bedöms att i vart fall dåtidens huvudmän för skolväsendet bör ha omfattats av begreppet samhällsorgan. Utredningen bedömer dock att det inte tillräckligt tydligt framgår att regionen ska samverka med huvudmän för skolväsendet, eftersom skolhuvudmännen i dag är organiserade på annat sätt. Huvudmän inom skolväsendet utgörs i dag, enligt 2 kap. 2–5 §§ skollagen, av kommuner, regioner, staten och enskilda.

[37] Prop. 2009/10:165, *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 276).
[38] Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* (s. 123 f).

Utredningen bedömer det relevant att samverkan med huvudmän inom samtliga skolformer ingår i det föreslagna samverkanskravet. Ett skäl till detta är att alla skolformer inte har elevhälsoverksamhet och omfattas därför inte i det befintliga samverkanskravet med vårdgivare. När det till exempel gäller förskola och kommunal vuxenutbildning finns inget krav på att anordna elevhälsa. Majoriteten av alla barn mellan 1–5 år är inskrivna i förskolan och samverkan mellan regionen och förskolor behöver generellt förbättras. I kommunal vuxenutbildning finns personer i olika åldrar, även unga personer, som tar del av utbildning på olika nivå.

Skolväsendet omfattar i sin helhet, enligt 1 kap. 1 § skollagen, följande skolformer: förskola, förskoleklass, grundskola, grundsärskola, specialskola, sameskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola, och kommunal vuxenutbildning. I skolväsendet ingår också fritidshem som kompletterar utbildningen i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, specialskolan, sameskolan och vissa särskilda utbildningsformer.

Huvudmännen för skolväsendet bedöms, precis som anförts i tidigare förarbeten om samverkan med samhällsaktörer, organisationer och vårdgivare, att bidra till att utifrån sina befintliga verksamheter och ansvar, i största möjliga utsträckning aktivt delta i en sådan samverkan för att tillgodose främjandet av barns och ungas hälsa.[39]

Utredningen bedömer att det är relevant att regionen i första hand samverkar med samtliga huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen inom regionen. Det kan dock finnas situationer när det även är relevant att samverka med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen utanför regionen.

Brister i samverkan leder till att barn och unga inte får de insatser de behöver, eller inte i rätt tid

Brister i samverkan och samordning i systemet lyfts i flera myndighetsrapporter, se även problembilden kap. 5. Samverkan mellan skolverksamheterna och primärvården brister särskilt. I exempelvis regeringsuppdraget Tidiga samordnade insatser, som följer ett 40-tal samverkansprojekt mellan socialtjänst, elevhälsa och sjukvård, be-

[39] Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* (s. 64).

skrivs regionen i allmänhet och primärvården i synnerhet som frånvarande i samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa.[40] När det gäller omhändertagande av psykisk ohälsa, brister samverkan och samordning mellan alla aktörer. Ansvarsfördelningen mellan aktörerna bedöms också vara otydlig.[41]

Stora brister har också rapporterats när det gäller samverkan och samordning mellan barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) och skolans elevhälsa. Utöver detta finns också brister i samverkan mellan elevhälsan, tandvård och socialtjänsten.[42]

I Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn från 2015 såg myndigheten att förutsättningar för samverkan varierar i de olika länen. Endast en tredjedel av regionerna hade till exempel upprättat länstäckande styrdokument för samverkan med elevhälsan i länet.[43] I de län där sådana överenskommelser förekommer fungerar samverkan bättre.[44] IVO lyfte också att bristande samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och BUP är särskilt problematisk av flera skäl. Det handlar bland annat om att BUP ofta kräver att elevhälsan genomför vissa utredningar innan BUP tar emot barn och unga. Det är inte förenligt med det uppdrag som elevhälsan och dess medicinska insatser har enligt skolförfattningarna. Elevhälsan kan dessutom ha svårt att bedöma i vilken omfattning utredningen förväntas vara och har sällan de resurser eller andra förutsättningar som krävs för att genomföra utredningarna. Detta innebär att barn och unga kan få vänta både på utredning från skolan och sedan i kön till BUP. De långa väntetiderna på BUP kan också innebära att elevhälsan behöver göra om vissa utredningar på grund av att de har blivit inaktuella under tiden som barnet eller den unge stått i kö till BUP. IVO har även lyft problem med ett otydligt vårdansvar inom psykiatrin för unga personer som har fyllt 18 år.[45]

Att samverkan och samordning brister har också bekräftats i utredningens dialoger. I flertalet dialogmöten efterfrågades ytterligare krav på samverkan som lösning på befintlig fragmentisering. Även

[40] Governo (2021): *Utvärdering av Skolverkets och Socialstyrelsens regeringsuppdrag om tidiga samordnade insatser för barn ordnade insatser för barn och unga* (2017/01236/GV).
[41] IVO (2015): *Elevhälsan – Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län.*
[42] SOU 2010:95, *Se, tolka och Agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*, SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet och* SOU 2017:35 *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet.*
[43] IVO (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län.*
[44] IVO (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan.*
[45] Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Elevhälsan – tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län* (s. 15).

de ungas berättelser har tydligt visat att vården för barn och unga inte är sammanhållen, se även Problembilden, kap. 5.

Det råder alltså en stor samstämmighet kring behovet av samverkan och samordning och därvid behovet av tydligare – inte minst ekonomisk – styrning, samverkansstrukturer, rutiner och prioriteringar hos de verksamheter som tillhandahåller hälso- och sjukvård till barn och unga. Att huvudmännen har huvudansvaret för denna styrning stämmer också helt överens med regeringens bedömning avseende inriktningen för det pågående omställningsarbetet.[46]

Inriktning när det gäller samverkan i omställningen till en god och nära vård

Regeringen har bland annat anfört att bristen på samordning i dag är ett av hälso- och sjukvårdens stora problem och att många patienter och närstående vittnar om att de får lägga mycket tid och kraft på att koordinera vårdens olika insatser och att vårdens aktörer påfallande ofta är okunniga om patientens sjukdomshistoria. Regeringen anser därför att det är angeläget att huvudmännen skapar förutsättningar för samverkan och för att samordna olika delar av hälso- och sjukvården så att patientens hela hälsotillstånd kan bedömas och behandlas. I detta ligger både att skapa en ändamålsenlig organisation och att vårdens utförare har det verksamhetsstöd, ändamålsenliga it-stöd samt de ekonomiska resurser och kompetenser inom till exempel diagnostik, behandling och rehabilitering som behövs för att samordning ska vara möjlig på ett resurseffektivt sätt. För att möta personens hela behov krävs inte bara en samverkan mellan olika huvudmän och organisationer, det behövs också strukturer som uppmuntrar och underlättar samarbetet mellan vårdens olika professioner i det dagliga arbetet.[47]

[46] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*
[47] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s 38).

6.4.2 Hälso- och sjukvårdens samverkan och samordning med socialtjänst och tandvård behöver stärkas

Bedömning: Regionen bör i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga stärka sin samverkan med socialtjänsten.

Bedömning: Regionen bör i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården och tandvården till barn och unga stärka samordningen mellan verksamheterna.

Bedömning: Patientkontrakt bör utgöra ett verktyg för att underlätta samverkan mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer. Inom ramen för det pågående utvecklingsarbetet mellan staten och SKR bör patientkontrakt utvecklas och anpassas till barns och ungas behov och förutsättningar. I detta ingår bland annat att undersöka hur elevhälsan kan utgöra en part i arbetet.

Skälen för utredningens bedömning: I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården behöver det finnas förutsättningar för samverkan och samordning med alla relevanta aktörer, för att barn och unga ska kunna erbjudas en sammanhållen, god, nära, likvärdig hälso- och sjukvård där hälsofrämjande och förebyggande insatser ingår.

Flera av skälen som angetts ovan som motiv till att stärka samverkan mellan den regionala hälso- och sjukvården och huvudmän inom skolväsendet, motiverar även behovet av en stärkt samverkan och samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, respektive hälso- och sjukvården och tandvården. Behovet av att synliggöra den särskilda hänsyn som behöver tas till barn och unga i huvudmännens organisatoriska och planeringsmässiga perspektiv är ett sådant exempel.

Ett genomförande av det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga som utredningen föreslår förutsätter också att samtliga berörda parter tar ansvar för och skapar för förutsättningar för samverkan och samordning dem emellan.

Stärkt samverkan mellan hälso-och sjukvård och socialtjänst

Utredningen ser behov av att samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn och unga och socialtjänsten stärks. Utredningen konstaterar att det finns flera krav på samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men att huvudmännen behöver skapa bättre förutsättningar på alla nivåer i systemet för att utveckla sådan samverkan i syfte att ändamålsenligt samordna vårdinsatser för barn och unga. En mer strukturerad samverkan på huvudmannanivå skapar förutsättningar för samordning av insatser mellan de olika verksamheterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Utredningen bedömer att de delar av socialtjänstens verksamhet som arbetar hälsofrämjande och förebyggande, till exempel med föräldrastöd, utgör önskvärda delar och samverkansparter i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Sådan samverkan bör utgå från barns och ungas hela hälsa, utveckling och livsvillkor i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet, som utredningen föreslår. Socialtjänsten behöver därför inkluderas på ett tydligare sätt i de processer och strukturer för samverkan som redan finns inom hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att krav på samordning och samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten bland annat finns i 5 kap. 8 § och 16 kap. 3 och 4 §§ HSL och i 5 kap. 1 d, 8 a och 9 a §§ SoL. Vidare är krav på samverkan reglerat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, 4 kap. 5 och 6 §§ (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Där anges att både vårdgivare och de som bedriver omsorgsverksamhet ska identifiera processer där det finns behov av samverkan och säkerställa att samverkan möjliggörs med bland annat vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten. Vikten av samverkan, samordning och samarbete inom och mellan vården och omsorgen framhålls också i olika förarbeten.[48]

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten sker bland annat inom ramen för individuell plan, i dagligt tal även kallad för samordnad individuell plan eller SIP. Användningen av SIP varierar över landet. Verksamheterna har kommit olika långt i implementeringen av verktyget och relaterade processer när det gäller

[48] Prop. 1981/82:97, Om hälso- och sjukvårdslag, m.m. (s. 123 ff.), Prop. 1979/80:1, Om socialtjänsten (s. 357 ff.) och Prop. 2000/01:80, Ny socialtjänstlag m.m. (s. 93).

arbetssätt och metoder.[49] Utvärderingar av SIP visar att det är svårt att få en sammantagen bild av lagens genomslag. I SKR:s utvärdering 2020 har framgångsfaktorer och hinder identifierats. Bland framgångsfaktorerna finns samsyn och samverkan mellan aktörer, användarvänligt och tillgängligt it-stöd, tydliga och individanpassade SIP-möten med rätt aktörer, tydlig roll- och ansvarsfördelning under hela SIP-processen och tillgång till kompetens och resurser för att genomföra SIP utifrån individens behov. De identifierade hindren handlar till stor del om aktörernas kunskap om och förutsättningar för att arbeta med SIP, däribland syfte, användande och process. Andra hinder är efterfrågan och möjlighet till delaktighet hos den enskilde, avsaknad av gemensamt it-stöd, otydlighet kring aktörers uppdrag, roll och ansvar och avsaknad av enhetligt system för uppföljning och tillsyn.[50]

Socialstyrelsen och Skolverket har i uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete som syftar till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården i övrigt och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (TSI) som närmare beskrivs i Bakgrund och nuläge, kap. 4. Bakgrunden till regeringens satsning är bland annat brister och svagheter som påvisats i samverkan mellan elevhälsan och hälso-och sjukvården i övrigt samt socialtjänsten. I delrapport från 2020 från regeringsuppdraget framgår bland annat att det tidiga och förebyggande arbetet behöver en mer framträdande plats än hittills, till förmån för det reaktiva och insatser i ett senare skede. Att vända den utvecklingen är ett långsiktigt arbete. Inom de utvecklingsarbeten som kommit igång och börjat arbeta operativt med insatser till barn och unga rapporteras om svårigheter att upptäcka barn som riskerar ogynnsam utveckling. Arbetet tenderar att fokusera på de barn och unga som har stora behov eller far illa i stället för barn med tidiga tecken på ogynnsam utveckling. Skolverket och Socialstyrelsen konstaterar i delutvärderingen att många verksamheter är vana att samverka kring insatser i ett sent skede, de tidiga insatserna kräver nya sätt att tänka och involverar andra aktörer.[51] Utredningen instämmer i att arbete med

[49] SKR (2020): *Att stärka samverkan med hjälp av SIP – samverkan med hjälp av SIP – förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete.*
[50] Ibid.
[51] Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Skolverket *att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) – Lägesbeskrivning 2019.*

tidiga insatser behöver prioriteras, så att inte de mer komplexa ärendena tar överhanden.

En mer samordnad hälso- och sjukvård och tandvård

Regionen bör i sitt arbete med att planera hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga utgå från en bred ansats för barns och ungas hälsa. Utredningen ser därför behov av att regionen skapar förutsättningar för att hälso- och sjukvården och tandvården samordnar sina vårdinsatser som riktas till barn och unga. Samordning behöver ske på alla nivåer i systemet för att barns och ungas vårdbehov ska kunna tillgodoses. Utredningen bedömer att det finns goda förutsättningar att stärka utvecklingen mot en mer samordnad hälso- och sjukvård och tandvård, eftersom regionen är huvudman för både hälso- och sjukvården och tandvården.

Tandvården utgör en önskvärd del och samverkanspart i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Samverkan med tandvården är en förutsättning för att följa upp barns och ungas hela hälsa, utveckling och livsvillkor i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet. Tandvården har ett omfattande hälsofrämjande och förebyggande uppdrag och träffar majoriteten av alla barn och unga genom regionens folktandvård. Utredningen anser att tandvården därmed har unika förutsättningar att, utöver tandhälsan, tidigt upptäcka även annan ohälsa hos barn och unga och slussa vidare till hälso- och sjukvården. Tandvården kan till exempel tidigt upptäcka att en patient har drabbats av ätstörningar, då många skador kan uppstå på tänderna. I Rikshandbok för barnhälsovården betonas vikten av samarbete mellan tandvården och barnhälsovården. Samma barn som löper ökad risk vad gäller den allmänna hälsan har oftast en ökad risk för karies. Ett bra samarbete är en viktig förutsättning för att förebygga och tidigt ta hand om de barn som är på väg att utveckla karies.[52]

Utredningen konstaterar att både hälso- och sjukvården och tandvården omfattas av samverkanskrav i lagstiftningen. Motsvarande bestämmelse om ansvar att samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda återfinns i 9 § tandvårdslagen (1985:125) och 7 kap. 7 § HSL. Det finns också krav på samverkan i Socialstyrelsens

[52] Rikshandbok för barnhälsovården (2019).

föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som bland annat omfattar både hälso- och sjukvården och tandvården. I föreskrifternas 4 kap. 6 § anges att vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Processerna och rutinerna ska även säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare. En väl fungerande samverkan kan bidra till att vård och behandling blir säkrare och mer effektiv, vilket är till ömsesidig nytta för verksamheterna och ändamålsenligt för patienten.[53]

När det gäller möjligheten att dela uppgifter om en patient med dennes samtycke är de juridiska förutsättningarna för samverkan goda eftersom vårdgivare för tandvården och hälso- och sjukvården enligt 6 kap. patientdatalagen (2008:355), kan dela uppgifter med varandra genom sammanhållen journalföring. Problemet är snarare praktiskt eftersom tandvård och hälso- och sjukvård i hög utsträckning använder journalsystem som inte är kompatibla i struktur och innehåll.[54]

Socialstyrelsen gjorde 2019 en kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård, se även Problembild, kap. 5. Kartläggningen visar att det finns brister i samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården som bland annat leder till ojämlikheter i vården och att patienter riskerar att falla mellan stolarna. Bristerna ligger bland annat i att tandvård och hälso- och sjukvård utgör två separata system med olika kultur, finansiering, ledning och styrning och strukturer för samverkan saknas i stor utsträckning. Dessutom är system för journalföring och e-tjänster åtskilda och det finns en bristande kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Tandvården behöver inkluderas på ett tydligare sätt i de processer och strukturer för samverkan som redan finns inom hälso- och sjukvården. De befintliga processerna kan fungera bättre ur samverkanssynpunkt, vilket kan leda till en mer effektiv och ändamålsenlig vård för patienten.[55] Tandvården behöver också inkluderas i arbetet med den pågående omställningen av hälso- och sjukvården till en god och nära vård, där primärvården utgör basen och navet i vården. Primärvården behöver samspela med den specialiserade vården, den kom-

[53] Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård – Slutrapport 2019.*
[54] Ibid.
[55] Ibid.

munala omsorgen och socialtjänsten samt andra intressenter som behövs utifrån patientens perspektiv.[56] I delbetänkandet God och nära vård – Vård i samverkan (SOU 2019:29) konstateras att primärvården har en viktig roll att spela i det förebyggande och sjukdomsförebyggande arbetet. Primärvården har goda möjligheter att utveckla samarbeten lokalt för preventivt arbete för att främja folkhälsan.[57] Socialstyrelsen bedömer i sin kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård att en involvering av tandvården i detta omställningsarbete skulle kunna bidra till förbättrade förutsättningar för samverkan.[58] Utredningen delar denna bedömning.

Slutligen har Socialstyrelsen följt och analyserat genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården, vars syfte är att främja en jämlik hälsa genom stöd till barn med ökad risk för sämre hälsa och tandhälsa. Av den första delrapporten framgår att flera regioner har använt statsbidrag inom överenskommelsen för att utveckla samverkan mellan barnhälsovården och tandvården. Det handlar till exempel om att barnhälsovården på många håll infört ett gemensamt mottagningsbesök med tandvården eller utvecklat rutiner för att bättre integrera munhälsa i barnhälsovården. Det är för tidigt att bedöma om utvecklingen kan leda till en mer jämlik tandhälsa hos förskolebarn, men förutsättningarna för att göra insatser i samverkan mellan barnhälsovården och tandvården har sannolikt förbättrats.[59]

Arbetet med patientkontrakt behöver utvecklas och anpassas efter barns och ungas behov

Inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKR om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav pågår ett arbete med att införa patientkontrakt. Patientkontrakt är ett koncept för att skapa en mer personcentrerad vård som utgår från patientens behov av samordning.

[56] SKR (2021): *Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården* (Hämtat 2021-04-06).
[57] SOU 2019:29, *God och nära vård – Vård i samverkan* (s. 198).
[58] Socialstyrelsen (2019)*: Kartläggning av hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård – Slutrapport.*
[59] Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020.*

Det är särskilt angeläget för patienter med omfattande vårdbehov. Patientkontraktet består av fyra delar, en överenskommelse mellan patient och vårdgivare, en fast vårdkontakt, en överenskommen tid och en sammanhållen plan. Införandet av patientkontrakt syftar till att bidra till en effektivare samordning av alla insatser och förebyggande åtgärder för patienter som har flera olika vårdkontakter. Patientkontrakt ska dessutom bidra till att göra varje patient mer delaktig i sin egen vård. Socialstyrelsens uppföljning visar att regionerna har kommit olika långt i implementeringen av patientkontrakt. Några regioner är i början av att introducera det, medan andra planerar för införande eller breddinförande. Det finns även exempel på pågående breddinförande inom vissa diagnosområden. Införandet av patientkontrakt ses som ett långsiktigt arbete.

Utredningen för en samordnad utveckling av god och nära vård (S 2017:01) har på regeringens uppdrag utrett förutsättningarna för att lagstadga patientkontrakt i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Förslagen har remitterats och bereds för närvarande i Regeringskansliet. I Problembilden, kap. 5 konstaterar utredningen att det finns svårigheter med den föreslagna regleringen om patientkontrakt utifrån ett barnrättperspektiv eftersom skolhuvudmännen och därmed elevhälsan inte omfattas av den föreslagna bestämmelsen om individuell plan fullt ut. Utredningen bedömer därför att det pågående arbetet med patientkontrakt behöver utvecklas så att det anpassas efter barns och ungas behov. I detta ingår bland annat att utveckla den digitala vårdplaneringen för barn och unga och att utveckla former för hur samtliga skolhuvudmän (kommunala, enskilda, regionala och statliga) kan inkluderas i patientkontrakten. Användande av patientkontrakt bör särskilt utökas och prövas för barn och unga med långvariga och stora behov.

Utredningen ser fördelar med att på sikt även inkludera tandvården i arbetet med patientkontrakt, för att ytterligare stärka samordningen av insatser och förebyggande åtgärder för barn och unga ur ett helhetsperspektiv.

6.4.3 Systematiskt arbetssätt med barns och ungas rättigheter och behov

Bedömning: Regionerna behöver systematiskt integrera barns och ungas rättigheter och behov i planeringen och organiseringen av hälso- och sjukvården.

Skälen för utredningens bedömning: Regionerna behöver på ett tydligare och mer systematiskt sätt integrera barns och ungas rättigheter och behov i planeringen av hälso- och sjukvården, för att i sin organisation göra de anpassningar som krävs. Det kan handla om att utveckla och använda strukturerade metoder och verktyg, som till exempel mallar eller checklistor där det framgår vad ledningen behöver tänka på och ta ställning till som rör barns rättigheter och behov, när de planerar och utformar hälso- och sjukvården. Det kan också handla om att skapa modeller för hur barn och unga ska involveras och göras delaktiga.

Utredningen bedömer att det är viktigt att huvudmännen utvecklar strategier och förutsättningar för att barns och ungas synpunkter och erfarenheter hörs och beaktas vid utformningen av hälso- och sjukvården. Barn och unga och deras närstående behöver vara delaktiga vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, i enlighet med bland annat barnkonventionens bestämmelser om barnet bästa (artikel 3) och barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör dem (artikel 12). Det handlar om delaktighet på en övergripande nivå när hälso- och sjukvården organiseras och planeras. Det kan till exempel ske genom dialoger med patient- och brukarråd med unga företrädare för patienter och brukare eller andra referensgrupper med barn och unga från olika livssituationer. Det kan också ske genom samverkan med civilsamhällesorganisationer.

En ökad delaktighet från barn och unga bidrar till en ökad barnkompetens i hälso- och sjukvården och ett mer ändamålsenligt hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga. Barns och ungas kunskaper och erfarenheter kan tillföra nya perspektiv och bidra till att hälso- och sjukvård i högre grad utformas med utgångspunkt från barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser. Det handlar också om att skapa förutsättningar för att barn och unga ska kunna vara delaktiga i sin egen vård och behandling.

Hälso- och sjukvården är enligt lagen skyldig att göra patienten delaktig i hälso- och sjukvården. Bestämmelser om patienters delaktighet finns bland annat i patientlagen (2014:821). Hälso- och sjukvården ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, det framgår av 5 kap. 1–3 §§ patientlagen. Patientens egen medverkan i vård- och behandlingsinsatser ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Patientens närstående ska också få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförande av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar detta. Informationen som ska lämnas till patienten ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar, enligt 3 kap. 6 § patientlagen. Dessutom ska den som ger information så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelse av den lämnade informationen, enligt 3 kap. 7 § patientlagen. Särskilda krav på barns delaktighet följer också av 5 kap. 6–7 §§ HSL, 1 kap. 8 § patientlagen och barnkonventionens artiklar 3, 12 och 24. Där anges bland annat att barnets bästa ska vara utgångspunkten när hälso- och sjukvård ges till barn och att barn har rätt till information i samband med hälso- och sjukvård. Dessutom framgår av bland annat barnkonventionens artikel 12 att barns åsikter ska tillmätas betydelse i förhållanden till barnets ålder och mognad.

Barns och ungas delaktighet i den egna vården och behandlingen behöver stärkas

Patienter görs inte i tillräckligt hög grad delaktiga i den egna vården och behandlingen.[60] Vid en internationell jämförelse visar svensk hälso- och sjukvård sämre resultat jämfört med andra länder när det gäller till exempel delaktighet, information och samordning.[61]

Uppföljningar visar att hälso- och sjukvården sällan använder de resurser som patienter och närstående utgör i tillräcklig utsträckning i utformningen av vården. Ett systematiskt arbete för att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård kan dock bidra till att både

[60] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, Rapport 2018:8.
[61] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, Rapport 2018:12.

öka förtroendet för vården och till en mer patientsäker vård.[62] Patienternas bedömning av vårdens övergripande kvalitet har starka samband med patienternas erfarenheter från sina möten med vården.[63] Dessutom kan en ökad delaktighet för patienter bidra till förbättrade medicinska resultat.[64] Huvudmännen behöver därför utarbeta strategier och förutsättningar för barns och ungas delaktighet i vårdmötet så att det kan utformas med utgångspunkt från barns och ungas behov och förutsättningar. Barn och unga behöver också inkluderas i beslut om vård och behandling. För detta behövs bland annat anpassad information och att hälso- och sjukvården använder ett språkbruk som inkluderar barn och unga i samtalet.

För att delaktighet ska fungera i praktiken krävs tid, kompetens, metod och systematik, även detta måste alltså planeras in för vården av barn och unga. Det finns kunskap om strategier för delaktighet i vårdmötet mellan patienten och hälso- och sjukvårdens personal. Framgångsrika strategier är till exempel metoder för delat beslutsfattande såsom patientriktade beslutsstöd för val av behandlingsmetod och för personcentrerad vårdplanering. Dessa strategier är dock i hög grad utformade med utgångspunkt från vuxnas behov och förutsättningar. När det gäller personcentrerad hälso- och sjukvård på organisations- och systemnivå är kunskapen om framgångsrika strategier mer begränsad vilket bland annat beror på att området inte är tillräckligt beforskat.[65]

Särskilda uppföljningar om barns och ungas förutsättningar har gjorts när det gäller övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna. Dessa uppföljningar visar att barn och unga vill vara delaktiga men inte ges tillräckliga förutsättningar att vara det. Det finns brister när det gäller delaktighet, den unges ställning, och att barnets bästa alltid ska beaktas. Det finns också brister i informationen till barn och unga inte minst inför, under och efter övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna. Många barn och unga upplever också att sjukvårdens språk är svårt och att det kan utgöra ett hinder

[62] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård,* Rapport 2018:8.
[63] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten,* Rapport 2018:12.
[64] Socialstyrelsen (2015): *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal.*
[65] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård,* Rapport 2018:8.

för att lära sig mer om den egna sjukdomen. Därför behövs en mer anpassad information.[66]

Planering och organisering för ökad samordning

Barn och unga har ofta sammansatta behov som kräver en samordning av flera verksamheter. Styrning från ledning på hög nivå i organisationen underlättar och är ofta helt avgörande för att möjliggöra det arbete som krävs för att ta fram och etablera processer och arbetsmetoder som sker över verksamhetsgränser.

Utredningen menar att hälso- och sjukvården måste organiseras så att inte någon patient hamnar i verksamheternas mellanrum. Strukturer, processer och arbetsmetoder som främjar helhetssyn och sammanhållning, och som är ändamålsenliga för barn och unga, har förutsättningar att fungera när hälso- och sjukvården som helhet utgår från barns och ungas rättigheter och behov. Med helhetssyn och sammanhållning blir det viktigare att ta ansvar för att hitta lösningar som blir bra för patienten, än att upprätthålla gränssnitt mellan verksamheter. Detta förhållningssätt förutsätter ett ökat samarbete mellan vårdverksamheter inom regionen och även en ökad samverkan med andra aktörer.

Dessutom finns behov av att anpassa informationen om hälso- och sjukvårdens organisering regionalt och lokalt för barn och unga. Sådan information bör innehålla tydlig vägledning om vart barn och unga kan vända sig med sina vårdbehov. Behovet av en mer personcentrerad vård utvecklas i nationellt hälsovårdsprogram, se avsnitt 6.3.1. ovan. En ökad samverkan kan främja samlokalisering i de fall det är lämpligt, vilket ger ett bredare och mer ändamålsenligt erbjudande och stöd, till exempel familjecentraler och ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Samlokalisering kan i sin tur främja ett gott samarbete mellan verksamheter. Redan av förarbetena till 1981 års hälso- och sjukvårdslag framgår att vården ska utformas under hänsynstagande även till andra faktorer än de rent medicinska behoven, såsom exempelvis den vårdsökandes allmänna sociala situation, arbetsförhållanden,

[66] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.

utbildning och kulturella bakgrund. En helhetssyn ska således prägla såväl organisation som vård och behandling.[67]

Vårdprocesser som utvecklas i hälso- och sjukvården behöver inkludera barns och ungas rättigheter och behov. Det gäller både vårdprocesser med barn och unga som uttalad målgrupp och andra processer och arbetsmetoder som är relevanta för barns och ungas hälso- och sjukdomspanorama. Det kan till exempel handla om tillgänglighetsfrågor, undersökningsmetoder och medicintekniska och digitala lösningar. Sådana arbeten genomförs ofta med vuxna som utgångspunkt, både i planering och genomförande. Lösningar för att tillgodose barns och ungas rätt till sina föräldrar och sin familj ska inkluderas i planering och utformning av vården av barnet, men även när barnet är anhörig till en vuxen som vårdas.

En viktig aspekt av bedömningen är att den kan leda till att perspektivet barn som anhöriga stärks. Barns och ungas rättigheter och behov som anhöriga ska beaktas både i de processer som är aktuella för barn och unga utifrån vård och behandling, och vårdprocesser som handlar om sjukdomar som enbart drabbar vuxna. När barns och ungas rättigheter och behov beaktas i all planering och utformning av hälso- och sjukvården, så ökar insikten om att barn och unga finns och påverkas i de vuxna patienternas närhet och omgivning, och har rättigheter och behov som måste mötas i samband med vård av vuxna. Det kan till exempel handla om närvaro, delaktighet, stöd av olika slag och ibland behov av skydd.

6.4.4 Omställningen till en god och nära vård behöver stärkas med ett barnrättsperspektiv

Bedömning: Regionerna behöver komplettera och förstärka den pågående omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård med ett barnrättsperspektiv. Det gäller såväl på nationell som regional och lokal nivå.

Skälen för utredningens bedömning: Det pågår en omställning till god och nära vård som innebär att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården ska vara navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med om-

[67] Prop. 1981/82:97, O*m en hälso- och sjukvårdslag m.m.* (s. 117).

ställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienter och närstående ska kunna vara delaktiga i vård och behandling utifrån deras förutsättningar och behov. Riksdagen har också antagit ett förslag till nytt grunduppdrag för primärvården som träder i kraft den 1 juli 2021.[68] Grunduppdraget innebär i huvudsak att primärvården ska vara tillgänglig, finnas nära befolkningen och svara för vård och behandling av vanligt förekommande vårdbehov. Primärvården ska även arbeta förebyggande och med samordnade vårdinsatser när det är ändamålsenligt. Utredningen bedömer att målet med den pågående omställningen är gynnsamt även för barn och unga. Det sätter fokus på tidiga och samordnade insatser. För att omställningen ska anpassas till barn och unga behöver dock även elevhälsan och tandvården inkluderas i omställningsarbetet. Utredningen anser att en framtida stark primärvård som arbetar mer hälsofrämjande, förebyggande och uppsökande för barn och unga, kan generera stora hälsoekonomiska vinster. Primärvården kan genom sitt breda uppdrag ta ett samlat grepp om barnets eller den unges och barns vårdnadshavares hälsoutveckling och förebygga uppkomsten av ohälsa och sjukdomar. En stor del av alla sjukdomar som behandlas i hälso- och sjukvården skulle kunna förebyggas eller lindras genom preventiva insatser, till exempel goda levnadsvanor, egenvård och tidiga behandlande insatser. Det gäller bland annat hjärt- och kärlsjukdom, ohälsosam vikt, psykisk ohälsa, åldersdiabetes och flertalet cancerdiagnoser. Många av orsakerna till dessa sjukdomar grundläggs under barn- och ungdomsåren.

Omställningen till en god och nära vård är en av de största reformerna i svensk hälso- och sjukvård på decennier och kommer att få stor betydelse för befolkningens tillgång till vård. Det är därför mycket angeläget att alla aspekter av omställningsarbetet analyseras även ur ett barnrättsperspektiv såväl på nationell som regional och lokal nivå. Det är en förutsättning för att barns och ungas behov och förutsättningar ska beaktas i omställningsarbetet. Utredningen bedömer att det nu finns en god möjlighet att ta ett samlat grepp kring det hälsofrämjande och förebyggande arbetet både i hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst. Flera andra utredningar har nyligen lagt förslag som pekar i den riktningen, bland annat socialtjänstut-

[68] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*. 2020/21:SoU2, rskr 2020/21:61.

redningen och utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven.[69]

I detta sammanhang vill utredningen även lyfta fram det arbete som redan pågår i regioner och kommuner både med omställningen i stort och de insatser som görs för att utveckla en mer sammanhållen och samordnad vård för barn och unga. Det finns en stor drivkraft som kan lägga grunden för en långsiktigt hållbar utveckling av hälso- och sjukvården även för barn och unga. Utredningen anser dock att de regionala och lokala handlingsplaner som finns bör kompletteras ur ett barnrättsperspektiv i den mån så inte redan är fallet. Utredningen bedömer också att indikatorer bör utvecklas för att särskilt följa upp att omställningen anpassas till barns och ungas behov. Utredningen återkommer till frågorna om uppföljning av omställningsarbetet till en god och nära vård för barn och unga i slutbetänkandet.

6.4.5 Tryggare övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna

Bedömning: Ett nationellt kunskapsstöd som stödjer en trygg övergång från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna behöver tas fram och implementeras. Det genomförs lämpligen inom ramen för nationellt system för kunskapsstyrning.

Skälen för utredningens bedömning: Övergången från hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna behöver planeras och utformas utifrån barnets rättigheter och behov. Utredningen bedömer att hälso- och sjukvården behöver ta fram en process för hur övergången ska gå till och hur ansvar kommer att fördelas, för att patienterna och deras anhöriga ska vara delaktiga, trygga och väl förberedda. I processen måste också finnas utrymme för anpassningar i planeringen utifrån individens behov.

Det krävs en samordning mellan verksamheter inom hälso- och sjukvården för att ta fram och implementera välfungerande processer som är anpassade för barn och unga. Det kräver i sin tur ett aktivt ledarskap som systematiskt arbetar med planering och organisering utifrån barns och ungas rättigheter och behov.

[69] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag* och U 2017:07 *Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven*.

För barn som har en kontinuerlig vårdkontakt i den specialiserade vården uppstår ofta svårigheter i övergången till den specialiserade vården för vuxna, eller i övergången till primärvården i de fall vården för vuxna handhas av primärvården. Bristerna handlar om delaktighet och stöd samt information och trygga överlämningar. För barn med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar blir det extra påtagligt, eftersom kontinuitet är viktig för att kunna ge dem det stöd de behöver.[70]

Övergången behöver bli mer personcentrerad och hälso- och sjukvården behöver skapa förutsättningar för barnen att vara medskapare snarare än mottagare i övergångsprocessen. Det handlar också om behovet av fungerande informationsöverföring och sammanhängande vårdplanering. Både hälso- och sjukvården för barn och hälso- och sjukvården för vuxna har ett gemensamt ansvar för att få till stånd en bättre övergång. I praktiken uppstår ofta en otydlighet kring vem som har och tar detta ansvar. Barn och unga känner sig ofta osäkra till följd av skillnaderna mellan barn- och vuxensjukvårdens vårdorganisationer. Det är därför angeläget att övergångsprocessen kommer igång i god tid och sker stegvis efter barnets behov.[71]

6.5 Fast vårdkontakt för barn och unga

6.5.1 Fast vårdkontakt är en lagreglerad funktion

Bestämmelser om fast vårdkontakt infördes den 1 juli 2010 i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), men finns numera i första hand i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) (HSF) och 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Bestämmelsen i patientlagen anger att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Enligt 4 kap. 1 § HSF ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Det är också verksamhetschefen som ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen. Patienten

[70] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd. Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.
[71] Ibid.

ska få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt, vilket anges i 3 kap. 2 § punkt 2 patientlagen.

Av regeringens proposition Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning framgår att bestämmelsen om fast vårdkontakt innebär att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter. Regeringen bedömde inför införandet av bestämmelsen om fast vårdkontakt att en sådan funktion skulle kunna stärka patentens ställning.[72]

Vidare anges i förarbetena att en fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska, eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. En läkare kan vara aktuell som fast vårdkontakt för patienter med vissa sjukdomstillstånd, till exempel kroniska sjukdomar, för att följa sjukdomsförlopp under en längre tid. Verksamhetschefen ska så långt det är möjligt samråda med och respektera patientens önskemål om vem som ska utses till patientens fasta vårdkontakt.[73]

Patienter kan ha kontakter med flera olika delar av sjukvården, vilket innebär att dessa patienter kan få fler än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient.[74]

Ytterligare bestämmelser om fast vårdkontakt finns i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården (2017:612), LUS. Av 5 kap. 2 § första stycket LUS framgår att en fast vårdkontakt ska utses vid en enhet i den regionfinansierade öppna vården när den har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient. Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården. Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt enligt 2 kap. 5 § andra stycket LUS.

[72] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* (s. 61).
[73] Ibid. (s. 61).
[74] Ibid. (s. 62).

6.5.2 Flera uppföljningar av fast vårdkontakt har gjorts

Flera uppföljningar har genomförts av bestämmelserna om fast vårdkontakt, både den bestämmelse som i dag finns i patientlagen (och tidigare fanns i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen) och den i LUS. Det finns ingen svensk studie som har haft särskilt fokus på barns tillgång till funktionen.

2012 genomförde Socialstyrelsen en uppföljning som visade att bestämmelsen om fast vårdkontakt, som då reglerades i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen, inte var särskilt känd bland hälso- och sjukvårdens verksamheter, professionen eller patienterna. Socialstyrelsen påpekade att det behövdes informations- och utbildningsinsatser från vårdgivarnas sida. Vidare ansåg Socialstyrelsen att det fanns anledning för vårdgivarna att se över och uppdatera rutiner och styrdokument för att tydliggöra vilka befogenheter en fast vårdkontakt har och hur samverkan ska gå till med andra verksamheter.[75]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följde år 2020 upp tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården. Av myndighetens rapportering framgår sammanfattningsvis att:

- Ungefär hälften av befolkningen uppger att de har en fast vårdkontakt någonstans i vården. 26 procent av befolkningen uppger att de har en fast läkarkontakt och 15 procent har en annan fast vårdkontakt på vårdcentralen. Knappt 10 procent av befolkningen har både en fast läkarkontakt och en annan fast vårdkontakt vid sin vårdcentral.
- Många patienter som anser att det är viktigt att ha en fast vårdkontakt har det inte i dag.
- I primärvården är det vanligast med en fast läkarkontakt, följt av sjuksköterska som fast vårdkontakt. Även andra yrkeskategorier, som fysioterapeuter eller kuratorer, är fast vårdkontakt på vårdcentralen.
- Andelen med fast kontakt skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen. Andelen personer som har en fast kontakt ökar också i förhållande till deras vårdkonsumtion och ålder. Personer med mer omfattande vårdbehov har oftare fast kontakt och har uppger också i högre grad att de kan välja vilken person de vill ha som

[75] Socialstyrelsen (2012): *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m.* Slutrapport.

fast vårdkontakt. Kvinnor har oftare en fast läkarkontakt vid en vårdcentral än män. Personer som bor i storstadskommuner har oftare en fast läkarkontakt vid en vårdcentral än de som bor i mindre kommuner.

– Befolkningen värderar personkontinuitet högt. Personer med fasta kontakter på vårdcentraler har bättre erfarenheter av vården. Det gäller särskilt personer som har både en fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt. Personer med fast läkarkontakt uppger i högre utsträckning att de får vara delaktiga i sin behandling jämfört med personer som inte har en fast läkarkontakt.
– Det finns inga tecken på förbättringar över tid i fråga om andelen personer med fast läkarkontakt på den vårdcentral där patienten är listad.[76]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning från 2020 av tillämpningen av LUS visade att patienter som omfattades av LUS i högre grad fick en fast vårdkontakt jämfört med innan lagens införande. De fick dock inte alltid information om den fasta vårdkontakten innan de skrevs ut från slutenvården eller hur de kan komma i kontakt med den. Myndighetens uppföljning visade också att samverkan upplevdes ha förbättrats, i synnerhet mellan primärvården och kommuner till följd av bestämmelsen om fast vårdkontakt i LUS.[77] I LUS är bestämmelsen om fast vårdkontakt formulerad på ett annat sätt än i patientlagen. Till skillnad från bestämmelsen om fast vårdkontakt i patientlagen krävs inte att patienten begär en fast vårdkontakt eller att det bedömts nödvändigt för att tillgodose behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Den skillnaden tycks ha fått effekt.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anser att regering och regionerna behöver göra mer för att tillgodose patienters behov av kontinuitet. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tyder flera studier på att personkontinuitet bidrar till högre kvalitet och patientsäkerhet samt patientnöjdhet, färre inläggningar och akutbesök på sjukhus, bättre hälsa och lägre kostnader och högre produktivitet. Dessutom bedömer myndigheten att det finns ett posi-

[76] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, rapport 2020:9.
[77] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, rapport 2020:4.

tivt samband mellan bestämmelsen om fast vårdkontakt och målen för omställningen till en god och nära vård, ökad delaktighet, tillgänglighet, kontinuitet och samordning. Sambandet är starkare för patienter med långvariga sjukdomar eller hälsotillstånd jämfört med övriga patienter.[78]

Generellt kan det också konstateras att befolkningen värderar samordning av vårdinsatser och personkontinuitet högt. Det visar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar. Personer med kroniska eller långvariga sjukdomar värderar det högre än andra men uppger i lägre grad än andra att de får hjälp med sådan samordning av vårdcentralen. Även personer som har sina huvudsakliga kontakter inom andra delar av vården och inte på vårdcentralen vill att deras vårdcentral ska hjälpa till med samordningen. Dessutom visar uppföljningen att personer med samordningsbehov kan tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns till icke-akuta besök, om vårdcentraler tillgodoser de andra kvalitetsaspekterna i form av delaktighet, fast kontakt eller samordning. I personkontinuitet handlar också om att skapa en god relation med och ett bra bemötande av patienten. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar visar att patienter värderar att bli lyssnade på och att få tydlig information om sin sjukdom eller behandling. Personkontinuitet, samordning och bemötande handlar i hög grad om delaktighet och förutsättningar för patienten att bli involverad. De studier som refereras till här gäller vuxna.

Vidare finns uppföljningar som visar att patienter som får träffa en fast vårdkontakt eller läkarkontakt i hälso- och sjukvården i högre utsträckning upplever att kommunikationen med vården fungerar väl, att de är mer delaktiga i sin egen vård och att samordningen av vården mellan olika vårdinstanser fungerar bättre. Dessa patienter är också mer nöjda med sin medicinska vård och hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet än personer som inte får träffa samma personer i vården.[79] Välkända hinder för personkontinuitet är bland annat den demografiska och medicinska utvecklingen, och brist på personal vid

[78] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, Rapport 2020:9.
[79] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, Rapport 2018:12.

vårdcentraler. Vårdens organisering, arbetssätt och ersättningssystem stödjer inte kontinuitet.[80]

Samordningen av vårdinsatser är fortsatt ett utvecklingsområde inom svensk hälso- och sjukvård och omsorgen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar visar att så många som en miljon vård- och omsorgstagare har behov av samordning och samtidigt bristande förmåga att själva samordna sina vårdinsatser. Bristande samordning i vården leder ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare, i vissa fall också till att kvaliteten i vården och omsorgen försämras. Därutöver finns också risk för ökade kostnader inom vård och omsorg, bland annat på grund av att behandlingar eller undersökningar behöver upprepas i onödan. När vården och omsorgen inte samordnar sina insatser behöver patienten, brukaren eller närstående ta på sig ansvaret för samordningen. Det kan leda till en ojämlik vård eftersom patienter och närstående har olika förmågor att samordna vårdinsatser.[81]

När det gäller vårdinsatser till barn och unga med funktionsnedsättning eller andra långvariga och stora behov finns några studier som tydligt pekar på behovet av ytterligare insatser för att stärka samordningen av vårdinsatserna. Barn och unga med funktionsnedsättningar och deras familjer har ofta ett långvarigt och sammansatt vård- och omsorgsbehov. Det är inte ovanligt att en familj har kontakt med 20–80 professionella ifrån olika verksamheter och huvudmän, såväl kommunala, regionala, statliga, idéburna som ideella i stödet kring sina barn. Barns vårdnadshavare är nöjda med enskilda professionella men upplever att det saknas ett helhetsperspektiv på vården. Ett stort ansvar för samordning läggs också över på vårdnadshavare. Riksrevisionen har påtalat det orimligt stora ansvar som hamnar på vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar, till exempel när det gäller att samordna barnets stöd. Många vårdnadshavare går ner i arbetstid för att klara av vardagen, ofta med såväl ekonomiska som sociala följder. En del blir deprimerade, utbrända och långtidssjukskrivna, och många kämpar

[80] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler,* Rapport 2020:9, och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021): *Fast kontakt i primärvården Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården,* PM 2021:1.

[81] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem,* PM 2016:1.

med att driva rättsliga processer för att få tillgång till rätt stöd.[82] Det pris som barn och unga med funktionsnedsättning och barns vårdnadshavare betalar när stödet från samhället och samverkan mellan olika aktörer brister är ofta högt både med mänskliga och samhällsekonomiska mått mätt. Studien stöds bland annat av uppföljningar inom ramen för projekt i Västragötalandsregionen som visade att det var svårt för både vårdnadshavare att få en överblick över stöd som finns för barn med funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar. Både yrkesverksamma och vårdnadshavare i studien efterfrågade förebyggande psykologiskt stöd och olika former av föräldraskapsstöd. Få verksamheter hade rutiner för att arbeta proaktivt vid olika utvecklingsövergångar så som skolstart och övergång från barnverksamhet till vuxenlivet. Samtidigt gjordes äldre barn mer delaktiga i planering och uppföljning av stöd.[83]

Uppföljningar av övergångar mellan hälso- och sjukvård för barn till hälso- och sjukvård för vuxna visar också att barn och unga har behov av samordning och koordination vid sådana övergångar för att säkerställa kontinuitet och en helhetssyn på vårdprocessens olika delar. Unga personer önskar delaktighet i planeringen och en flexibilitet i tidpunkten för övergången för att den bättre ska kunna anpassas till ungas individuella behov och förutsättningar som till exempel mognad. Övergången från barn- till vuxensjukvården innebär att den unge personen förväntas ta över ansvaret för sin hälsa och att hantera kontakterna med hälso- och sjukvården. Ungas förutsättningar att göra det är dock inte alltid goda. Det kräver bland annat att unga personer har varit delaktiga i sin egen vård och har tillräckliga kunskaper om sin sjukdom och vård och behandling, vilket flera studier visar att de saknar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljningar visar att det finns brister när det gäller delaktighet, den unges ställning, och att barnets bästa alltid ska beaktas. Det finns också brister i informationen till barn och unga inför, under och efter övergången. Många unga upplever att sjukvårdens språk är svårt och att det kan utgöra ett hinder för att lära sig mer om den egna sjukdomen, och önskar anpassad information. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömer att övergången från

[82] Riksrevisionen (2011): *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* (RiR 2011:17).
[83] FOU i väst VGR 2014 *Riktat föräldrastöd* RiFS-projektets slutrapport En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning.

barn till vuxen vård behöver bli mer personcentrerad och att det skapas förutsättningar för de unga att vara medskapare i sin vård snarare än mottagare i övergångsprocessen. Kontinuiteten i vård och behandlingsprocesser är särskilt viktig att beakta vid övergångar eftersom övergångar annars ofta medför att personkontinuiteten i vården bryts och behöver byggas upp på nytt. Det handlar också om behovet av fungerande informationsöverföring och sammanhängande vårdplanering för den unge. Barn- och vuxensjukvården har ett gemensamt ansvar för att till stånd en bättre övergång i praktiken uppstår ofta en otydlighet kring vem som har och tar detta ansvar. Litteraturgenomgångens och intervjuernas samlade bild är att unga känner sig osäkra till följd av skillnaderna mellan barn- och vuxensjukvårdens vårdorganisationer. Det är därför angeläget att övergångsprocessen kommer igång i tid och sker stegvis efter de ungas behov.[84]

6.5.3 Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt

Förslag: Det ska införas ett andra stycke i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) som anger att om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Förslag: I 1 kap. 2 § patientlagen ska det anges att 6 kap. 2 § andra stycket patientlagen endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Skälen för utredningens förslag: Förslaget syftar till att stärka barns och ungas ställning i hälso- och sjukvården

Förslaget syftar till att förenkla för barn och unga att få en fast vårdkontakt i ett tidigt skede när det kan behövas och därmed till att stärka barns och ungas ställning i hälso- och sjukvården. Förslaget syftar också till att skapa förutsättningar för en samordnad, god, nära och jämlik vård för barn och unga.

[84] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.

Inga av de studier och uppföljningar som gjorts avseende funktionen fast vårdkontakt har fokuserat på barns behov av funktionen. Utredningen bedömer dock att ovan presenterat kunskapsunderlag i stora delar är relevant även i förhållande till barn och unga. Mot bakgrund av vad som framkommer i kunskapsunderlaget ovan och i egna dialoger med verksamhetsföreträdare och barn och unga själva bedömer utredningen att det finns hög samstämmighet mellan vuxnas och barns och ungas behov i detta hänseende, men också att barns och ungas behov av en utpekad person som hjälper till att samordna vården är större för barn och unga som grupp än för befolkningen i stort. Barn och unga saknar i stor utsträckning tillräcklig delaktighet i sin egen vård och tillräckliga kunskaper om sin sjukdom, vård och behandling för att själva kunna hantera kontakterna med hälso- och sjukvården. Barn är i stället i stor utsträckning i beroende av vårdnadshavare och unga personer som inte är barn kan vara beroende av anhöriga för att hantera samordningen och kontakterna med hälso- och sjukvården. Eftersom vårdnadshavare och anhöriga har olika förutsättningar att sköta och bistå i samordningen innebär det risker för bristande samordning för vissa barn och unga, vilket ytterst kan påverka utfallet i vården för dessa. Utökade möjligheter att få en fast vårdkontakt bör delvis kunna hantera den problematiken.

Samtidigt som utredningen menar att det finns mycket som talar för att en fast vårdkontakt är positivt på flera sätt, står det klart att många patienter som anser att det är viktigt med fast vårdkontakt inte har det i dag. Detta trots att det finns ett krav på att utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Sammantaget ser utredningen att det finns skäl som talar för att det bör bli lättare för barn och unga att få en fast vårdkontakt. Det är inte är lämpligt att anta att barn och unga ska ta ett ansvar för samordningen själva eller för att själva begära en fast vårdkontakt och inte heller att de helt och hållet ska behöva förlita sig på att vårdnadshavare eller anhöriga tar ett sådant ansvar. Barn och unga har också behov av samordning och kontinuitet i ett så tidigt skede av vårdprocessen som möjligt, varför endast antagandet att en fast vårdkontakt är nödvändig bör aktualisera skyldigheten att utse en sådan.

Ingen förändring när det gäller den fasta vårdkontaktens roll och uppgifter

Den fasta vårdkontaktens roll och uppgifter ska i stort motsvaras av vad som framgår i tidigare förarbeten om fast vårdkontakt.[85] Den fasta vårdkontakten som utses för barn och unga enligt det föreslagna kravet ska alltså vara en tydligt utpekad person, som bistår och stödjer patienten i kontakterna med vården och hjälper till att samordna vårdens insatser. Den fasta vårdkontakten bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter.[86] När det gäller barn och unga kan det exempelvis vara särskilt relevant att bistå patienten i samordningen av insatser hos olika delar av den regionala hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar, när det är möjligt utifrån bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. En fast vårdkontakt i den regionala hälso- och sjukvården innebär att det finns en namngiven person i regionen som elevhälsans personal kan ha kontakt med, vilket är något som efterfrågats av verksamheterna.
Utredningen bedömer också att det i den fasta vårdkontakten bör kunna bistå i kontakterna med skolan när det är relevant och i den mån reglerna om sekretess och tystnadsplikt tillåter det.

När en fast vårdkontakt utses för ett barn blir en viktig del av den fasta vårdkontaktens roll i praktiken att bistå vårdnadshavare på olika sätt, eftersom vårdnadshavare har det primära juridiska ansvaret för barnet. Bestämmelser om vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn finns i föräldrabalken (1949:381).

[85] Främst prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*
[86] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* (s. 61).

Den föreslagna bestämmelsen bör gälla i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman

Skyldigheten att utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt enligt 6 kap. 2 § patientlagen gäller i hela hälso- och sjukvården, utan avgränsning när det gäller exempelvis typ av huvudman eller vårdgivare.

Utredningen bedömer däremot att det är lämpligt att det nu föreslagna förstärkta kravet på fast vårdkontakt endast gäller i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. Därför föreslår utredningen att en sådan avgränsning görs i 1 kap. 2 § patientlagen.

Utredningen har övervägt olika alternativ i detta avseende. Utifrån den pågående omställningen till en nära vård som innebär att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård har utredningen bland annat övervägt att avgränsa den föreslagna bestämmelsen om fast vårdkontakt för barn och unga till att endast gälla i primärvården. Utredningen bedömer dock att en sådan avgränsning skulle bli för snäv. Det kan finnas situationer då barn och ungas behov av samordning i första hand bör stödjas av en fast vårdkontakt i någon annan del av hälso- och sjukvården än primärvården. Det kan till exempel vara fallet i situationer när barn och unga får merparten av sin vård i den specialiserade vården.

I den bestämmelse om primärvårdens grunduppdrag som träder i kraft den 1 juli 2021, 13 a kap. 1 § HSL, anges bland annat att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Bestämmelsen utesluter dock inte att det finns fall där det är mest ändamålsenligt att samordningen sker i någon annan del av vården. Regeringen har angett att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna men att det i vissa fall kan vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Denna fasta vårdkontakt kan finnas någon annanstans inom hälso- och sjukvården än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård.[87]

[87] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 83).

Däremot bedömer utredningen att det finns fördelar med att det föreslagna förstärkta kravet på fast vårdkontakt endast gäller i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, eftersom den större delen av barn och ungas hälso- och sjukvård utgörs av sådan hälso- och sjukvård som regionen är ansvarig för. Enligt utredningen vore det exempelvis inte ändamålsenligt att införa det föreslagna förstärkta kravet på fast vårdkontakt inom elevhälsan eller den kommunala hälso- och sjukvården, främst eftersom den hälso- och sjukvård som bedrivs inom de verksamheterna oftast utgör en mindre del av patientens hela behov av hälso- och sjukvård. Om en patient begär det eller om det är nödvändigt gäller dock fortsatt skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt 6 kap. 2 § patientlagen i andra delar av hälso- och sjukvården, exempelvis i den kommunala hälso- och sjukvården och elevhälsan.

Den föreslagna bestämmelsen bör gälla alla personer som inte har fyllt 21 år

Utredningen föreslår att det förstärkta kravet på fast vårdkontakt ska gälla alla personer som inte har fyllt 21 år, utan avgränsning när det gäller exempelvis sjukdomsbild eller funktionsförmåga. Utredningen har valt denna avgränsning eftersom utredningen bedömer att mycket talar för att personer under 21 år särskilt skulle kunna gynnas av att ha en fast vårdkontakt i flera situationer. Barn och unga saknar i stor utsträckning tillräcklig delaktighet i sin egen vård och tillräckliga kunskaper om sin sjukdom, vård och behandling för att själva kunna hantera kontakterna med hälso- och sjukvården. Barn är i stället i stor utsträckning beroende av vårdnadshavare och unga personer som inte är barn kan vara beroende av anhöriga för att hantera samordningen och kontakterna med hälso- och sjukvården. Eftersom vårdnadshavare och anhöriga har olika förutsättningar att sköta och bistå i samordningen innebär det risker för bristande samordning för vissa barn och unga, vilket ytterst kan påverka utfallet i vården för dessa barn och unga. Att samordningen för barns och ungas vård är avhängig vårdnadshavares och anhörigas förutsättningar att samordna vården eller stödja i samordningen innebär risker för likvärdigheten i barns och ungas samordning och ytterst i deras vård. Denna risk bedömer utredningen kan minskas genom att

samma förstärkta krav om fast vårdkontakt gäller för alla barn och unga.

När det gäller gränsen på 21 år resonerar utredningen i detta avseende på motsvarande sätt som när det gäller förslaget till bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga (se avsnitt 6.2.3). Barn är personer under 18 år som samhället har ett särskilt ansvar för, bland annat utifrån barnkonventionen. Men även unga personer under 21 år i övrigt omfattas av utredningens förslag i den delen, och det bedöms motiverat även när det gäller detta förslag. Dels omfattas på så sätt fler personer som genomgår gymnasieutbildning än barn genom den föreslagna åldersgränsen, vilket utredningen bedömer motiverat. Dels ligger en sådan åldersgräns i linje med hur begreppet unga ska förstås i HSL, SoL och LVU. Utredningen bedömer också att en sådan avgränsning är lämplig med tanke på den samordningsproblematik som finns vid övergången från hälso- och sjukvården för barn till hälso- och sjukvården för vuxna och den bild som framkommit från såväl sjukvårdspersonal som unga personer om att en koordinator eller samordnare skulle kunna bidra till en bättre övergång.[88]

Fast vårdkontakt bör utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov

Kravet på att utse en fast vårdkontakt för personer som inte har fyllt 21 år ska enligt förslaget gälla om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det behöver alltså inte vara fastställt med säkerhet att det är nödvändigt med en fast vårdkontakt för patienten och patienten behöver inte själv ha begärt det, utan det räcker med att det kan antas att det är nödvändigt för att en fast vårdkontakt ska utses. Kravet skiljer sig alltså på det sättet från dagens 6 kap. 2 § patientlagen. Det beror på att utredningen, som nämnts ovan, bedömer att det behöver vara lätt för barn och unga att få en fast vårdkontakt så tidigt i vårdprocessen som möjligt när det kan antas finnas ett sådant behov.

På detta sätt fångas sådana barn och unga upp som har behov av en fast vårdkontakt, men vars behov av en fast vårdkontakt inte visar

[88] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd – Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård*, rapport 2019:6.

sig med sådan tydlighet att det kan fastställas att det finns ett behov av en fast vårdkontakt. Det kan exempelvis vara fråga om sådana barn och unga som söker sig till vården många gånger för exempelvis psykosomatiska symtom eller som har oklara besvär under lång tid utan att få någon diagnos. Vid breda och diffusa symptom, exempelvis huvudvärk, ledvärk, trötthet, yrsel, viktnedgång, sömnproblem, magsmärtor, långvariga förstoppningsbesvär eller upprepade täta infektioner, kan det vara svårt att avgöra om det finns ett behov av samordning och stöd i kontakterna med vården. Det kan leda till att en fast vårdkontakt inte utses med stöd av den befintliga 6 kap. 2 § patientlagen. Men den föreslagna bestämmelsen bör skapa förutsättningar för att barn och unga med dessa typer av besvär och symptom får en fast vårdkontakt utsedd och därmed hjälp med samordningen av och kontakterna med vården.

Det behöver dock inte bara vara typen av besvär eller antalet vårdkontakter som avgör om en fast vårdkontakt ska utses med stöd av den föreslagna bestämmelsen eller inte. Det finns exempelvis barn och unga med begränsat antal kontakter som kan behöva stöd med att samordna olika vårdinsatser. Det kan till exempel handla om barn vars vårdnadshavare inte har förutsättningar att bidra med hjälp eller unga personer i övrigt som inte kan få nödvändig hjälp av anhöriga. Det viktiga är att det görs en bedömning i varje enskilt fall, utifrån barnets och den unga personens behov och andra förutsättningar, sett till syftet med den fasta vårdkontakten.

Det kan exempelvis beaktas om barnet eller den unga personen redan har en eller flera andra fasta vårdkontakter eller en fast läkarkontakt i primärvården som på ett fullgott sätt bedöms uppfylla behovet stöd och hjälp med samordningen. Det finns inget hinder för att flera fasta vårdkontakter utses i olika delar av hälso- och sjukvården, varken enligt dagens krav i 6 kap. 2 § patientlagen eller enligt utredningens förslag. Det kan i flera fall vara nödvändigt. Men i situationer när en ytterligare fast vårdkontakt inte skulle tillföra något mervärde bör det inte bli aktuellt att utse en fast vårdkontakt med stöd av den föreslagna bestämmelsen. För att göra denna bedömning kan det i vissa fall vara motiverat att verksamhetschefen eller annan lämplig person, med beaktande av reglerna om sekretess och tystnadsplikt, tar kontakt med den eller de fasta vårdkontakter som redan utsetts för patienten.

Vid en bedömning av om det kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt för ett barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa enligt artikel 3 barnkonventionen. Även 5 kap. 6 § HSL och 1 kap. 8 § patientlagen, enligt vilka barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn, bedömer utredningen vara relevanta i sammanhanget. Enligt förarbeten till 1 kap. 8 § patientlagen bör barnets bästa beaktas i den dagliga verksamheten när barn får vård, men också tjäna som en vägledning inom hälso- och sjukvårdsverksamheter i övrigt.[89] Utredningens bild är att det sistnämnda innebär att 5 kap. 6 § HSL och 1 kap. 8 § patientlagen ställer krav på att principen om barnets bästa bör vara vägledande i frågan om det kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt för barnet eller inte, även om uppgiften att utse en fast vårdkontakt i sig snarare är en administrativ åtgärd än en hälso- och sjukvårdsinsats. Vid bedömningen ska även barnets rätt, enligt artikel 12 barnkonventionen, att fritt uttrycka sina åsikter och skyldigheten för vården att tillmäta dessa betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad beaktas.

Även när det gäller personer som fyllt 18 år men inte 21 år, det vill säga personer som omfattas av förslaget men som inte är barn, bedömer utredningen att det är viktigt att göra patientens röst hörd och beakta den på ett ändamålsenligt sätt.[90]

Utredningen bedömer också att skyldigheten att utse en fast vårdkontakt när patienten begär det bör kvarstå för barn och unga i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, vilket bör synliggöras i det föreslagna nya stycket i 6 kap. 2 § patientlagen.

Ingen särskild reglering krävs rörande antalet vårdkontakter

Utredningen bedömer inte att det finns behov av någon särskild reglering som avgränsar hur många fasta vårdkontakter som kan eller bör utses för barn eller unga med anledning av det föreslagna kravet. Det kan i vissa sammanhang vara motiverat att ha fler fasta vårdkontakter, exempelvis om patienten har kontakt med flera delar av hälso- och sjukvården. Eftersom det är verksamhetschefen som har

[89] Prop. 2013/14:106, *Patientlag* (s. 63).
[90] Se även prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* s. 60 ff.

ansvaret för den fasta vårdkontakten, blir vårdkontaktens ansvarsområde begränsat av det ansvarsområde som verksamhetschefen har.

I dag är det möjligt att ha fler fasta vårdkontakter enligt 6 kap. 2 § patientlagen. De fasta vårdkontakterna ska då, med beaktande av reglerna om sekretess och tystnadsplikt, kunna samverka och samordna vårdens insatser för patienten.[91] Utredningen bedömer att detta bör gälla även fortsättningsvis.

Utredningen bedömer att det ur ett patientperspektiv ofta är relevant att den av de fasta vårdkontakterna som finns i den del av hälso- och sjukvården som patienten har mest kontakt med tar det huvudsakliga samordningsansvaret.

Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten

Utredningen bedömer mot bakgrund av verksamhetschefens roll och ansvarsområde enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen att det är lämpligt att verksamhetschefen är den som ska utse en fast vårdkontakt för barn och unga enligt det föreslagna kravet. Att verksamhetschefen redan har uppgiften att utse en sådan fast vårdkontakt som avses i 6 kap. 2 § patientlagen bör innebära att det finns god beredskap för verksamhetschefer att ta sig an denna uppgift. Samtidigt kan arbetssätt och rutiner som avser fast vårdkontakt behöva ses över i samband med en implementering av det föreslagna kravet, eftersom uppdaterade och väl kända rutiner bör vara en viktig faktor för att införandet av kravet ska kunna få den effekt som avses. Utredningen vill här understryka vikten av att bedömningen och utseendet av en fast vårdkontakt integreras på ett så effektivt sätt som möjligt i verksamhetens arbetssätt och rutiner. Att utse en fast vårdkontakt är inte en uppgift som avklaras genom att dokumentera vilken den fasta vårdkontakten är. Det är i stället en del av det bredare arbetet med att tillgodose trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Utredningen ser den fasta vårdkontakten som ett verktyg för att åstadkomma detta. Det handlar alltså till stor del om att arbeta med kulturen och arbetssätten så att den fasta vårdkontakten blir en naturlig del av att upprätthålla dessa värden.

[91] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* s. 62.

I sammanhanget kan det nämnas att det här finns ett ansvar på flera nivåer. Utöver verksamhetschefens ansvar att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen, har vårdgivaren det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och huvudmännen har ett ansvar för att skapa förutsättningar för samordning, kontinuitet och säkerhet. För att kunna göra den fasta vårdkontakten till en naturlig del av arbetet med trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet krävs alltså att samtliga aktörer prioriterar dessa frågor och ser till att skapa nödvändiga förutsättningar utifrån sitt ansvar.

Delaktighet och integritet är viktigt

Genom att barn och unga får information om vården och möjlighet till delaktighet och självbestämmande skapas förutsättningar för en god vård för barn och unga. Bestämmelser om integritet, självbestämmande, delaktighet och information finns bland annat i 5 kap. 1 § HSL och 3 kap. och 5 kap. patientlagen. Även barnkonventionen är relevant när det gäller barns rätt till integritet och delaktighet, bland annat artikel 12 och 16.[92] För barn är även vårdnadshavarens delaktighet i vården central och i föräldrabalken regleras vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn.

I dag tillgodoses patientens delaktighet när det gäller att utse en fast vårdkontakt enligt 6 kap. 2 § patientlagen dels genom att patienten själv kan begära och få en fast vårdkontakt utsedd, även när verksamhetschefen inte bedömer att det finns något behov av det, dels genom att verksamhetschefen så långt det är möjligt ska samråda med och respektera patientens önskemål när den person som ska vara patientens fasta vårdkontakt utses.[93]

Även när det gäller det nu föreslagna kravet ska en fast vårdkontakt alltid utses om patienten begär det.

När det gäller kravet att utse en fast vårdkontakt om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov har utred-

[92] Se mer om relevanta bestämmelser om integritet, självbestämmande, delaktighet och information i kap. 3 Gällande rätt.
[93] Se prop. 2009/10:67 (s. 61 f).

ningen övervägt om det ska krävas att patienten samtycker till detta för att det ska vara möjlig att utse den fasta vårdkontakten. Utredningen gör dock i detta avseende samma bedömning som regeringen gjorde i propositionen Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Där anges att uppgiften att utse en fast vårdkontakt för en enskild initialt bör få anses vara en rent administrativ åtgärd. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa patientens behov av trygghet och samordning etc. Det är först när insatser för den enskilde ska utföras som samtycke ska inhämtas.[94] Men förmedling av information med t.ex. andra myndigheter behöver naturligtvis ske i enlighet med reglerna om sekretess och tystnadsplikt, vilket i sin tur kan föranleda ett behov av samtycke från patienten för att lämna ut sekretessbelagda uppgifter.

Att införa ett krav på samtycke i det föreslagna kravet skulle alltså avvika från den nuvarande bestämmelsen om fast vårdkontakt i 6 kap. 2 § patientlagen och bestämmelsen om fast vårdkontakt i 2 kap. 5 § LUS, vilket utredningen inte bedömer vara motiverat eller lämpligt.

Utredningen bedömer också att det finns risker med att en fast vårdkontakt endast ska kunna utses för barn efter ett samtycke. I den mån vårdnadshavares samtycke skulle bli avgörande för om en fast vårdkontakt utses för ett barn finns risker för att vissa barn får mindre stöd och hjälp med samordningen än andra, vilket i sin tur kan påverka barnets vård på ett negativt sätt och jämlikheten i vården.

Oaktat detta anser utredningen att det är mycket viktigt att respektera den personliga integriteten och att så långt som möjligt göra barn och unga samt barns vårdnadshavare, delaktiga när det gäller att utse en fast vårdkontakt.

Inga förändringar vad gäller vem som ska kunna utses som fast vårdkontakt föreslås

Varken i 6 kap. 2 § patientlagen eller i 2 kap. 5 § LUS specificeras vilken kompetens den fasta vårdkontakten ska ha eller vilken yrkeskategori som ska kunna utses som fast vårdkontakt. Inte heller när det gäller det föreslagna kravet bedömer utredningen att det vore lämpligt att göra någon avgränsning i det avseendet. Det är naturligtvis viktigt att den fasta vårdkontakten har sådan kompetens som

[94] Prop. 2016/17:106 (s. 48).

krävs för att fullgöra de uppgifter som åligger honom eller henne. Men i likhet med vad som uttalats om fast vårdkontakt i tidigare förarbeten anser utredningen att en bedömning av vem som bör utgöra en patients fasta vårdkontakt ska avgöras i det enskilda fallet och grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose behovet. Därför skulle en fast vårdkontakt kunna vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det skulle också i vissa fall kunna vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.[95] I första hand ska det i fråga om vilken kompetens som behövs beaktas vad som bedöms vara barnets bästa i de fall det är fråga om fast vårdkontakt för barn, enligt artikel 3 barnkonventionen. Det kan exempelvis i många fall, särskilt då den fasta vårdkontakten ska ha kontakt direkt med barnet eller en ung vuxen person, vara nödvändigt att utse någon som har kunskap eller erfarenhet av att arbeta med barn och unga. När det gäller barn är det även i detta sammanhang viktigt att beakta barnets rätt till delaktighet och inflytande enligt artikel 12 barnkonventionen.

Utredningen vill i sammanhanget understryka vikten av att patienten får information om vem som är patientens fasta vårdkontakt. Ett av syftena med funktionen fast vårdkontakt är som nämnts ovan att patienten ska få en tydligt utpekad person, som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. För att kunna uppnå denna intention menar utredningen att det är viktigt att patienten får information om vem som är patientens fasta vårdkontakt.

Förhållandet till omställningen till en god och nära vård

Utredningen bedömer att införandet av det föreslagna kravet på fast vårdkontakt för barn och unga ligger väl i linje med den pågående omställningen till en god och nära vård. En central del i omställningen är en fungerande samordning av patientens olika vårdinsatser, vilket det föreliggande förslaget syftar till att åstadkomma.

Den fasta vårdkontaktens roll är central i det pågående arbetet med patientkontrakt. Utredningen Samordnad utveckling för god

[95] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* (s. 60 ff.).

och nära vård föreslår att det regleras i patientlagen att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade där det framgår vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt/er. Den utredningen bedömer också att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell.[96] Att lyfta fram den fasta vårdkontaktens roll när det gäller samordningen av barn och ungas hälso- och sjukvård bedömer utredningen i ljuset av detta vara ändamålsenligt. Regeringen har också beskrivit att fast vårdkontakt kan utgöra en av komponenterna för att uppnå kontinuitet i hälso- och sjukvården.[97]

Från och med den 1 juli 2021 förtydligas på ett sådant sätt att det framgår av ett nytt 13 a kap. 1 § HSL att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård bland annat särskilt ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Regeringen anför i propositionen till 13 a kap. 1 § HSL att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna men att det i vissa fall kan vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Denna fasta vårdkontakt kan finnas någon annanstans inom hälso- och sjukvården än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård. Det kan också vara så att en patient har flera vårdkontakter som tillsammans får ta ansvar för att vården samordnas på bästa sätt.[98] Utredningens förslag ligger på så sätt även i linje med intentionerna med 13 a kap. 1 § HSL. Om ett barn eller en ung har en fast läkarkontakt i primärvården eller en fast vårdkontakt i primärvården som på ett fullgott sätt kan uppfylla barnets eller den unges behov av samordning skulle det kunna vara en sådan faktor som gör att det inte kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt på en annan vårdnivå. Men i vissa fall kan det inte uteslutas att en fast vårdkontakt även behöver utses i den specialiserade

[96] SOU 2020:19, *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (s. 172 ff.).
[97] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 28).
[98] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 83).

vården. Med den föreslagna bestämmelsen blir det tydligt att en prövning av det behovet behöver göras i varje enskilt fall.

6.6 Vägledning för rektorer och skolhuvudmän

Bedömning: Socialstyrelsen bör i samråd med Statens skolverk få i uppdrag att utforma en särskild vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård. I vägledningen bör ingå tydlig information om vad bestämmelsen om fast vårdkontakt innebär för skolverksamheterna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utforma en vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård. Vägledningen ska sammanställa de centrala bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs inom elevhälsan på ett lättillgängligt sätt och ge vägledning om hur dessa bestämmelser ska tolkas. Vägledningen ska stödja skolhuvudmän och rektorer i det dagliga arbetet och öka kunskapen och förståelsen för hälso- och sjukvårdslagstiftningen i stort och vad den innebär för skolans verksamhet.

Utredningen bedömer att det finns behov av att stödja skolhuvudmän i deras vårdgivaransvar och rektorer i ansvaret som verksamhetschef. Det har framkommit i utredningens dialoger med myndighets-, verksamhets- och professionsföreträdare. Utredningen konstaterar också att det förekommer brister när det gäller vårdgivaransvaret i skolverksamheten när det gäller till exempel det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Det visar Inspektionens vård och omsorg i sin tillsyn. Kunskapen om hälso- och sjukvårdslagstiftningen är i vissa fall otillräcklig och skolhuvudmännens skyldigheter i egenskap av vårdgivare utförs inte alltid i enlighet med gällande regelverk. Brister i vårdgivaransvaret kan i värsta fall leda till en vårdskada eller andra allvarliga händelser.

Socialstyrelsen och Statens skolverk har tagit fram en vägledning för elevhälsan. Vägledningen vänder sig i huvudsak till elevhälsans olika professioner och syftar till att främja tvärprofessionellt arbete inom en samlad elevhälsa. Utredningen bedömer att vägledningen inte på ett tillräckligt tydligt sätt informerar om skolhuvudmäns och

rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård. Dessutom behövs en uppdatering av vägledningen med utgångspunkt från nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Socialstyrelsen och Statens skolverk behovsinventering från 2019 som ska ligga till grund för en uppdatering av vägledningen för elevhälsa visar att det finns ett behov av tydligare vägledning i dessa frågor. Behovsinventeringen visar bland annat att det finns behov av mer information om de bestämmelser som styr elevhälsans arbete, till exempel när det gäller hälso- och sjukvårdslagstiftningen, vårdgivaransvaret och sekretess och tystnadsplikten.

Utredningen bedömer att Vägledning om elevhälsa bör ersättas av ett gemensamt nationellt hälsoprogram för barn och unga, se även utredningens förslag avsnitt 6.3 och att en särskild vägledning om skolhuvudmäns och rektorers ansvar i fråga om hälso- och sjukvård bör utformas. En noggrann rättsutredning av vilka bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som gäller för skolverksamhet bör ligga till grund för vägledningen om vårdgivaransvaret.

Tydlig information om fast vårdkontakt bör ingå i vägledningen

Utredningen ser ett behov av att alla delar av hälso- och sjukvården tar ett större ansvar för att åstadkomma ökad trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet för barns och ungas hälso- och sjukvård. Utredningens förslag att en fast vårdkontakt ska utses för barn och unga under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt, syftar till detta. Men även elevhälsan har en viktig del.

När elevhälsan identifierar vårdbehov hos barn och unga som inte ska tillgodoses av elevhälsan är det viktigt att patienten, när det finns behov av det, får hjälp att ta kontakt med en vårdgivare som är relevant att kontakta för det identifierade vårdbehovet. Det gäller kanske främst när vårdbehov identifieras under de hälsobesök som elevhälsan ska erbjuda enligt 2 kap. 27 § skollagen. Men det kan även handla om behov som identifieras i elevhälsans verksamhet i övrigt, exempelvis när barn och unga själva söker hjälp av elevhälsan för psykiska eller somatiska besvär, om elevhälsan misstänker att patien-

ten har ett sådant behov som kan behöva hanteras i en annan del av hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att elevhälsan redan, genom kravet på fast vårdkontakt i 6 kap. 2 § patientlagen, har ett ansvar för att hjälpa barn och unga att ta kontakt med relevant del av hälso- och sjukvården för att hantera sådana vårdbehov som elevhälsan identifierar, om barnet eller den unga personen har behov av sådan hjälp.

Enligt 6 kap. 2 § patientlagen ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Av förarbetena framgår att en fast vårdkontakt bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter.[99] Detta bör alltså innebära att en fast vårdkontakt, även en fast vårdkontakt inom elevhälsan, ska kunna ge patienten information och hjälpa patienten ta kontakt med relevant vårdgivare när det behövs. Ansvaret är inte avgränsat till att remittera barn och unga till den specialiserade vården, utan det bör utifrån vad som anges i förarbetena också kunna vara fråga om att hjälpa patienten få kontakt med den regionala primärvården när det finns behov av det.

6 kap. 2 § patientlagen gäller i all hälso- och sjukvård, oavsett huvudman, verksamhetsform och liknande, eftersom det i författning inte finns någon begränsning av dess tillämpningsområde. Det innebär alltså exempelvis att en fast vårdkontakt ska utses av en verksamhetschef inom elevhälsan om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det är möjligt att ha flera fasta vårdkontakter enligt 6 kap. 2 § patientlagen. De fasta vårdkontakterna ska då, med beaktande av reglerna om sekretess och tystnadsplikt, kunna samverka och samordna vårdens insatser för patienten.[100]

Trots ovan beskrivna bestämmelser och förarbeten är utredningens bild att det förekommer att barn och unga inte får hjälp med sådana vårdbehov som identifieras inom elevhälsan. Det kan bero på

[99] Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* (s. 61).
[100] Ibid. (s. 62).

att barnen och deras vårdnadshavare och unga personer i övrigt inte har förutsättningar att söka vidare vård för behoven. Utredningens bild är också att elevhälsans kunskap om bestämmelsen om fast vårdkontakt och sin skyldighet att hjälpa patienten kan variera.

För att tillgodose barns och ungas behov av hjälp och stöd när det gäller samordningen och kontakter med hälso- och sjukvården efter att ett vårdbehov identifierats hos elevhälsan bedömer utredningen att elevhälsans kunskap om sina skyldigheter när det gäller att bidra till kontinuitet, och främst skyldigheten att utse en fast vårdkontakt, behöver öka. Utredningen föreslår därför att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att rikta tydlig information om bestämmelsen om fast vårdkontakt till skolverksamheterna i deras roll som vårdgivare.

Socialstyrelsen har tagit fram en nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.[101] Där anges förvisso att en fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård, men elevhälsan adresseras inte specifikt. Socialstyrelsen har också tillsammans med Skolverket tagit fram en vägledning för elevhälsan.[102] Där ges bland annat exempel på vad som ingår i verksamhetschefens ansvar, men verksamhetschefens ansvar att utse en fast vårdkontakt enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen nämns inte. Utredningen ser alltså potential att förtydliga den vägledning som finns på området.

[101] Socialstyrelsen (2017): *Nationell vägledning, Om fast vårdkontakt och samordnad individuell planering.*
[102] Socialstyrelsen och Statens skolverk (2016): *Vägledning för elevhälsan.*

6.7 Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Bedömning: Utredningen bedömer att följande sex steg systematiskt behöver vidtas för att till stånd en mer sammanhållen, likvärdig, ändamålsenlig och samordnad hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa:

1. Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa.
2. Ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård.
3. Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga.
4. Primärvården och den nära vården behöver stärkas med resurser, kompetenser och metoder för att kunna möta barn och unga med psykiska vårdbehov.
5. Den specialiserade vården behöver stärka sin konsultativa roll och bli mer nära och tillgänglig för primärvården och elevhälsan.
6. Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola/skola och elevhälsan behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov.

Skälen till för utredningens bedömning: Stegen visar hur hälso- och sjukvården, inklusive den specialiserade vården, behöver utvecklas och samverka med andra aktörer som förskola, skola och socialtjänst för att samordna vårdinsatser för barn och unga och deras vårdnadshavare. Syftet med stegen är att skapa en hälso- och sjukvård som kan tillgodose behov av vård och omsorg hos barn och unga med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Målet är att alla barn och unga ska få insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa. Insatserna ska ges till alla på universell nivå och riktade insatser ska ges till dem som har mer fördjupade vårdbehov. Målet är också att utveckla den nära vården, där de olika vårdnivåerna samspelar med varandra, och att hela

vård- och omsorgssystemet tidigt och ändamålsenligt samordnar sina insatser runt barn och unga för att tillgodose deras behov.

Utredningen bedömer att problem med köer till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), i huvudsak beror på systembrister i vården och att problemen med köerna inte kan hanteras genom insatser som riktas enbart mot BUP. Utredningen ser i stället behov av långsiktiga systemförändringar som tar sikte på hur barn och unga kan få hjälp tidigt och samordnat enligt modellen stegvis vård. Utredningen bedömer också att det organisationsinriktade målet om en köfri BUP framöver behöver bytas ut mot ett tydligare barn- och ungaperspektiv som tar sin utgångspunkt i barns och ungas vårdbehov. I nuläget bedömer utredningen att målet i stället bör vara en nära och tillgänglig BUP, som mer visar vad som behöver ske inom ramen för den pågående omställningen till en god och nära vård.

Det finns flera synergier mellan utredningens bedömningar om psykisk hälsa och utredningens övriga förslag och bedömningar. Avsnittet kan betraktas som en generisk modell för att utveckla hälso- och sjukvården för barn och unga, eftersom det sträcker sig från det hälsofrämjande och universella till det specialiserade och komplexa.

Utredningen har valt att inte särskilja psykisk hälsa i ett eget kapitel utan har låtit utredningens arbete kring psykisk hälsa genomsyra hela betänkandet. På så sätt vill utredningen synliggöra sambandet mellan somatiska, psykosomatiska och psykiska tillstånd och att individens hälsa bör ses utifrån ett helhetsperspektiv. Utredningen vill dock understryka att det finns en ökande trend av psykisk ohälsa hos barn och unga och att dialogerna med både verksamhetsföreträdare och unga själva tydligt visar att just psykisk hälsa är det område i vården som är mest eftersatt.

En fragmentiserad vård, bristande samordning, ojämlik och för uppdraget ofta otillräcklig primärvård och elevhälsa samt icke-tillgänglig specialiserad vård är viktiga delar i den problembild som ligger till grund för utredningens uppdrag och förslag och bedömningar. Mer fördjupade beskrivningar finns i Problembilden, kap. 5.

Utredningen har samverkat med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) i uppdraget att bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd, till exempel genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården. Detta uppdrag tangerar det uppdrag som Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har

haft att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bland annat förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar. Det finns en samsyn mellan de båda utredningarna när det gäller problembilden och de förslag och bedömningar som krävs för att skapa en god och nära vård för personer med psykisk ohälsa.

Särskilt viktiga utgångspunkter för utredningens bedömningar om psykisk hälsa, har varit dels utvecklingsperspektivet på barns och ungas hälsa, dels föräldraperspektivet. Uttryck för psykiska besvär, sjukdom och behov samt insatser och nödvändiga kompetenser skiljer sig väsentligt mellan olika åldrar under barnets uppväxt och vårdnadshavare har en central betydelse för barns och ungas hälsa och utveckling. En annan central utgångspunkt har varit barns och ungas specifika behov och förutsättningar som beskrivs i Utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande, kap. 2, och barnets rättigheter enligt barnkonventionen.

Termer och begrepp inom området psykisk hälsa presenteras i avsnittet om barns hälsoutveckling. Utredningen noterar att det finns kunskapsluckor och behov av fortsatt forskning när det gäller uttryck och definitioner av psykisk ohälsa hos de allra minsta barnen.

Utredningen gör inte anspråk på att redovisa en heltäckande bild eller hitta lösningar på alla problem inom området psykisk hälsa, eftersom det är alltför omfattande och komplext. Det är många statliga utredningar, samordningsuppdrag, rapporter, granskningar, utvärderingar, sammanställningar, nationella strategier, regeringsuppdrag, regionala och kommunala projekt på nationell och lokal nivå som under lång tid arbetat systematiskt med dessa frågor.

6.7.1 Steg 1 – Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa

Bedömning: Hälso- och sjukvården behöver ha ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa samt initiera och aktivt delta i breda hälsofrämjande insatser och tvärsektoriell samverkan för att främja psykisk hälsa.

Huvudmän inom skolväsendet bör i större utsträckning än i dag genomföra universella och riktade insatser till barn och unga för att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa. Insatserna bör bygga på evidens och beprövad erfarenhet.

Skälen för utredningens bedömning: Hela samhället har ett ansvar för hur den psykiska hälsan utvecklas i befolkningen. Det finns evidens för att tvärsektoriella insatser där olika aktörer bidrar för att skapa ett bra stöd runt barn och familjer har hälsoekonomisk nytta. Exempel på detta är att främja psykisk hälsa för att förbättra lärandet och att ge föräldraskapsstöd i syfte att stimulera barnets utveckling, se även bilaga 4. Alla sådana insatser behöver utgå från bestämningsfaktorerna för barns och ungas hälsa och utveckling såsom levnadsvanor, livsvillkor, utbildning och tillgång till socialt stöd. Dessa beskrivs mer ingående i avsnittet om barns hälsoutveckling, kap. 4. När samhällets aktörer tar ansvar för tidiga och ändamålsenligt samordnade insatser, sparas resurser och kompetenser inom hälso- och sjukvården till de barn och unga som behöver dem mest, till exempel de som står i väntan på en bedömning av eller insats från den specialiserade vården. Tidiga insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger ohälsa kan på så sätt bidra till att minska köerna till barn- och ungdomspsykiatrin.

En aktiv samhällsdebatt kring hälsans bestämningsfaktorer och att samhällets aktörer verkar för goda levnadsvanor, trygga relationer, uppväxtförhållanden och en genomförd skolgång för barn och unga är nycklar till psykiskt välbefinnande. Barn och unga behöver stärkas med färdigheter och motståndskraft under uppväxten för att uppnå bästa möjliga hälsa och välbefinnande under hela livet.

Hälso- och sjukvårdens roll

Hälso- och sjukvården har ett viktigt uppdrag och är en avgörande aktör när det gäller utredning, vård och behandling av barn och unga med psykisk ohälsa. Samtidigt är hälso- och sjukvården bara en av flera verksamheter som har betydelse för utvecklingen av barns och ungas hälsa. Hälso- och sjukvården kan inte heller åta sig att lösa alla problem som påverkar den psykisk hälsan. Samhället behöver få ökad förståelse för att det finns andra orsaker till psykisk hälsa än rent medicinska och vilket ansvar olika aktörer har för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Psykiska besvär av olika grad kan ofta hanteras på andra sätt än genom kontakt med hälso- och sjukvården, samtidigt som hälso- och sjukvården behöver ha en beredskap för att möta barn och unga tidigt, på deras villkor och utifrån deras behov.

Ett gott exempel på en sådan lågtröskelverksamhet som möter unga på deras villkor är ungdomsmottagningarna. Hälso- och sjukvården ska bidra med rätt insatser, finnas nära patienten, se till att god samverkan med andra aktörer uppnås och därmed även breda samordnade insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.

Hälso- och sjukvården och dess professioner har stor tyngd och möjlighet att påverka både debatten om och hanteringen av psykisk ohälsa i samhället och därmed antalet barn och unga som behöver söka hjälp i hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården behöver också beakta tendenser till överdiagnostik, ökande läkemedelsbehandling till barn och unga och risk för medikalisering av normala livstillstånd.[103] Insatser ska styras av hur barn och unga fungerar i sin vardag och skola och vilka behov som finns hos barn och unga och deras familjer, och inte enbart av diagnosen. Många gånger kan insatser i till exempel skolan, för att anpassa undervisningssituationen och skapa goda lärandemiljöer, minska effekterna av den psykiska ohälsan för barnet eller den unge.

På samma sätt behöver bedömningar av barns och ungas funktionsnivå och behov i högre grad komplettera de diagnosbaserade bedömningarna i hälso- och sjukvården. Till exempel finns systemet Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), som i dag framför allt används inom äldrevården, men som även har evidens för barn och unga. Socialstyrelsen har föreslagit att ICF ska användas i större utsträckning i vården.[104]

Vidare bör kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, kliniska vårdförlopp och klinisk praxis i större utsträckning framöver handla om tidiga förebyggande insatser och enkelt pragmatiskt stöd, utöver självklara frågor som utredning, diagnos och läkemedelsbehandling. Den medicintekniska utvecklingen och diagnostiken är i sig helt central, men utgör en mycket stark drivkraft i hälso- och sjukvården och behöver vägas upp med ett salutogent fokus för att uppnå en mer ändamålsenlig vård. Det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet behöver ytterligare stärkas i hela hälso- och sjukvården, och uppmuntras i takt med att omställningen till en god och nära vård framskrider. Detta utvecklas mer i steg två nedan.

---

[103] SOU 2021:6*: God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (s. 71).

[104] Socialstyrelsen (2020). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)* och Socialstyrelsen (2021): *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

Förskolans och skolans roll

Förskolans och skolans roll för barns och ungas förutsättningar att utveckla god hälsa kan inte underskattas. Det finns ett starkt dubbelriktat samband mellan studieresultat och hälsa. Det innebär att lärande kan leda till hälsa men också att hälsa är en förutsättning för lärande.[105] Hur förskolan utformas är betydelsefullt för barnens uppväxtvillkor. Deltagande i förskolan är mest gynnsamt för barn från socioekonomiskt svaga förhållanden och kan vara betydelsefullt för barns utveckling och lärande långt senare i livet. Barn som har gått i förskola har färre psykiska problem och infektioner, högre utbildningsnivå och högre inkomster i vuxen ålder.[106] Barn och unga som lämnar grundskolan med fullständiga betyg löper lägre risk att drabbas av psykisk ohälsa, alkohol- eller drogberoende, sjukskrivning eller arbetslöshet.

Förskolan och skolan har ett ansvar att identifiera sådant i deras verksamhet som kan leda till ohälsa, inte minst gäller det psykisk ohälsa. Skolan anges inte sällan som en orsak till psykiska besvär hos barn och unga. Kunskapssammanställningar visar att det finns generella faktorer i skolan som kan verka som skydds- eller friskfaktorer för psykisk hälsa, till exempel känslan av delaktighet i lärandet, tillfredsställelse, känslan av kompetens samt stödjande relationer med lärare och med kamrater. Riskfaktorer är negativa erfarenheter av provsituationer, prestationskrav och stress, negativa bedömningar, exkludering, trakasserier samt bristande relationer med lärare.[107] Skolans arbete med att skapa goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande har därför stor betydelse för barns och ungas hälsa och välbefinnande och är en viktig förutsättning för att barn och unga inte utvecklar psykisk ohälsa till följd av skolarbetet. Goda lärandemiljöer är också en förutsättning för att förebygga skolsvårigheter hos elever som har psykisk ohälsa. Insatser som stödjer lärande är självklara, men även enklare insatser som till exempel handlar om hur prov och inlämningsuppgifter fördelas över terminen, stöd till eleverna att prioritera bland skolans arbetsuppgifter och läxhjälp, har betydelse.

---

[105] Skolverket (2019): *Hälsa för lärande – lärande för hälsa*.
[106] Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa.*
[107] Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet (2010): *Barns och ungas psykiska hälsa i Sverige En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid.*

Därutöver har förskola och skola ett ansvar för insatser på universell nivå. I skolan är undervisningen i idrott och hälsa, hem- och konsumentkunskap, sex- och samlevnad samt ANDT exempel på sådana universella insatser. I denna undervisning ingår att barn och unga utvecklar kunskaper om och förståelse för hälsa och välbefinnande och den egna livsstilens betydelse för hälsa, samhälle och miljö.[108] Enligt förskolans läroplan ska utbildningen främja barnens utveckling, hälsa och välbefinnande. Fysisk aktivitet, näringsriktiga måltider och hälsosam livsstil ska vara en naturlig del av verksamheten och bidra till att barnen förstår hur detta kan påverka hälsa och välbefinnande. Barnen ska också få möjligheter att utforska, ställa frågor och samtala om företeelser och samband i omvärlden som påverkar hälsa och välbefinnande.

Utredningen anser att det i skolans uppdrag även bör ingå att informera eleverna om psykisk hälsa och hur psykiska besvär kan förebyggas på olika sätt. Skolan behöver också genomföra riktade insatser på universell nivå. Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan till exempel vara temaföreläsningar i skolan om ångest och depression, egenvård, var och hur man söker hjälp eller allmänt föräldraskapsstöd i grupp baserat på lokalt viktiga trender eller frågor som uppkommit i elevhälsoarbetet.

Svenska läkarsällskapet (SLS) har nyligen i rapporten Kraftsamling för ungas psykiska hälsa sammanfattat fem generella insatsområden där det finns en vetenskaplig grund för att kunna påverka ungas psykiska hälsa och skolresultat. Evidens finns för åldrarna 6 år och uppåt. Dessa fem områden beskrivs mer ingående i bilaga 4 och innefattar:

1. Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet.
2. Balans mellan tid på digitala medier, skola, fysisk aktivitet och sömn.
3. Socialt och emotionellt lärande för att stärka självkänsla, hantera stress och skapa positiva förändringar.
4. Anpassning av kunskaps- och betygskraven till elevers utveckling och förutsättningar.

[108] Läroplan för grundskolan, Lgr11, läroplanen för förskolan, Lpfö18.

5. Tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa.

Även om flera av dessa delar redan återfinns i läroplan och skolans arbete anser utredningen att huvudmännen för skolväsendet aktivt bör se över hur dessa interventionsområden kan stärkas och systematiskt integreras i skolans arbete, till exempel i planering, undervisning, kompetensutveckling för lärare och rektorer och i elevhälsoarbetet. Utredningen ser behov av att hälsofrämjande insatser med fokus även på små barns psykiska hälsa utvecklas och används i förskolan.

Folkhälsoarbetet och civilsamhällets roll

Utredningen bedömer vidare att det breda folkhälsoarbetet som har fokus på barns och ungas levnadsvanor och uppväxtvillkor, information och kunskapshöjning om psykisk ohälsa och suicidprevention samt föräldraskapets betydelse för utvecklingen av psykisk hälsa hos barn och unga fortsatt bör prioriteras. Allmän information och ökad kunskap om psykisk hälsa, efterfrågas av unga. Det handlar bland annat om att informera barn och unga om vad de kan göra själva, när de ska söka hjälp och vilken hjälp som kan erbjudas i skolan, i hälso- och sjukvården eller via digitala plattformar.[109] I dag finns sådan information till exempel på Umo.se, en webbplats med information om sexuell och psykisk hälsa för barn och unga. Webbplatsen finansieras av Sveriges Kommuner och Regioner och når 900 000 besökare varje månad.

Civilsamhället spelar också stor roll för barns och ungas välbefinnande. Med civilsamhället avses den arena skild från stat, kommun, region, marknad och det enskilda hushållet där människor grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen.[110] Ideella organisationer, föreningslivet, idrottsrörelsen och patientföreningar är alla aktörer som hjälper och stöttar många barn och unga på deras egna villkor. Civilsamhället kan ofta svara för behov som hälso- och sjukvården har svårt att tillgodose, till exempel stöd till barn och unga att själva och anonymt söka hjälp vid psykisk

[109] S2018/04669/FS, *Ungas beställning till samhället.*
[110] Prop. 2009/10:55, *En politik för det civila samhället.*

ohälsa. Här kan Bris stöd till barn och unga nämnas. Närmare 30 000 barn och unga kontaktar Bris på olika sätt varje år och den vanligaste orsaken till kontakten är psykisk ohälsa.

Hälso- och sjukvården kan med fördel ha en tät dialog med civilsamhällets aktörer, i lokalsamhället men även på regional eller nationell nivå, om barns och ungas förutsättningar och behov och om hur samhällsförändringar påverkar behoven. Syftet med en sådan dialog kan vara att öka hälso- och sjukvårdens kunskap om barn och unga för att kunna organisera och planera vården på ett mer ändamålsenligt sätt eller att utveckla olika former av kontaktvägar vidare in i hälso- och sjukvården, till exempel genom stödlinjer för psykisk ohälsa. Det kan också syfta till att utveckla metoder för barns och ungas delaktighet i hälso- och sjukvården eller samarbete kring utformning av digitala tjänster. Genom stödlinjer eller annan stödverksamhet kan civilsamhället också utgöra ett komplement och stöd till hälso- och sjukvården även om det alltid är hälso- och sjukvården som bär det fulla ansvaret för insatser till barn och unga.

6.7.2 Steg 2 – Ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård

Bedömning: Utredningen bedömer att ett nationellt hälsovårdsprogram, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård är en central förutsättning för att främja hälsa, förebygga psykisk ohälsa samt erbjuda fördjupade insatser i samverkan med övrig vård och omsorg.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård som tidigt och samordnat möter barn och unga och deras vårdnadshavare är en central förutsättning för att främja hälsa, förebygga psykisk ohälsa samt erbjuda fördjupade insatser i samverkan med övrig vård och omsorg. Det bidrar till mer likvärdig vård för barn och unga och har därför stor betydelse för deras hälsa och utveckling under uppväxttiden. Med utgångspunkt från ett nationellt utformat hälsovårdsprogram får barn- och ungdomshälsovården bättre förutsättningar att fånga

upp barn och unga med psykisk ohälsa i ett tidigt skede och förebygga en allvarligare utveckling. De barn och unga som behöver ska få fördjupade insatser eller vård och behandling i väl utvecklad samverkan med övrig vård.

För att få till stånd en mer sammanhållen hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser föreslår utredningen ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa det hälsofrämjande arbetet och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Utredningen föreslår också att ett nationellt hälsovårdsprogram som ger ytterligare vägledning om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till alla barn och unga från tillblivande till vuxen ålder, ska utformas och implementeras. Det nationella programmet ska utgå ifrån ett helhetsperspektiv på barn och ungas fysiska och psykiska hälsa. I detta ingår hälsouppföljning för att främja hälsa, förebygga och tidigt upptäcka ohälsa. Vidare ingår att vid behov ge fördjupade insatser i samverkan med andra vårdverksamheter och vårdnivåer genom väl uppbyggda vårdprocesser samt erbjuda stöttning i föräldraskapet. För fördjupad beskrivning se avsnitt 6.2 och 6.3.

För barn och unga med olika psykiska besvär blir en sammanhållen hälsouppföljning och vårdprocess extra viktig, då symtomen kan vara svårtydda och behöver följas över tid. När psykisk ohälsa upptäcks tidigt, ökar chanserna att förebygga svårare psykisk ohälsa med insatser och stöd redan på primärvårdsnivå. Utredningen bedömer att det skulle kunna minska köerna till barn- och ungdomspsykiatrin.

Det nationella hälsovårdsprogrammet bidrar till en mer sammanhållen och likvärdig vård

Ett nationellt överenskommet och likvärdigt hälsovårdsprogram som möter alla barn och unga under uppväxten har stora möjligheter att göra skillnad för barn och unga med psykisk ohälsa genom just tidig upptäckt, hälsofrämjande insatser och insatser som förebygger ohälsa. Hälsouppföljning ska ingå som en grundläggande del av programmet och bestå av hälsobesök som är anpassade efter barns och ungas utveckling, förutsättningar och behov och fördelade under

hela uppväxten. I hälsouppföljningen ska barns och ungas fysiska och psykiska hälsa, utveckling och uppväxtmiljö uppmärksammas och barn och unga som är i behov av fördjupat stöd och riktade insatser identifieras. Universellt, selektivt och indikerat stöd bör ges systematiskt till barn och unga och deras familjer i tidigt skede, vilket kan bidra till att hindra utvecklingen av mer allvarlig psykisk ohälsa. En stärkt hälsouppföljning kan bli särskilt viktig för olika utsatt grupper som i dag har sämre tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser och samtidigt har olika psykiska vårdbehov, till exempel placerade barn.[111]

I det nationella hälsovårdprogrammet ska föräldraskapsstöd vara en naturlig del. Det är särskilt viktigt med föräldraskapsstöd för att främja hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. De ofödda och allra yngsta barnen är särskilt utsatta och sårbara när vuxna i familjen har allvarliga svårigheter, eftersom de är helt beroende av de vuxna för sin utveckling och sitt välbefinnande. När barnet har en trygg anknytning till sina vårdnadshavare och relationen mellan vårdnadshavare och barn är god, minskar risken för en rad olika hälsoproblem och riskbeteenden.[112]

6.7.3 Steg 3 – Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga

Bedömning: Förslaget om att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysiska och psykiska vårdbehov, som lagts fram i betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) bör genomföras.

Regionerna behöver uppnå nationell konsensus om vilka psykiska vårdbehov hos barn och unga som primärvården ska ansvara för.

Regionerna behöver integrera första linjeverksamheter för barn och ungas psykiska hälsa i primärvårdsuppdraget.

[111] Regeringen (2020): *Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* S 2020/07505.
[112] Blair M. et al. (2013) *Barnhälsovetenskap.*

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att omhänderta lättare psykisk ohälsa och symtom. I slutbetänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk ohälsa (SOU 2021:6) föreslår utredningen att:

> Det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. 13 a kapitlet 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) om primärvårdens grunduppdrag ska avseende första punkten formuleras så att inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska regioner och kommuner särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov.

Förslaget innebär att primärvårdens ansvar för vård och behandling av psykisk ohälsa synliggörs och att huvudmännen behöver planera och organisera primärvården med utgångspunkt från detta uppdrag. I enlighet med den kommunala självstyrelsen ska det vara huvudmännens ansvar att bedöma vilka vanligt förekommande psykiska vårdbehov som ingår i uppdraget och hur dessa vårdbehov bäst bör omhändertas i fråga om vårdmodeller, arbetsmetoder, kompetens- och resurssättning.

Utredningen om en samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) menar att området psykisk hälsa historiskt sett har haft en undanskymd roll och att hälso- och sjukvården i stort har planerats och utvecklats med utgångspunkt från den somatiska vården. Under senare år har vården av psykisk ohälsan ökat i fokus i olika utvecklingsprojekt nationellt och regionalt men primärvårdens roll för den psykisk ohälsan har inte varit föremål för satsningar i någon högre grad på nationell nivå. Utredningen om en samordnad utveckling för en god och nära vård konstaterar att det fortsatt finns en variation i vilken utsträckning psykisk ohälsa är beskrivet i de förfrågningsunderlag som ligger till grund för vårdens innehåll och utformning, inte minst när det gäller förväntningar och krav som regionen har på denna del av uppdraget. Det finns också stora variationer i vilken utsträckning regionerna tillhandahåller bedömning av psykologer och kuratorer inom ramen för vårdgarantins tre dagar. Vårdgarantins krav på bedömning av vårdbehov inom tre dagar

uppfylls dessutom i lägre grad av psykolog och kurator jämfört med bedömning av läkare eller sjuksköterskor.[113]

Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård bedömer att förslaget ökar förutsättningarna för en nära och jämlik primärvård även i de delar som rör psykisk ohälsa. Förslaget innebär att primärvården synliggörs som den första instansen för upptäckt, vård och behandling av psykisk ohälsa. Detta kan bidra till att minska stigmat att vända sig till vården vid psykisk ohälsa och underlätta för patienternas förståelse för vart de ska vända sig med sådana vårdbehov. Förslaget får stöd i dialoger som utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård har haft med verksamhetsföreträdare med flera, där det har framförts att ett tydligt lagstöd för primärvårdens ansvar för psykisk ohälsa skulle underlätta vid planering och organisering av vården.[114]

Utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård anser också att förslaget är en naturlig följd mot bakgrund av utvecklingen av primärvården och fastställandet av ett nationellt grunduppdrag för primärvården som innebär att primärvården ska svara för hälso- och sjukvård som tillgodoser vanligt förekommande vårdbehov, vara lätt tillgänglig och tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens som de individuella patienternas behov. Primärvården ska också vara navet i hälso- och sjukvården och i huvudsak svara för samordningen av patienters vårdinsatser.[115]

Förslaget är gynnsamt även för barn och unga

Denna utredning konstaterar att förslaget innebär att primärvården även ska ansvara för barns och ungas psykiska vårdbehov. Det saknas en barnkonsekvensanalys av förslaget, men mot bakgrund av de skäl som har angetts, bedömer utredningen att förslaget är gynnsamt även för barn och unga.

Det är mycket viktigt att skapa förutsättningar för en planering och utveckling av vården av psykisk ohälsa hos barn och unga som bygger på en tydlig och långsiktig struktur och organisation. Utredningen bedömer att en sådan långsiktig struktur kan utvecklas om primärvårdens ansvar för vården av psykisk ohälsa synliggörs i

[113] Prop. 2019/20:164: *En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården* (s. 232–233).
[114] Prop. 2019/20:164: *En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården* (s. 238–239).
[115] Prop. 2019/20:164: *En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården* (s. 330–235).

lag. Det tydliggör också att primärvården är den första instansen och vägen in i hälso- och sjukvården, även för barn och unga med psykisk ohälsa. Det är särskilt angeläget att tydliggöra och förenkla vårdorganisationen för denna grupp, som inte alltid har förutsättningarna att hitta rätt i vården. Det har också särskilt betonats i utredningens dialoger med företrädare för barn och unga.

I omställningen till en god och nära vård finns också möjligheter att fortsatt utveckla primärvården och skapa förutsättningar för att primärvården i framtiden arbetar med uppsökande verksamhet och utökar sin närvaro på andra arenor som är relevanta för barn och unga och deras familjer, till exempel skolan, förskolan eller i hemmet.

För att uppnå en stegvis vård även för psykiska vårdbehov hos barn och unga, behöver primärvården vara vägen in och navet i hälso- och sjukvården. I samspel med den specialiserade vården kan vård och behandling med tvärprofessionell bredd ges nära och tillgängligt till barn och unga. Utifrån en ändamålsenlig triagering kan insatser därefter öka stegvis efter behov.

Primärvårdens förutsättningar att ta ansvar för och vara vägen in vid psykisk ohälsa, även för barn och unga

Det finns en stor potential i primärvården när det gäller att upptäcka psykisk ohälsa och ge ändamålsenligt stöd. Primärvården träffar, vid sidan av elevhälsans medicinska insatser, flest barn och unga samt deras vårdnadshavare av alla vårdens aktörer och har därmed redan en bred barn- och ungdomskompetens. Ett exempel är barnhälsovården, som står för ungefär hälften av alla besök barn gör i primärvården.[116] Mödrahälsovården och barnhälsovården, som är en del av primärvården, arbetar med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa i enlighet med styrdokument och vägledning för respektive verksamhet.[117] Primärvården har redan, genom mödrahälsovården, barnhälsovården, vårdcentralen och flertalet ungdomsmottagningar en plattform i sin organisation för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och uppdraget att arbeta förebyggande.

[116] Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt*.
[117] SFOG och samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening (2008, uppdaterad webbversion 2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Intressegruppen för mödrahälsovård inom ARG rapport nr 76.* och Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården* och *Rikshandboken för barnhälsovård (2021)*.

Vidare finns inom primärvården ett teambaserat arbetssätt som har goda möjligheter att utvecklas mot ett mer tvärprofessionellt psykosocialt omhändertagande vid sidan av det medicinska. Primärvårdens möjligheter att erbjuda rätt stöd och insatser kan också öka genom att använda och bygga vidare på redan uppbyggda strukturer, metoder och kompetenser i första linjeverksamheterna. Utredningen bedömer dessutom att primärvården har goda förutsättningar för att utveckla ett familjecentrerat förhållningssätt och omhändertagande av psykiska vårdbehov. Ett familjecentrerat förhållningssätt är ofta centralt vid vård och behandling av psykisk ohälsa för att ta ett helhetsgrepp om faktorer av betydelse för hälsan hos barn och familj.

Primärvårdsuppdraget är inte avgränsat till ålder och innebär att primärvårdens insatser kan fortsätta sömlöst efter att den unge fyllt 18 år, vilket i sin tur innebär att den ofta problematiska övergången från hälso- och sjukvård för barn till vuxna uteblir. Vård- eller hälsocentralen har ofta kunskap om och kan hålla ihop vård och insatser till hela familjen genom sitt breda uppdrag. Det är viktigt då det inte är ovanligt med psykiska besvär även hos vårdnadshavare till barn och unga med psykisk ohälsa. Ärftligheten är också stark när det gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Barn som anhöriga till vuxna med psykiatriska tillstånd har en ökad risk för psykisk ohälsa och utgör också en viktig målgrupp för primärvården.[118]

Primärvården har stor vana av att möta barn och unga med olika former av psykosomatiska besvär, som ofta har en bakomliggande orsak av psykisk ohälsa. Det kan röra sig om huvudvärk, magsmärtor, förstoppning, sömnproblem, trötthet eller ätsvårigheter. Ångest, depression och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är vanliga underliggande psykiatriska tillstånd som kan ge somatiska besvär av den sorten. Vård- eller hälsocentralen har dessutom ofta lokal kännedom om och i vissa fall utvecklat samarbete med övriga aktörer och arenor barn och unga möter i närområdet.

Utredningens expertgrupp av unga med erfarenhet av psykisk ohälsa, ställer sig positiva till förslaget om primärvårdens ansvar för psykiska vårdbehov. De lyfter fram att vård- eller hälsocentralen är ett tydligt vårdutbud dit de vänder sig vid kroppslig sjukdom och ohälsa och därmed borde vara den naturliga vägen in till hälso- och

[118] SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa* (s. 43).

sjukvården och en självklar samlingsplats för individens och familjens alla primära vårdbehov.

Vård och stöd vid psykisk ohälsa brister på primärvårdsnivå, särskilt för barn och unga

Utredningen konstaterar samtidigt att vård och behandling i primärvården till barn och unga med psykisk ohälsa är eftersatt i dag. På många håll i landet ser primärvården helt enkelt inte sådant stöd som sitt uppdrag, även om det också finns många exempel på motsatsen. Historiskt sett har den specialiserade vården tagit hand om nästan all psykisk ohälsa hos barn och unga. Stegvisa vårdmodeller[119] som finns väl etablerade för kroppsliga åkommor och medicinsk vård för barn och unga har därför inte utvecklats på samma sätt för psykisk ohälsa. Det har lett till att primärvården inte erhållit vana eller byggt upp kompetenser för att möta psykiska vårdbehov hos barn och unga, förutom i de fall där mödrahälsovård och barnhälsovård har nära kopplade psykologresurser. I möten med utredningens referensgrupper och verksamhetsdialoger blir det tydligt att vård- eller hälsocentralen inte är den instans där psykisk ohälsa hos barn och unga naturligt tas omhand i dag.

Representanter för primärvården menar också att ansvaret för barn och unga efter 6 års ålder när barnhälsovårdsprogrammet har avslutats, inte är lika tydligt. Primärvården har inte ansvar för hälsouppföljning av skolbarn och elevhälsan tar sällan kontakt med primärvården som en samverkanspart när de uppmärksammat elever med psykiska besvär som kräver vidare hjälp och utredning. Elevhälsans medicinska insatser remitterar ofta barn och unga direkt till den specialiserade vården eftersom det är så det traditionellt gått till. När det blir tydligare att primärvården har ansvar för vård vid psykiska besvär, kommer färre remisser att skickas till barn- och ungdomspsykiatrin och därmed bidra till minskade köer.

Ett tydligt tecken på att primärvården under lång tid inte kunnat möta psykiska vårdbehov hos barn och unga är utvecklingen av första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa. Dessa verksamheter har under drygt tio års tid byggts upp med stöd av

[119] Vedertagen definition av begreppet saknas, men grundprincipen kan sägas vara att man anpassar behandlingens intensitet efter patientens behov, dvs. ger vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

SKR och statliga medel för att utgöra ett komplement till primärvården när det gäller barns och ungas psykiska vårdbehov.[120] När dåvarande SKL skulle definiera vem som hade ansvaret för insatser för lindrig till måttlig psykisk ohälsa konstaterades att det inte fanns någon verksamhet med det uppdraget för barn och unga. Primärvården uppfattade sig varken ha uppdraget eller kompetensen. I dag finns sådana verksamheter över hela landet och träffar cirka två procent av barn och unga.[121] Första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa kan vara organiserade inom primärvården, men även inom den specialiserade vården, socialtjänsten eller elevhälsan. Variationen när det gäller uppdragens innehåll och utformning är stor och de har inte styrts eller likriktats från nationellt håll. Många barn och unga som tidigare inte kunde vända sig någonstans har fått hjälp, men primärvårdens ansvar som den egentliga första linjen har inte tydliggjorts. Första linjeverksamheterna har medfört att antalet vårdverksamheter när det gäller vård och behandling av barn och ungas psykiska ohälsa har ökat. I utredningens dialoger med unga företrädare för barn och unga med psykisk ohälsa har det framgått att mångfalden i sig medför en otydlighet om vart barn och unga kan vända sig med psykiska besvär eller ohälsa. I många delar av landet, inte minst i storstadsområden, finns det även en osäkerhet hos vårdverksamheterna om vilka olika aktörer som finns etablerade för att möta barn och unga med psykisk ohälsa, och vilka uppdrag de har.

Integrera första linjeverksamheterna för psykisk ohälsa i ett enhetligt primärvårdsuppdrag

Utredningen bedömer att primärvården ska vara första vägen in och möta barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Pågående och utbyggda projekt kring första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver integreras i primärvårdsuppdraget. Det är en förutsättning för en mer enhetlig, likvärdig och tillgänglig hälso- och sjukvårdsorganisation för barn och unga enligt principen en väg in i hälso- och sjukvården. Det skapar också en mer långsiktigt hållbar hälso- och sjukvårdsorganisation för vård och behandling av psykisk ohälsa.

[120] SKR (2020): *Första linjen 2020 Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*
[121] Dalman, C. (2018): *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga.*

Utredningen bedömer vidare att regionerna och professionerna med stöd av SKR behöver komma överens om och uppnå nationell konsensus om vilka psykiska vårdbehov hos barn och unga som primärvården ska ansvara för. Nationell kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård som drivs av Sveriges regioner i samverkan bör ha en central roll. Även Socialstyrelsen kan ha en roll om det under arbetets gång framkommer ett behov av nationella riktlinjer. Huvudmännen behöver systematiskt revidera förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller för att inkludera barn och unga med psykiska vårdbehov i primärvårdsuppdraget. Utredningen bedömer att erfarenheter om vanliga sökorsaker vid första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa, kan vara en utgångspunkt när regionerna utvecklar samsyn kring vanligt förekommande psykiska vårdbehov som ska mötas i primärvården, se även avsnitt 6.7.4. De vanligaste sökorsakerna i sammanställningen av första linjeverksamheterna var oro och nedstämdhet, skolrelaterade bekymmer, stress, kriser samt problem i familj eller egna relationer. Det parallella arbetet med olika breda vårdprocesser som också har bäring på psykisk ohälsa och ansvaret på primärvårdsnivån behöver samtidigt beaktas.

Cirka 2 procent av alla barn och unga får i dag insatser från första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa (övrig primärvård ej medräknad). I dialog med SKR:s och Socialstyrelsens experter inom området psykisk hälsa uppskattar utredningen att cirka fem procent av den totala barnpopulationen, har psykisk ohälsa som skulle kunna mötas på primärvårdsnivå. Det behövs dock ytterligare kartläggningar och analyser av sjukdomsförekomst och behov hos barn och unga med psykisk ohälsa, med särskilt fokus på primärvård, för att göra säkrare bedömning av behovet inför framtiden.

Utredningen ser vidare att primärvården även kan spela en viktig roll i en framtida nära vård när det gäller vanligt förekommande psykiatriska tillstånd hos barn och unga, till exempel vissa neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, depression och ångest. Detta kan bidra till målet om en köfri BUP. En förutsättning är dock att primärvården förstärks med både kompetens och resurser enligt omställningens principer och får stöttning av den specialiserade vården. Se vidare om detta under steg fyra och fem nedan.

6.7.4 Steg 4 – Stärkta kompetenser och resurser i primärvården för att möta barn och unga med psykisk ohälsa

Bedömning: Regionerna bör inom ramen för den pågående omställningen till god och nära vård stärka primärvården med nödvändiga resurser och kompetenser, och ge förutsättningar för tvärprofessionellt och tvärsektoriellt samarbete, för att möta barns och ungas psykiska vårdbehov.

Skälen för utredningens bedömning: Det krävs specifik kompetens för att upptäcka, utreda och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga, bland annat eftersom de har olika uttryck och behov från de späda åldrarna till ungdomen. Nödvändiga funktioner och kompetenser behöver finnas inom primärvården för att kunna möta barn och unga med psykiska vårdbehov och för att kunna arbeta med ett familjecentrerat förhållningssätt. Primärvården behöver utveckla den allmänna och specifika barn- och ungdomskompetensen och bygga upp psykosociala team. Utredningen vill särskilt lyfta fram betydelsen av tvärprofessionella och tvärsektoriella arbetssätt när det gäller vård och behandling av barns och ungas psykiska vårdbehov. Dessutom behöver primärvården kunna erbjuda riktade föräldrastöd och psykologiska insatser för att förebygga och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga. Utredningen bedömer att en resurs- och kompetensförstärkning av primärvården i syfte att rusta den för psykiska vårdbehov hos barn och unga, också bidrar till en bredare barn- och ungdomskompetens i primärvården som möter barns och ungas behov.

Sammanställningar av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska ohälsa samt utredningens dialoger visar att den specifika kompetens som krävs för att fullt ut möta psykiska vårdbehov hos barn och unga i primärvården, är en ändlig resurs som inte räcker till för att bemanna varje vård- eller hälsocentral. Därför behöver primärvårdens utformning kompletteras med smarta lösningar, koncentration av personal, samutnyttjande och samverkan. En vidareutveckling av den nära vården där primärvården är kärnan men specialiserad vård också ingår är eftersträvansvärt. Genom utredningens kunskapsinhämtning och dialoger har åtskilliga exempel på sådana lösningar uppmärksammats. I ett totalt sett sammanhållet system

ska nödvändiga kompetenser och insatser komma barnet till godo utan att verksamhets- eller organisatoriska gränser ska ligga i vägen.

Utredningen bedömer därför också att den specialiserade vården och dess kompetenser behöver tillgängliggöras för att stödja primärvården och för att utveckla uppdraget när det gäller vård och behandling vid psykisk ohälsa. En systematisk kompetens- och kunskapsöverföring och en allians mellan specialiserad vård och primärvård skapar förutsättningar för en allt mer uppbyggd och ändamålsenlig barnkompetens i primärvården. Detta utvecklas närmare nedan.

I steg tre ovan beskrivs primärvårdens förutsättningar och de förväntade psykiska vårdbehov hos barn och unga som primärvården bör ansvara för. Hur huvudmännen väljer att definiera detta avgör hur primärvården behöver resurs- och kompetenssättas. De regionala huvudmännen behöver kartlägga sina aktuella resurser och kompetenser samt se över aktuella vårdprocesser, för att få underlag för hur kompetenserna ska fördelas mellan olika verksamheter och vårdnivåer och göra en långsiktig kompetensförsörjningsplan för att säkra tillgången till barnkompetens inom primärvården. Den befintliga barnkompetens som finns inom mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och vård- och hälsocentralerna i dag, kan till exempel utgöra en grund för kompetensöverföring till övriga primärvården. Utredningen vill i detta sammanhang dessutom betona behovet av de avvägningar huvudmännen behöver göra för att klara akutuppdraget och andra kompetensområden i regionen som den specialiserade vården. Det framgår också av regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) att omställningen inte ska ske på bekostnad av kvaliteten i akutsjukvården.

Kompetensförsörjning är en av hälso- och sjukvårdens stora utmaningar och det är i dag brist på personal, såväl i primärvården som i den specialiserade vården. År 2019 bedömde 19 av 21 regioner att det var brist på psykologer, och enligt regionernas uppskattning av det totala personalbehovet saknas cirka 200 helårsarbetskrafter. Flera regioner har också uppgett att det finns en brist på specialistläkare bland annat inom allmänmedicin och psykiatri. Bristen bedöms variera inom regionerna och är som störst utanför städerna. Det är främst erfaren personal som saknas.[122]

[122] Socialstyrelsen (2020): *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020.*

Utredningen menar att kompetensnivån i primärvården inom området psykisk ohälsa hos barn och unga, även behöver kartläggas och analyseras på en nationell nivå. En möjlig aktör för ett sådant arbete är det nationella vårdkompetensrådet, eftersom de i sitt regeringsuppdrag har att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården. Vårdkompetensrådet kan också, samordna strategier för framtida behov av vårdkompetenser med huvudmännen för högskoleutbildningarna.

Utredningen vill återigen poängtera att flera av förslagen och bedömningarna som utredningen lägger fram har synergier med varandra och att frågan om kompetensförsörjning tydliggör detta. Inte minst gäller det kompetenstillgång och nivåer för ett erbjuda ett likvärdigt och robust nationellt hälsovårdsprogram, som har stor bäring på kompetenser i primärvården gällande psykiska vårdbehov.

Kompetenser som kommer att behövas i större utsträckning i primärvården för att möta barn- och ungas psykiska vårdbehov

Läkare och sjuksköterska är de vanligaste professionerna i primärvården i dag och utgör en naturlig bas i ett tvärprofessionellt teamarbete som kan bygga upp en samlad kompetens för att möta psykiska vårdbehov. Sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, till exempel distriktssköterska och barnsjuksköterska, är och kommer förmodligen även i framtiden att vara nyckelprofessioner i primärvården, som kan bära många funktioner i uppdraget för barn och unga med psykisk ohälsa. Dessutom behövs professioner som exempelvis kurator, psykolog och psykoterapeut.

För att barn, unga och vårdnadshavare ska kunna erbjudas insatser utifrån deras specifika behov behövs även andra professioner i tvärprofessionell samverkan. Exempel på sådana professioner är fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, dietist, hälsopedagog, barnläkare, barnpsykiater, psykiatrisjuksköterska och barnmorska. Samverkan i team runt patienter med psykisk ohälsa benämns ofta som psykosociala team där kompetenser som kompletterar varandra kan se olika ut. Samverkan och samordning av insatser kan ske dels genom fysiska möten, dels digitalt utifrån behov.

De kompetenser som i dag finns inom de första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa som beskrivits tidigare kan

integreras eller utgöra en utgångspunkt för utvecklingen av tillräckliga kompetenser inom primärvården. Sammanställningar av kompetenser inom första linjeverksamheter, visar att de yrkeskategorier som flest barn kommit i kontakt med i verksamheten var socionom (47 procent), psykolog (43 procent) och sjuksköterska (13 procent), därefter läkare (6 procent) och specialpedagog (6 procent).[123] Psykologer och socionomer hade specifik barn- och ungdomskompetens till exempel inom föräldrastöd och utvecklingspsykologi.

6.7.5 Steg 5 – En nära och tillgänglig specialiserad vård

Bedömning: Huvudmännen behöver skapa förutsättningar för att barn- och ungdomspsykiatrin, och annan relevant specialiserad vård, har en tydlig konsultativ och stöttande roll i primärvården och elevhälsan, i enlighet med inriktningen för en nära och tillgänglig vård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen menar att en utveckling mot en mer nära och tillgänglig specialiserad vård som kan stötta primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser är nödvändig. Det ger en effektivare triagering av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån, vilket är grunden för en fungerande stegvis vård. Det leder också till en kompetensutveckling som är nödvändig för att utveckla och stärka den allmänna och den specifika barn- och ungdomskompetensen i primärvården. Fler barn och unga får då rätt bedömning i ett tidigt skede och därmed tidigare ändamålsenliga insatser vid psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd. Detta gäller särskilt stöd och insatser i skolan som kan leda till bättre lärande, minskad psykisk ohälsa och undvikbar försämring av psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Detta innebär att många av de barn och unga som i dag står i kö till den specialiserade vården får vård och stöd i den nära vården, vilket minskar köerna till och avlastar BUP.

Huvudmännen för hälso- och sjukvården behöver beakta behovet av en nära och tillgänglig specialiserad vård när hälso- och sjukvården

[123] SKL (2014): *Kartläggningsrapport – Första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

organiseras och planeras för barn och unga. Primärvården, elevhälsan och den specialiserade vården bör vara bärande delar för en god och nära vård för barn och unga. Exempel på en sådan utveckling är en stärkt och utbyggd öppenvård med områdesansvar och en tydlig konsultativ roll. Andra exempel är gemensamma bedömningar, samlokalisation, konsultationsmodeller, digitala former av tillgänglighet, direktkontakt på telefon, auskultationer, handledning och utbildningsinsatser. Verksamheterna bör gemensamt utveckla dessa arbetssätt och vårdmodeller, där primärvården och elevhälsan anger vilka behov de har av stöd och den specialiserade vården ansvarar för innehållet i detta. Utredningen anser att regionernas ersättningsmodeller bör stödja utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård med ett tydligt konsultativt uppdrag i primärvården och elevhälsan.

När den specialiserade vården stöttar primärvård och elevhälsa när det gäller barn och unga med psykiska vårdbehov skapar det ett gemensamt ansvar för patienter i gråzonen mellan vårdnivåerna. Det kan bidra till en ökad trygghet i verksamheterna och utveckla förutsättningarna för primärvården att ta hand om olika psykiatriska tillstånd. En målmedveten och riktad satsning på en nära och tillgänglig specialiserad vård för barn och unga påskyndar och stabiliserar den pågående omställningen av hela hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer dock att detta är en process som behöver byggas upp varsamt både med hänsyn till patientsäkerhet och kvalitet men också för att inte överbelasta primärvården i ett skede när allt mer förväntas hanteras där. Bryggor för ömsesidig kunskaps- och kompetensöverföring, främjar relationerna mellan vårdens aktörer så att kontaktvägar och samarbete gynnas. Den specialiserade vården och sjukhusen har stor nytta av ett starkare generalistperspektiv, vilket också ligger i omställningens syfte.

Utredningen erfar att det finns en mängd olika initiativ och lärande exempel på en mer konsultativ och nära specialiserad vård som kan tjäna som inspiration eller förebild. Ett sådant exempel är projekt i flera regioner som syftar till en gemensam väg in där BUP och primärvårdsnivån gemensamt triagerar alla barn och unga som söker för psykisk ohälsa. Det finns på många håll i landet också en väl utvecklad öppenvård inom barn- och ungdomspsykiatrin och annan specialiserad vård för barn och unga att bygga vidare på. Barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering är andra

viktiga aktörer med hög barn- och ungdomskompetens som behöver involveras i denna utveckling, till gagn för en bred och ändamålsenlig barn- och ungdomskompetens i primärvården. De bör till exempel kunna involveras i gemensamma vårdprocesser för att avlasta och effektivisera BUP.

Tillgängligheten till den specialiserade vården

Med utgångspunkt från att den specialiserade vården ska vara både nära och tillgänglig ur flera aspekter, behöver även verksamheternas effektivitet beaktas. BUP har haft långvariga problem med tillgängligheten. För att komma tillrätta med problemen har BUP varit föremål för olika satsningar och strukturerad uppföljning inte minst genom de olika överenskommelser som träffats mellan staten och SKR. I detta har bland annat ingått en förstärkt vårdgaranti som anger att ett första besök ska ske inom 30 dagar och fördjupad utredning inom ytterligare 30 dagar.

Bilden av hur tillgängligheten till BUP har utvecklats är komplex. Antalet barn och unga som står i kö till BUP har ökat de senaste åren. Andelen patienter som får ett första besök inom 30 dagar och fördjupad utredning eller behandling inom ytterligare 30 dagar efter första besök har dock stadigt minskat. Samtidigt har antalet besök till och antalet individer som har kontakt med BUP ökat. Antalet medarbetare har också ökat, även om det finns stora variationer i landet.

SKR följer upp indikatorer som mäter antal besök per medarbetare inom BUP så kallade produktionsmått. SKR anser att det är ett viktigt mått för tillgänglighet och effektivitet men att kvalitet i vården och arbetsmiljön för medarbetare samtidigt måste beaktas. Ett måltal för verksamheten har beräknats till fyra patienter per dag och medarbetare. 2019 träffade en medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatrin i genomsnitt 1,4 patienter per dag.[124] Det finns många perspektiv på produktionsmått, men naturligtvis påverkar verksamhetens effektivitet köerna i stor utsträckning.

Utredningen erfar i sina dialoger med företrädare för BUP att verksamheterna medvetet arbetar med effektivitetsfrågor. Hög personalomsättning och läkarbrist samt stor efterfrågan på tidskrävande

[124] SKR (2020): *Psykiatrin i siffror – kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin 2019.*

samverkan med exempelvis skola och socialtjänst lyfts fram som försvårande faktorer för en effektiv verksamhet. Det väl utvecklade teamarbetet inom BUP ses som en framgångsfaktor, men också ibland som ett hinder för mer effektiva vårdflöden.

Effektivitet i verksamheten är en mer komplex fråga än att det enbart kan ses som ett antal patientbesök. Det handlar om avvägningar mellan olika värden. Tvärprofessionella bedömningar, som är värdefulla ur ett kvalitetsperspektiv, tar ofta mer tid än enskilda bedömningar. Noggrann utredning och diagnostik är viktigt, men tiden som läggs på detta behöver vägas mot möjligheten att utifrån kunskapen om behoven, ge ändamålsenliga och tidiga insatser som skapar värde för barnet eller den unge. Att vänta länge i kön på att få komma till utredning och insatser har också stora risker avseende säkerhet, kvalitet och omfattningen av de vårdinsatser som krävs.

En verksamhets kapacitet och kvalitet kommer alltid att behöva vara föremål för ständiga förbättringar. BUP är inget undantag och behöver utifrån det trängda läge som nu är med stor efterfrågan och köer fortsatt och än mer fokuserat arbeta med sin tillgänglighet.

Utredningen betonar därför vikten av ett fortsatt arbete med öppna jämförelser, gemensamma nyckeltal som mäter flöden, produktionsplanering och effektiva ändamålsenliga vårdprocesser. Utvecklingen av effektiva vårdprocesser synliggör också på vilka nivåer insatser ska göras och kan tydliggöra vilka patienter som ska erbjudas insatser från den specialiserade vården. Arbetet med att utveckla vård- och insatsprogram avseende ADHD och Socialstyrelsens arbete med att ta fram nationella riktlinjer för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är ett exempel på utvecklade och resurseffektiva vårdprocesser.[125] I dessa arbeten läggs fokus på hela processen från tidiga symtom till specialiserad vård och behandling vilket till exempel inkluderar hälsofrämjande arbete, tidiga samordnade insatser i primärvård och skola. Förbättrade vårdprocesser är nödvändiga för att komma till rätta med problem med variationer i klinisk praxis och tillgång till vård och stöd. Risk för samsjuklighet i annan psykisk ohälsa och skolfrånvaro gör att tidig upptäckt och tidiga insatser är viktiga liksom tillgång till tvärprofessionellt om-

[125] Uppdrag Psykisk Hälsa (2021): N*ationella vård och insatsprogram* och Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid neuropsykiatriska funktionshinder*.

händertagande.[126] Det skapar också förutsättningar för en mer jämlik vård och behandling.

När det gäller BUPs effektivitet avvaktar utredningen förslag och bedömningar från delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Delegationen har i uppdrag att utreda om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti (dir. 2020:81). Uppdraget om att bedöma vårdgarantin ska redovisas maj 2022. Delegationen stödjer regionernas arbete med handlingsplaner för ökad tillgänglighet. Inom ramen för detta arbete kommer delegationen bland annat uppmärksamma produktions- och kapacitetsstyrning inom BUP samt lyfta goda exempel.

6.7.6 Steg 6 – Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola/skola och elevhälsa behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov

Bedömning: Huvudmännen behöver skapa förutsättningar för att den specialiserade vården för barn och unga, socialtjänsten, förskolan/skolan och elevhälsan i högre utsträckning än i dag kan samordna sig runt barn och unga med långvariga och stora behov.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att ett stort antal barn och unga med långvariga och stora hälso- och sjukvårdsbehov, behöver en mer koordinerad och samordnad vård och omsorg. Därför behöver den specialiserade vården som möter barn och unga samverka med socialtjänsten, förskolan, skolan och elevhälsan för att samordna insatser med barnets behov i centrum. Det finns betydande hälsoekonomiska vinster och resurseffektivitet att hämta när vård och omsorg koordineras och samordnas i ett tidigt skede för barn och unga med långvariga och stora behov. Rapporter visar att parallella insatser kan pågå i flera år i olika verksamheter kring ett barn med stora behov, utan att det samplaneras eller effektiviseras.[127] En mer ändamålsenlig och samordnad planering och vård

[126] Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*.
[127] IVO (2019): *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja.*

och omsorg kan tillgängliggöra tid för de barn och unga som står i kö eller väntar på insatser. Utredningen bedömer att det stärker helhetssynen på patienten.

Det saknas en vedertagen nationell eller internationell definition av gruppen barn och unga med långvariga och stora behov. Utredningen använder begreppet för att beskriva barn och unga med kroniska sjukdomar eller långvarig ohälsa, ofta med samsjuklighet som samtidigt har många besök i hälso- och sjukvården eller insatser från många aktörer i vård och omsorg. Vissa data talar för att dessa barn och unga omfattar ungefär 20 procent av barnpopulationen samt att gruppen är ökande, framför allt beroende på ökad diagnostik av psykiatriska tillstånd.[128] Barn med svåra kroniska sjukdomar, funktionsnedsättning eller svår social och psykiatrisk problematik är mest välkända och definierade. Utöver dessa grupper finns också en mängd barn och unga som under uppväxten har kroniska tillstånd där många olika vård- och omsorgskontakter krävs.[129] Dessa barn och unga har ofta behov av breda och långvariga insatser där varje enskild profession, team eller verksamhet har svårt att själva möta barnets eller den unges hela vårdbehov. Det behövs i stället en helhetssyn och samordnade insatser. Barn och unga med långvarig ohälsa behöver dessutom ofta psykosocialt och annat riktat stöd av olika slag i skolan. Det kan vara avgörande för att vård- och behandlingsinsatser ska vara effektiva.

En stor del av hälso- och sjukvårdens resurser går också till barn och unga med långvariga och stora hälso- och sjukvårdsbehov, men på grund av olika systembrister är insatserna inte alltid ändamålsenliga och samordnade. Barn och unga med de allra största behoven och där flera verksamheter och professioner är engagerade är troligen den grupp, bland alla barn och unga, som upplever vårdens generella brister mest. I utredningens dialogmöten lyfts till exempel barn och unga med funktionsnedsättning eller social och psykiatrisk problematik fram som särskilt sårbara och eftersatta grupper i vården. Tidiga och samordnade insatser till barn och unga med långvariga och stora behov minskar risken för samsjuklighet, skolmisslyckande och försämring i grundsjukdomen eller den allmänna hälsan. Utredningen bedömer också att en tidig samordning av in-

[128] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.*
[129] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd.*

satser i den specialiserade vården, socialtjänsten, förskolan, skolan och elevhälsan i stor utsträckning gagnar de barn och unga med psykisk ohälsa och stora behov som ännu inte har någon diagnos. Detta för att förutsättningarna för en tidigare tvärprofessionell bedömning och god vårdplanering ökar. Utredningen vill förtydliga att samordningen av insatser för de barn och unga som har störst behov är central för att nå målet om en köfri BUP.

Utredningen ser behov av att huvudmännen till exempel skapar förutsättningar för gemensam planering, organisering eller samlokalisering av specialiserad vård eller vissa vårdinsatser. De behöver dessutom ha en gemensam uppföljning och utvärdering med relevanta nyckeltal där patientens väg kan följas genom hela vården och omsorgen. Vidare vill utredningen uppmuntra huvudmännen att ta beslut om att verksamheterna inför gemensamma vårdprocesser, arbetssätt och remissbedömningar. Användande av samordnad individuell plan och patientkontrakt behöver öka med skärpt fokus på tydliga uppdrag, ansvar samt delaktighet för patienten, och att huvudansvar för samordning fastställs i de fall patienten har flera fasta vårdkontakter.

Delade tjänster, möjligheter till dubbelspecialisering, auskultationsmodeller och gemensamma ledningsgrupper är andra exempel som kan främja relationer, kunskapsöverföring, gemensamt lärande, samverkan och samråd mellan verksamheterna. Det finns över landet flera goda exempel på samordnade team där man arbetar för att möta behoven bredare och mer sammanhållet till exempel för små barn med utvecklingsavvikelser, mobila team där socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri samarbetar, barncentra där barn- och ungdomshabilitering-, medicin- och psykiatri samlas, centra för sällsynta diagnoser, multidisciplinära team för kronisk smärta eller ätsvårigheter.

Företrädare för den specialiserade vården för barn och unga, som utredningen fört dialog med, har lyft fram behovet av en mer samordnad organisation runt barnet och familjen, för att motverka den fragmentisering och stuprörsbetonade vård och omsorg som finns i dag. Utredningens förslag om samverkan mellan region och skolhuvudmän (avsnitt 6.4) och en skärpning av hälso- och sjukvårdens ansvar för fast vårdkontakt till barn och unga (avsnitt 6.5) har syftet att öka samverkan och samordning på alla nivåer i systemet.

Barn och unga med långvariga och stora behov får i dag oftast mest insatser från den specialiserade vården och har sin fasta kontakt där. Så långt det är möjligt behöver också primärvården och den nära vården involveras och ha samordningsansvar, enligt det nu reviderade nationella grunduppdraget för primärvården.[130] Ett samordningsansvar med god kontinuitet i den nära vården är en av de tydligaste framgångsfaktorerna för en effektiv vård.[131] Genom de steg som beskrivits ovan stärks förutsättningarna för primärvården att ta samordningsansvaret för fler barn och unga med psykiska vårdbehov.

6.8 Förutsättningar för ett samlat huvudmannaskap för barn- och ungdomshälsovården

I utredningens uppdrag har ingått att pröva ett samlat huvudmannaskap för aktörer inom primärvården (mödrahälsovården, barnhälsovården och vårdcentraler), ungdomsmottagningarna och de medicinska delarna av elevhälsan samt belysa för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. Av direktivet framgår vidare att skolsköterskornas roll i elevhälsan ska vara oförändrad, på så sätt att funktionen ska finnas närvarande i skolan. Syftet med att pröva ett samlat huvudmannaskap är i första hand att få till stånd en mer sammanhållen vård för barn och unga. Utgångspunkten är att *en* huvudman lättare kan styra berörda vårdverksamheter utifrån samma mål, uppdrag och strategier och att det skulle underlätta samverkan och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

De primärvårdsaktörer som anges i direktivet har i dag regionen som huvudman. Ungdomsmottagningarna har i huvudsak regionen som huvudman men det förekommer också att kommunen är huvudman för ungdomsmottagningarna. Elevhälsans medicinska delar är en av fyra verksamhetsgrenar inom elevhälsan och består av skolläkare och skolsköterskor. Elevhälsa tillhandahålls i skolan och det är skolhuvudmännens ansvar att organisera och finansiera verksamheten. Enligt 2 kap. 2–5 §§ skollagen får kommuner, regioner, stat och enskilda vara skolhuvudmän

[130] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 77).
[131] SOU 2016:2: *Effektiv vård.*

Utredningen konstaterar att flera av de verksamheter som lyfts fram i direktivet har ett regionalt huvudmannaskap. Det gäller mödrahälsovården, barnhälsovården, vårdcentralerna och ett stort antal ungdomsmottagningar. Regionen ansvarar även för den specialiserade vården och tandvården för barn och unga. Regionen har dessutom det övergripande ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård till barn och unga. I vissa fall tillhandahåller regionen elevhälsotjänster till skolor. I enlighet med 8 kap 1 § HSL ska regionen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen. Utredningen bedömer därför att det är naturligt att se över förutsättningarna för ett regionalt huvudmannaskap. Utredningen lägger därför särskild fokus på de verksamheter som i dag inte har en regional hälso- och sjukvårdshuvudman.

Utredningen har övervägt möjligheten att pröva ett samlat kommunalt huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser men bedömt att det inte är aktuellt. Ett kommunalt huvudmannaskap skulle innebära betydligt mer omfattande förändringar av den ansvarsfördelning som i dag råder mellan region och kommun när det gäller hälso- och sjukvården i stort och skolverksamheten, eftersom det skulle innebära att en stor del av primärvårdens verksamhet skulle få ett kommunalt huvudmannaskap. Utredningen bedömer att det skulle vara ett oproportionerligt stort ingripande i huvudmännens förutsättningar att planera och organisera hälso- och sjukvården.

6.8.1 Primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser bör inte samlas under ett regionalt huvudmannaskap

Bedömning: Utredningen bedömer att ett samlat huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser i dag inte är lämpligt. Elevhälsans medicinska insatser ska därför fortsatt vara skolhuvudmännens ansvar.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens bedömning bygger i huvudsak på de nackdelar som finns med att förändra huvudmannaskapet för elevhälsans medicinska insatser. Nedan

belyses för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. I den slutliga bedömningen har utredningen analyserat förutsättningarna för ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser ur ett barn-, organisations- och professionsperspektiv och vägt de olika perspektiven mot varandra. Synpunkter på bedömningen har inhämtats från företrädare för myndigheter, professionen och barn och unga. En svårighet i sammanhanget har varit att fördelarna med ett samlat regionalt huvudmannaskap lätt också kan vändas till nackdelar och tvärsom beroende på vilket perspektiv som anläggs på frågorna. Även ur ett barnrättsperspektiv kan frågan ses ur olika synvinklar. Det gäller till exempel tillgången till den information som samlas in vid hälsobesöken. Ur ett barnrättsperspektiv är det viktigt att skolan har informationen för att kunna ge ett allsidigt stöd vid skolsvårigheter och utforma hälsofrämjande och förebyggande insatser. Ur barnrättsperspektiv är det också viktigt att hälso- och sjukvården har tillgång till informationen så att de snabbt kan få sina individuella vårdbehov tillgodosedda och att hälso- och sjukvården kan planera och organisera vården med utgångspunkt från barns och ungas behov.

Sammantaget innebär utredningens avvägningar dock att ett förändrat huvudmannaskap inte skulle leda till önskat resultat. Det handlar i huvudsak om risken för att tillgången till elevhälsans medicinska insatser kan komma att försämras om regionen inte prioriterar sådana insatser och att förändringen riskerar att skapa ny gränsdragningsproblematik mellan elevhälsans olika verksamhetsgrenar. Det skulle innebära att skolhuvudmannen ansvarar för tre av verksamhetsgrenarna och regionen för den fjärde verksamhetsgrenen. Vård- och skolvalet utgör också stora utmaningar som är svåra att överbrygga för att få till stånd en organisation där regionen kan tillhandahålla elevhälsa i skolan trots valfrihetssystem. Dessutom, i den mån skolvalet innebär att elevhälsa tillhandahålls av annan vårdgivare än den som barnet och dess familj är listade hos i övrigt, kan det medföra svårigheter med att ta ett samlat ansvar för barnets och familjens hälsa med utgångspunkt från ett familjecentrerat förhållningssätt. Det skulle kunna leda till nya samordningsproblem mellan den vårdverksamhet som erbjuder elevhälsa och den vårdverksamhet där barnet eller den unga personen och deras familjer är listade. Utredningen bedömer att andra åtgärder för att skapa en mer

sammanhållen god och nära vård för barn och unga är mer effektiva och ändamålsenliga. Det handlar bland annat om åtgärder som bidrar till en kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning för barn och unga under hela uppväxttiden oavsett vilken huvudman eller vårdverksamhet som ansvarar för det praktiska genomförandet av hälsouppföljningen, se även avsnitt 6.2 och 6.3. Det handlar också om åtgärder som förtydligar vårdverksamheternas ansvar att samverka och att samordna hälso- och sjukvårdsinsatser till barn och unga, se även avsnitt 6.4 och 6.5.

Frågan om ett förändrat huvudmannaskap väcker diskussioner

Frågan om ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser har väckt många diskussioner i de dialoger som utredningen haft med olika grupperingar. Både för- och nackdelar med en sådan förändring har lyfts fram. Mest positiva till en förändring har företrädare för olika hälso- och sjukvårdsverksamheter, mindre skolkommuner, och för lärare och skolledare varit. Företrädarna för hälso- och sjukvården har bland annat sett klara fördelar ur ett barn- och ungdomsperspektiv med att primärvården får ett helhetsansvar för barns och ungas hälsovård under hela uppväxttid. Företrädare för mindre skolkommuner, lärare och skolledare har sett fördelar med att ansvaret för elevhälsans medicinska insatser flyttas till den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen eftersom de anser att det är svårt att leva upp till skollagens krav på elevhälsa. Frågan om likvärdig tillgång till elevhälsans medicinska insatser för barn och unga har också lyfts fram som en central anledning till att flytta elevhälsans medicinska insatser från skolhuvudmännen till den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen. Det huvudsakliga argumentet har varit mängden aktörer inom skolområdet, både antalet huvudmän och skolenheter, som försvårar förutsättningarna att tillhandahålla en likvärdig elevhälsa. Detta understryks också av nationella uppföljningar och tillsynsinsatser på området, se även Problemanalysen, kap 5.

Företrädare för skolan, särskilt inom stora kommuner och företrädare för skolläkare och skolsköterskor men även ett stort antal företrädare för hälso- och sjukvården på olika nivåer är mer negativa till ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska in-

satser. De lyfter bland annat fram närhetsprincipen och risken för att regionen inte skulle prioritera att tillhandahålla elevhälsans medicinska insatser i skolan. De lyfter också fram att en förändring av huvudmannaskapet inte är svaret på de problem som finns med samordning av vårdinsatser och kontinuitet i vårdkedjan för barn och unga i dag eftersom en sådan förändring bara skulle skapa nya samordningsproblem. De vill i stället se en tydligare ansvarsfördelning mellan huvudmän och verksamheter samt tydligare krav på samverkan mellan berörda aktörer och samordning av vårdinsatser för barn och unga. Även företrädare för barn och unga ser en risk för att tillgången till elevhälsans medicinska insatser kan försämras om regionen tar över ansvaret för denna verksamhet.

Barnrättsperspektiv på huvudmannaskapsfrågan

Ur ett barnrättsperspektiv bedömer utredningen att tre centrala aspekter talar för ett förändrat huvudmannaskap av elevhälsans medicinska insatser med regionen som huvudman. Det handlar om mer likvärdig hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser, mer samordnad och kontinuerlig vård och en mer sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga under hela uppväxttiden.

Vid ett samlat regionalt huvudmannaskap skulle regionen ansvara för att organisera, planera och finansiera elevhälsans medicinska insatser för samtliga skolor inom regionens geografiska område oavsett huvudman för skolverksamheten. Det skulle minska antalet aktörer som tillhandahåller elevhälsans medicinska insatser radikalt och leda till en ökad likvärdighet när det gäller tillgången till sådana insatser för barn och unga, åtminstone på regional nivå.

Vidare skulle ett regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser innebära förbättrade förutsättningarna för en samordnad och kontinuerlig vård för barn och unga. När en och samma regionala huvudman ansvarar för alla vårdverksamheter kan huvudmannen leda och styra verksamheten mer samordnat och ställa tydligare krav på samordning och kontinuitet mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt. Barn och unga kan lättare slussas vidare till vård- och behandlingsinsatser inom den regionala hälso- och sjukvården i övrigt. Det kan också innebära ett snabbare insteg till den specialiserade vården i allmänhet och BUP i

synnerhet. Det kan skapa bättre förutsättningar för primärvården att ta ett samlat ansvar för familjens vårdbehov och arbeta familjecentrerat runt barnet eller den unge. Övergången till vuxensjukvården underlättas när den regionala huvudmannen ansvarar för löpande och regelbundna kontakter från barn till vuxen ålder. Denna samordning är särskild angelägen för barn och unga vars familjer inte har förmåga att ge stöd eller samordna vårdinsatser.

När regionen ansvarar för elevhälsans medicinska insatser samlas också samtliga vårdverksamheter som ansvarar för hälsouppföljning under samma huvudman. Det underlättar förutsättningarna att få till en samordnad och kontinuerlig hälsouppföljning för barn och unga under hela uppväxttiden. Det underlättar i sin tur förutsättningarna att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid och utvärdera effekterna av olika insatser.

Utredningen bedömer vidare att ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser skulle kunna leda till att barn och unga får bättre stöd i skolan med att nå kunskapskraven. Vid ett regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser skulle skolans uppdrag renodlas till kunskapsuppdraget. Det skulle i sin tur skapa förutsättningar för skolan att fokusera på att utveckla goda lärandemiljöer som underlättar inlärning och förebygger skolsvårigheter. Goda förutsättningar för lärande är en mycket betydelsefull skyddsfaktor för barns och ungas välmående, hälsa och utveckling. Goda lärandemiljöer och övriga förutsättningar för lärande kan också bidra till att minska den lättare psykiska ohälsan och negativ påverkan på funktionsnivå som beror på utbildningssituationen och stressiga miljöer i skolan.

Närheten för eleverna till den verksamhet som bedrivs av elevhälsans medicinska insatser har lyfts fram som en framgångsfaktor av företrädare för flera vårdverksamheter, professionen, myndigheter och andra berörda. Det ses som en avgörande förutsättning för att barn och unga på ett enkelt sätt ska kunna ta kontakt med och söka stöd och hjälp med olika vårdbehov. Behovet av enkel kontakt med vården understryks också av företrädare för unga patienter och skolbarn som utredningen har haft kontakt med. Förutsättningarna att ta del av den verksamhet som elevhälsans medicinska insatser erbjuder underlättas betydligt om de professionella finns på plats i skolan i barns och ungas närhet. Det finns en oro bland dessa företrädare att regionen inte skulle prioritera verksamheten och att till-

gången till professionen inom elevhälsans medicinska insatser i så fall skulle försämras ytterligare i skolan. Utredningen konstaterar att en central förutsättning för ett förändrat huvudmannaskap är att skolsköterskan fortsatt ska kunna finnas på plats i skolan. Det finns dock svårigheter med att konstruera ett system som ställer krav på att skolsköterskan ska finnas på plats i skolan till följd av de valfrihetssystem som har byggts upp inom hälso- och sjukvården och skolan med vård- och skolval. Utredningen återkommer till dessa svårigheter nedan.

Organisationsperspektiv på huvudmannaskapsfrågan

Ur ett organisationsperspektiv finns det, enligt utredningen några fördelar med ett samlat regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser som främst handlar om förutsättningarna för en mer sammanhållen styrning och ledning av verksamheterna med utgångspunkt från gemensamma mål, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Utredningen bedömer att en sådan tydlig styrning och ledning är en förutsättning för en mer sammanhållen god och nära vård. Vid ett samlat huvudmannaskap skulle också kompetenser och övriga resurser inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser kunna samutnyttjas och användas mer flexibelt. Det skulle också skapa förutsättningar att allokera resurser dit behoven är som störst, till exempel till skolor i utsatta områden med stora behov av en stark elevhälsa. Det skulle också kunna underlätta samordningen av vårdinsatser och förutsättningarna för att dela information mellan vårdverksamheterna, bland annat tack vare gemensamma journalsystem. I dag finns brister när det gäller informationsöverföringen om barns och ungas hälsa vid övergångar mellan barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser och när barn och unga byter skolor eller skolformer. Det skulle enklare kunna förbättras med en gemensam regional huvudman. Gemensam journalföring skulle underlätta förutsättningarna för att följa upp det enskilda barnets eller den unges hälsoutveckling och de vård- och behandlingsinsatser som ges till barn och unga.

Vidare skulle en mer sammanhållen vård under en huvudman kunna bidra till en tydligare ansvarsfördelning och mer renodlade uppdrag mellan den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen

och skolhuvudmännen som tar fasta på de olika verksamheternas kärnkompetenser. För skolhuvudmannens och rektorns del skulle det innebära ett mindre splittrat uppdrag som i högre grad skulle vara inriktat på elevernas möjligheter att nå kunskapskraven. För hälso- och sjukvården skulle det innebära fullt ansvar för barns och ungas hälsosituation under hela uppväxttiden och möjligheter att planera och organisera all hälso- och sjukvård för barn och unga med utgångspunkt från god lokal kännedom om barns och ungas vårdbehov.

När regionen ansvarar för att tillhandahålla elevhälsans medicinska insatser i skolans lokaler skapas också förutsättningar för att även annan hälso- och sjukvård för barn och unga kan organiseras och tillhandahållas nära barn och unga i deras dagliga miljö. En sådan utveckling ligger i linje med omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård för hela befolkningen. Möjligheten att utveckla och tillhandahålla vård på nya sätt, närmre barnen och de unga i skolmiljön skulle också kunna bidra till ökad kännedom om de aktuella barnens och de ungas behov av vård och behandling samt underlätta regionens förutsättningar för att ge insatser till barn och unga som främjar deras hälsa och förebygger sjukdomar.

Enligt utredningens bedömning finns dock några viktiga nackdelar med ett samlat regionalt huvudmannaskap ur ett organisatoriskt perspektiv som har stor betydelse för bedömningen av förutsättningarna för ett samlat huvudmannaskap. En helt avgörande nackdel är att det innebär ett delat huvudmannaskap för elevhälsans olika verksamhetsgrenar. Ett regionalt huvudmannaskap skulle visserligen samla vårdverksamheterna under samma huvudmannaskap, men i stället riskera att skapa en ny gräns mellan elevhälsans medicinska insatser, och de övriga verksamhetsgrenarna inom elevhälsan och den elevvårdande verksamheten i övrigt. Det skulle medföra praktiska och organisatoriska utmaningar för ledningen och styrningen av den samlade elevhälsan och arbetet i elevhälsoteamet. Rektorn skulle inte längre ha det övergripande ansvaret för elevhälsans samtliga verksamhetsgrenar, vilket i sin tur skulle kunna leda till svårigheter med att styra verksamheten i skolan och målkonflikter mellan de olika delarna av elevhälsan. Det skulle i värsta fall kunna leda till försämringar för eleverna och förutsättningarna att skapa tvärprofessionella team som kan göra allsidiga bedömningar av skolsvårigheter och elevernas behov av insatser.

En annan viktig nackdel är de försvårande omständigheter som vård- och skolvalet innebär för regionens möjlighet att tillhandahålla de medicinska insatserna på ett samordnat sätt i skolans lokaler. Vård- och skolvalssystemet innebär att den enskilde har mycket långtgående möjligheter att välja vård- och skolenhet och syftar till att förskjuta makten från politiker och tjänstemän till medborgarna. Det är på många sätt positivt men det bidrar också till fragmentiseringen i systemet. Vård- och skolval innebär att barn och unga och barns vårdnadshavare kan välja vårdenhet som inte geografiskt sammanfaller med val av skolenhet eller den skola där barnet eller den unge placeras. Barnet eller den unge kan därmed vara listad på en annan vårdenhet än den som levererar de medicinska insatserna av elevhälsa på skolan. Den samordning av vårdinsatser som eftersträvas med ett samlat regionalt huvudmannaskap, inte minst mellan hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar riskerar då att gå förlorad.

Ytterligare en nackdel är att det krävs omfattande implementeringsinsatser vid genomförandet av en huvudmannaskapsförändring och det kan ta lång tid innan en huvudmannaskapsförändring är genomförd i de aktuella verksamheterna. En lång implementeringsfas innebär en risk för sämre möjlighet att tillhandahålla god och nära vård och en risk för att barn och unga inte får sina vårdbehov tillgodosedda under den aktuella perioden

Professionsperspektiv på huvudmannaskapsfrågan

Ur ett professionsperspektiv finns fördelar, framför allt när det gäller bättre förutsättningar för kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan professionerna inom elevhälsans medicinska insatser och professionerna inom hälso- och sjukvården i övrigt. Det skulle kunna leda till ökad samsyn och förståelse för de olika verksamheterna och professionernas förutsättningar och behov. Det skulle i sin tur underlätta samverkan och andra samarbeten mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt vilket är en fördel för barn och unga. Professionella inom elevhälsans medicinska insatser skulle till exempel kunna bidra med en ökad barnkompetens inom hälso- och sjukvården och på motsvarande sätt skulle elevhälsans personal få ta del av den kompetens och de resur-

ser som finns inom hälso- och sjukvården i övrigt. Ett gemensamt huvudmannaskap skulle dessutom skapa gemensamma sammanhang för kunskap- och kompetensutveckling och möjligheter till gemensamma kompetensutvecklingsinsatser för de aktuella yrkesgrupperna. Det är viktigt inte minst för skolläkare och skolsköterskor som inte alltid har dessa förutsättningar inom ramen för skolverksamheten.

Ur ett professionsperspektiv väger dock närhetsprincipen tungt i avvägningen av om en förändring ska föreslås eller inte. Utredningen bedömer att närheten till barn och unga är en viktig förutsättning för att professionerna inom elevhälsans medicinska insatser ska kunna följa barns och ungas hälsoutveckling över tid och identifiera vårdbehov och initiera insatser i ett tidigt skede. Den hälsodata som professionerna samlar in genom kontakt med eleverna i skolmiljön och vid hälsobesöken är ett värdefullt underlag för skolans övriga hälsoarbete och arbetet med att skapa goda lärandemiljöer som är anpassade efter elevernas behov. Skolläkare och skolsköterskor kan också bidra med viktig kunskap om olika hälsotillstånd och hur de påverkar förutsättningar för lärande. Företrädare för professionen, som utredningen har fört dialog med, befarar också att ett regionalt huvudmannaskap skulle prioritera ned bemanningen av elevhälsans medicinska insatser på skolan till fördel för annan hälso- och sjukvårdsverksamhet inom primärvården.

6.8.2 Olika huvudmannaskap för ungdomsmottagningarna har prövats

Bedömning: Ungdomsmottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser har bättre förutsättningar att ge barnet eller den unge det stöd som hen behöver.

Skälen för utredningens bedömning: Förutsättningarna för ett ändrat huvudmannaskap för ungdomsmottagningarnas verksamhet skiljer sig från förutsättningarna att flytta elevhälsans medicinska insatser. De flesta ungdomsmottagningar drivs med regionen som huvudman, men det finns även ungdomsmottagningar som drivs med kommunen som huvudman. Det finns också ungdomsmottag-

ningar som drivs gemensamt av region och kommun och verksamheten har då ett delat huvudmannaskap.

En annan skillnad mellan ungdomsmottagningar och elevhälsans medicinska insatser är att elevhälsans verksamhet regleras i skollagen, medan ungdomsmottagningsverksamhet inte är särskilt reglerad i lag utan är föremål för den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Ungdomsmottagningarnas verksamhet kan styras av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och socialtjänstlagen, eftersom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst kan ingå i verksamheten.

Utredningen har utrett vilka möjligheter som finns att bedriva ungdomsmottagning i enbart kommunal regi och enbart regionens regi, och har bland annat tagit del av en utredning om rättsliga förutsättningar för drift av ungdomsmottagningar från 2019.[132]

Kommunala och regionala befogenheter ligger till grund för valet av huvudman

De flesta ungdomsmottagningar erbjuder hälso- och sjukvård som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter till unga. Även insatser som rör den psykiska hälsan är ett växande område. Många ungdomsmottagningar erbjuder också socialtjänstinsatser.

Det är inte möjligt att säga vilken huvudman som är mest lämplig att driva ungdomsmottagning utan att först ha bestämt vilken sorts verksamhet som ungdomsmottagningen ska erbjuda. Det är lagstiftningen som styr vilken verksamhet som kommunen respektive regionen får bedriva. Regionens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård regleras främst i 8 kap. HSL och kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård regleras främst i 12 kap. HSL. I korthet gäller att:

- När hälso- och sjukvård erbjuds på ungdomsmottagning kan hälso- och sjukvårdsinsatserna enbart bedrivas med regionen som huvudman.
- När socialtjänst erbjuds på ungdomsmottagning kan socialtjänstinsatserna enbart bedrivas med kommunen som huvudman.
- När både hälso- och sjukvård och socialtjänst erbjuds på ungdomsmottagning har regionen ansvar för de hälso- och sjukvård-

[132] Kommunakuten (2019): *Rättsliga förutsättningar för drift av ungdomsmottagningar*.

ande insatserna och kommunen har ansvar för socialtjänstinsatserna. Verksamheten kan då exempelvis vara samlokaliserad och ha två huvudmän eller drivas med en huvudman i gemensam nämnd.

Grunderna för kommunernas (och regionernas) organisation och verksamhetsformer och för den kommunala (och regionala) beskattningen samt kommunernas (och regionernas) befogenheter i övrigt och deras åligganden ska meddelas genom lag, vilket framgår av 8 kap. 2 § första stycket, tredje punkten regeringsformen. Det måste alltså finnas lagstöd för att en viss verksamhet ska kunna bedrivas av kommun eller region.

Kommunen har inte rättslig befogenhet att bedriva sådan hälso- och sjukvård som regionen har ansvar för, och på samma sätt har inte regionen rättslig befogenhet att bedriva sådan verksamhet som kommunen ansvarar för, till exempel socialtjänst som är relevant för ungdomsmottagningens verksamhet. Detta framgår av 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) (KL).

Den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar är inte kommunal hälso- och sjukvård

Kommunen ansvarar enligt 12 kap. 1–2 §§ HSL för att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bostäder och verksamheter och, om det överenskommits med regionen, hemsjukvård. Undantag gäller för sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare, enligt 12 kap. 3 § HSL. Kommunen har också ansvar för att erbjuda viss annan hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 4–6 §§ HSL. Varken HSL eller annan lag ger dock kommunen någon möjlighet att bedriva sådan hälso- och sjukvård som ges till barn och unga på ungdomsmottagning.

Utredningen bedömer inte att det är aktuellt att föreslå förändring i lag som skulle krävas för att göra möjligt för kommunen att utföra sådan hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar. Bedömningen baseras framför allt på att de flesta ungdomsmottagningar i dag bedrivs med regionen som huvudman och att de hälso- och sjukvårdsinsatser som vanligen bedrivs på ungdomsmottagningen, som till exempel preventivmedelsrådgivning och gynekologiska undersökningar och behandlingar, lämpligen kvarstår

inom regionens ansvar. Dessa uppgifter erbjuder regioner i dag kvinnor i alla åldrar och uppgifterna genomförs inom fler verksamheter som regionen ansvarar för, till exempel på mödrahälsovård och i den specialiserade vården för gynekologi och obstetrik.

Om dessa uppgifter skulle göras till kommunens ansvar, skulle de inte längre kunna ingå i regionens erbjudande, eftersom kommunen inte har rättslig befogenhet att bedriva sådan hälso- och sjukvård som regionen har ansvar för och på samma sätt har inte regionen rättslig befogenhet att bedriva sådan verksamhet som kommunen ansvarar för, enligt kommunallagen.

Socialtjänstinsatser på ungdomsmottagningar bör fortsätta bedrivas med kommunalt huvudmannaansvar

I linje med ovanstående fråga kring kommunal hälso- och sjukvård, är det tänkbart att även undra om det är möjligt med regional socialtjänst.

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Det framgår av 2 kap. 1 § socialtjänstlagen, (2001:453) SoL. Det finns dessutom ett särskilt reglerat ansvar för unga enligt 5 kap. 1–3 §§ SoL. Socialtjänstlagen reglerar alltså kommunernas ansvar för och insatser inom socialtjänsten för unga. Regionerna har inget ansvar för sociala insatser enligt socialtjänstlagen och får inte tillhandahålla sådana insatser.

Utredningen bedömer att det inte är aktuellt att föreslå förändring i lag som skulle krävas för att göra det möjligt för regionen att utföra sådan socialtjänst som bedrivs på ungdomsmottagningar. Bedömningen baseras framför allt på att socialtjänstinsatser lämpligen kvarstår inom kommunens ansvar, eftersom dessa uppgifter ingår i kommunens uppdrag och kompetens. Det har inte heller framkommit som ett förslag varken i utredningens uppdrag eller i några dialoger med verksamhetsföreträdare.

Regional hälso- och sjukvård och kommunal socialtjänst

Det finns exempel på ungdomsmottagningar där verksamheten bedrivs i ett delat huvudmannaskap, på så sätt att regionen ansvarar för och finansierar hälso- och sjukvårdsinsatserna och kommunen ansvarar för och finansierar socialtjänstinsatserna. De båda grenarna av verksamheten samverkar på ett sätt som gynnar den unge. Denna typ av verksamhet kan jämföras med till exempel familjecentraler och andra samlokaliserade verksamheter.[133]

Om kommunen och regionen väljer att samverka genom att bedriva ungdomsmottagning i en gemensam nämnd krävs bland annat att uppgifter närmare ska preciseras i en överenskommelse mellan de berörda kommunerna och regionerna, enligt 9 kap. 22 § kommunallagen.

6.9 Bör regionen ansvara för sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga?

I tidigare avsnitt har utredningen redogjort för möjligheten och lämpligheten med ett samlat huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har bedömt att det inte finns förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap för dessa verksamheter. Problemen med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård som brister när det gäller likvärdig tillgång till hälsovårdsinsatser för barn och unga kvarstår dock. Utredningen har därför även prövat möjligheten och lämpligheten med att verksamheten med hälsouppföljning hålls samman med regionen som huvudman. Med hälsouppföljning avses här de hälsokontroller och hälsosamtal som sker regelbundet inom ramen för mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser för att följa upp barn och ungas hälsoutveckling och att upptäcka de individer som behöver någon form av insats. Nedan redovisas utredningens överväganden när det gäller en mer sammanhållen hälsouppföljning.

[133] Olika verksamheter samlokaliseras för att stödja familjer med barn. Förutom barnhälsovård ingår ofta mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete.

6.9.1 Vissa barn och unga får inte hälsofrämjande och förebyggande insatser

Utredningen konstaterar att det finns ett antal problem med det nuvarande systemet för hälsouppföljning av barn och unga som sammantaget understryker behovet av insatser. Ett centralt problem är uppdelningen av ansvaret att tillhandahålla hälsoppföljningen mellan flera olika huvudmän och vårdverksamheter. Regionen ansvarar för den hälsouppföljning som sker i mödrahälsovården och barnhälsovården under graviditet och vanligtvis under barnets fem första år. Därefter ansvarar skolhuvudmännen för hälsouppföljningen av barn och unga i skolåldern. De olika huvudmännen styr vårdverksamheterna och hälsouppföljningen utifrån egna uppdrag, mål och strategier. Det försvårar förutsättningarna för att få till stånd en sammanhållen och samordnad hälsouppföljning under barns och ungas hela uppväxttid. Inom ramen för ungdomsmottagningarnas verksamhet finns inte något motsvarande uppdrag att ansvara för hälsouppföljning, och barns och ungas sexuella och reproduktiva hälsa har inte heller samma utrymme i den ordinarie hälsouppföljningen, som andra aspekter av hälsan.

Graden av statlig styrning av hälsouppföljningen av barn och unga varierar. Endast den hälsouppföljning som sker i skolan inom ramen för elevhälsans medicinska insatser är reglerad i lag. Enligt 2 kap. 27 § skollagen ska barn och unga erbjudas ett antal hälsobesök både i de obligatoriska skolformerna och i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan.

Den hälsouppföljning som sker inom ramen för barnhälsovården styrs i första hand av det nationella barnhälsovårdprogrammet och en nationell vägledning för barnhälsovården. Barnhälsovårdsprogrammet innehåller rekommendationer om antalet hälsobesök och dess innehåll i form av utvecklingsuppföljning, hälsoundersökning och hälsosamtal. Hälsovårdsprogrammet och vägledningen har utarbetats av Socialstyrelsen i samarbete med företrädare för professionen vid regionernas centrala barnhälsovårdsenheter. För elevhälsan finns en nationell vägledning som tagits fram av Socialstyrelsen och Statens skolverk. Vägledningen behandlar bland annat hälsobesöken i skolan och dess innehåll. För mödrahälsovården finns endast en rapport med vägledning om mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa som tagits fram av företrädare för professionen.

Rapporten innehåller förslag till ett medicinskt och psykosocialt, även benämnt psykologiskt, basprogram med hälsobesök under graviditeten. Detta ligger till grund för utvecklingen av mödrahälsovårdens regionala program för främjande och förebyggande hälsovård, föräldrastöd och folkhälsoarbete under graviditet och blivande föräldraskap. Inga av dessa vägledande dokument är juridiskt bindande.

När ansvaret för hälsouppföljning är fördelat på flera huvudmän och vårdverksamheter blir samverkan mellan vårdverksamheterna nödvändig för att det ska vara möjligt följa det enskilda barnets eller den unges hälsoutvecklingen över tid. Inspektionen för vård och omsorgs granskningar visar att det finns stora brister när det gäller samverkan, till exempel vid övergångar och informationsöverföringen av hälsoinformation mellan de aktuella vårdverksamheterna. Informationsöverföringen försvåras av att de olika vårdverksamheterna oftast inte har sammanhållen journalföring, (se även Problembilden, kap. 5).

När ansvaret för att följa upp barns och ungas hälsa vilar på en huvudman och ansvaret för att tillhandahålla vård- och behandlingsinsatser vilar på en annan, finns också stora behov av samverkan för att få till stånd en samordnad och kontinuerlig vårdprocess. Så kan till exempel vara fallet när elevhälsans medicinska insatser uppmärksammar behov av vårdinsatser vid ett hälsobesök men inte har vård- och behandlingsansvar. Barnet eller den unge behöver då slussas vidare till hälso- och sjukvården i övrigt för sådan vård och behandling. Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn visar dock att även sådan samverkan brister och att barn och unga inte alltid får en samordnad och kontinuerlig vårdprocess. Detta får konsekvenser för barnet eller den unge, i form av väntan, osäkerhet och i värsta fall lidande och förvärrade tillstånd eller utebliven vård. När samverkan brister läggs också ett stort ansvar på vårdnadshavare och anhöriga att samordna vårdinsatserna.

Vidare förekommer det brister och stora variationer när det gäller förutsättningarna för att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga på likvärdiga villkor, både på universell och individuell nivå. Det gäller särskilt för barn och unga i skolåldern. Skolinspektionens och Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn visar till exempel på återkommande brister på detta område inom elevhälsans verksamhet (se även Problembilden,

kap. 5). Det beror bland annat på att tillgången till elevhälsans personal varierar både inom och mellan skolhuvudmän och skolor och att den inte alltid är tillräcklig för att kunna tillgodose elevernas behov av insatser på individ- och gruppnivå. Utredningen erfar också att det finns ett behov av att utveckla den hälsoinformation som samlas in vid hälsobesöken i skolan för att personalen ska få mer fördjupad kunskap om barns och ungas fysiska och psykiska hälsa och välmående. Det är en förutsättning för att kunna uppmärksamma de behov som finns och för att kunna sätta in rätt insatser i ett tidigt skede. Det är också en viktig förutsättning för att kunna erbjuda hälsofrämjande insatser på gruppnivå som är anpassade efter barnens och ungas behov.

Ett centralt problem kopplat till skolans hälsouppföljning gäller också det glapp som uppstår i uppföljningen av barns och ungas hälsoutveckling när skolan i första hand fokuserar på den ohälsa som ger upphov till skolsvårigheter och inte ser till barns och ungas hela hälsosituation. Utredningen bedömer att det har skett en förskjutning av skolans ansvar för uppföljningen av elevernas hälsa sedan införandet av elevhälsa i skollagen 2010 som tydligare kopplar ihop elevhälsans verksamhet med elevernas utveckling mot utbildningens mål. Av 2 kap. 25 § skollagen framgår att elevhälsans främst ska vara hälsofrämjande och förebyggande och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. I förarbetena anges att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär att elevhälsans personal ska bidra till skapandet av skolmiljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa.[134] Vidare anges att insatser för att förebygga hälsa främst handlar om att stödja generella insatser på gruppnivå i utbildningssituationen, till exempel när det gäller undervisningen om sex och samlevnad, alkohol, tobak, droger och övrig livsstilsrelaterad ohälsa.[135] Den tidigare skolhälsovården hade ett mer renodlat hälsouppdrag som handlade om att ”… följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem” (14 kap. 2 § skollagen (1985:1100)). I samband med förändringen i skollagen och införandet av elevhälsa gjordes ingen analys av vilka konsekvenser detta skulle få för förutsättningarna att följa, bevara och förbättra elevers hälsa oavsett skolresultat. I praktiken har barn och unga förstås behov av hälso-

[134] Prop. 2009/10:165, *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet* (s. 656).
[135] Ibid. (s. 276).

främjande och förebyggande insatser både på individ- och gruppnivå alldeles oavsett om deras hälsotillstånd beror på lärandesituationen eller påverkar förutsättningar för lärande på något sätt.

Utredningen kan dessutom konstatera att ett system som bygger på att skolan ska ansvara för hälsofrämjande och förebyggande insatser under större delen av barns och ungas uppväxttid inte på ett naturligt sätt inkluderar barn och unga som vare sig arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt. Utredningen bedömer att det är mycket angeläget att även dessa barn och unga får sådan hälsofrämjande insatser på grupp- och individnivå. En annan svårighet med att förlägga hälsouppföljningen i skolan är tillgången till elevhälsans insatser ofta är mer begränsad under skollov och andra feriedagar.

Utredningen bedömer att det i stället behövs ett mer sammanhållet, kontinuerligt och likvärdigt system för hälsouppföljning som omfattar alla barn och unga under hela uppväxttiden. I ett mer sammanhållet system ska verksamheterna arbeta utifrån gemensamma mål och uppdrag och samverka kring uppföljningen av barns och ungas hälsa. I ett mer sammanhållet system ska barnet eller den unge också enkelt och sömlöst få vård- och behandlingsinsatser när behov av sådana insatser uppmärksammas inom ramen för hälsouppföljningen och det ska vara vårdverksamheterna ansvar att så sker. Utredningen bedömer vidare att antalet aktörer som ansvarar för hälsouppföljningen behöver minska för att systemet ska kunna bli mer sammanhållet och likvärdigt. I dagens fragmentiserade system med flera olika aktörer riskerar barns och ungas behov i allt för hög grad att falla mellan stolarna när vårdverksamheterna inte kan samverka med varandra eller har gemensamma uppdrag och mål för verksamheten. Ytterligare krav på samverkan och samordning mellan de befintliga aktörerna har inte varit tillräckliga incitament för att komma tillrätta med samordningsproblemen och skapa en mer sammanhållen vård. Det har tidigare insatser i form av skärpt lagstiftning och stimulansmedel för att stärka samverkan mellan berörda aktörer påvisat. Trots sådana insatser finns fortsatt stora problem och samverkan och samordningen av insatser för barn och unga är i hög grad person- och projektberoende. Utredningen bedömer att ansvaret för att följa upp barns och ungas hälsa behöver vila på den aktör som har det övergripande och huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården och som därför också både kan följa upp barns och ungas hälsa och tillhandahålla insatser när vårdbehov uppstår.

6.9.2 Bör regionen ansvara för hälsouppföljningen av barn och unga?

Bedömning: Om arbetet med det nationella hälsovårdsprogrammet inte ger önskat resultat i form av effektiva samverkansstrukturer och likvärdig tillgång till programmets insatser oavsett huvudman eller vårdverksamhet bör regeringen överväga möjligheten att införa en samlad hälsouppföljning med regionen som huvudman. En sådan reform kräver att den pågående nationella omställningen mot nära vård med en resursstarkare primärvård som nav, har kommit längre än i dag.

Skälen för utredningens bedömning: Barn- och ungdomshälsovården består i dag av en fragmentiserad och komplex vårdorganisation som inte alltid har förutsättningar att tillgodose barns och ungas vårdbehov. Det finns stora brister i samordningen av barn och ungas vårdinsatser och när det gäller likvärdigheten i de insatser som barn och unga får. För att komma tillrätta med denna problematik har utredningen utrett flera alternativ som kan bidra till en mer sammanhållen och likvärdig vård. inledningsvis, i enlighet med direktivet, har utredningen prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat regionalt huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har dock bedömt att det inte finns tillräckliga förutsättningar för en sådan förändring (se avsnitt 6.8).

Utredningen har även övervägt möjligheten att i lag reglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Elevhälsans medicinska insatser är redan reglerad i skollagen. Utredningen har dock gjort bedömningen att det inte skulle vara ändamålsenligt att lagreglera vissa verksamheter i hälso- och sjukvårdssystemet men inte andra, och att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. Därutöver bedömer utredningen att en sådan lagreglering inte är ändamålsenlig i förhållande till utredningens uppdrag att skapa en mer sammanhållen vård eftersom en lagreglering av verksamheterna inte nödvändigtvis leder till ökad samverkan eller samordning av vårdinsatser för barn och unga. Den leder inte heller nödvändigtvis till ökad tillgång till just hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga.

Problematiken med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård och brister när det gäller likvärdig tillgång till hälsovårdsinsatser för barn och unga kvarstår dock. Att inte göra några förändringar i systemet är därför inte ett godtagbart alternativ utifrån barns och ungas perspektiv. Utredningen har därför utrett ytterligare två alternativa lösningar som kan bidra till en mer sammanhållen vård. Det första alternativet, som också är utredningens huvudförslag, innebär en tydligare nationell styrning av det hälsofrämjande arbetet i lag, föreskrift och genom ett gemensamt nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga (se även avsnitt 6.2 och 6.3). Utgångspunkten för detta förslag är att samtliga berörda vårdverksamheter ska styras utifrån ett gemensamt uppdrag och mål med det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Den sammanhållande länken ska vara ett nationellt hälsovårdsprogram som ska gälla under barns och ungas hela uppväxt tid oavsett huvudman eller vårdverksamhet. Hälsouppföljning av barn och unga och föräldraskapsstöd ska vara centrala delar av programmet. Insatser ska ges på universell, selektiv och indikerad nivå till barn och unga och deras familjer.

Det nationella hälsovårdsprogrammet förutsätter att berörda aktörer kan samverka för att vården ska bli sammanhållen. Strukturer för samverkan behöver byggas upp till exempel mellan primärvården, BUP och elevhälsan för att överbrygga övergångarna mellan vårdverksamheterna och skapa mer sammanhållna vårdprocesser för barn och unga. Det förutsätter också att skolhuvudmännen ger elevhälsans medicinska insatser möjligheter att kunna arbeta i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet oavsett om huvudmannen är en kommunal, enskild, statlig eller regional aktör.

Om sådana strukturer för samverkan inte kan byggas upp för att överbrygga övergångar mellan vårdverksamheter eller om elevhälsans medicinska insatser inte har förutsättningar för att erbjuda insatser enligt programmet på ett likvärdigt sätt över landet kan ytterligare insatser för att skapa en mer sammanhållen hälsouppföljning behöva övervägas. Utredningen har därför även prövat möjligheten och lämpligheten med att verksamheten med hälsouppföljningen i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet hålls samman av en och samma regional huvudman. Med hälsouppföljning avses här de hälsokontroller och hälsosamtal som sker regelbundet inom mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicin-

ska insatser för att följa upp barn och ungas hälsoutveckling och att upptäcka de individer som behöver någon form av insats. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman med utgångspunkt från det nationella hälsovårdsprogrammet tar sikte på *vem* som erbjuder insatserna och *vad* de ska innehålla till skillnad från förslaget med ett nationellt hälsovårdsprogram som enbart tar sikte på *vad* barn och unga ska erbjudas. Nedan redovisas utredningen överväganden i denna del i sin helhet.

6.9.3 Vad skulle en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman innebära?

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen samordnar hälsouppföljningen av barns och ungas hälsoutveckling och välmående under hela uppväxttiden. Grunden för hälsouppföljningen skulle vara ett antal hälsobesök som genomförs med viss regelbundenhet. Vid hälsobesöken skulle allmänna hälsoundersökningar och hälsosamtal om barnets eller den unges hälsa och utveckling genomföras i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet som utredningen föreslår (se avsnitt 6.3 ovan). Syftet med hälsouppföljningen skulle vara att främja bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa inklusive sexuella hälsa, utveckling och livsvillkor hos alla barn och unga och förebygga ohälsa. Om behov av fördjupade insatser identifieras vid hälsoundersökning och hälsosamtalen skulle sådana insatser tillhandahållas eller initieras i samverkan med andra vårdnivåer. I praktiken skulle det innebära att regionen tar över ansvaret för den verksamhet med hälsobesök och vaccinationer för barn och unga i skolåldern som i dag genomförs av elevhälsans medicinska insatser. På så vis skulle regionen få det samlade ansvaret för hälsouppföljning och vaccinationer av barn och unga under hela uppväxttiden. Regionerna ansvarar redan i dag för den hälsouppföljning och de vaccinationer som tillhandahålls i mödrahälsovården och barnhälsovården. Det skulle bidra till en mer sammanhållen och kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning för barn och unga oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Det skulle också bidra till ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa och utveckling under hela uppväxttiden.

Utredningen bedömer att en mer sammanhållen, kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning skulle vara möjlig om regionerna tar över det samlade ansvaret för hälsouppföljningen och antalet aktörer som ansvarar för sådan hälsouppföljningen kraftigt minskar. Regionerna skulle då få en överblick över barns och ungas hälsoutveckling under hela uppväxttiden och kunna planera och samordna hälsouppföljningen med vård- och behandlingsinsatser för barn och unga på ett mer effektivt sätt. Det skulle underlätta förutsättningarna att planera och genomföra insatser på populations- och individnivå för att främja hälsa och förebygga ohälsa, kroniska eller långvariga sjukdomar på längre sikt på ett mer samordnat sätt. En mer sammanhållen hälsouppföljning och vaccinering med regionen som huvudman skulle också underlätta förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa och välmående både på individuell och aggregerad nivå på ett mer systematiskt och effektivt sätt, bland annat tack vare bättre möjligheter till ett gemensamt journalsystem inom en och samma huvudman. Det skulle dessutom skapa förutsättningar för att följa upp och utvärdera om de hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga är effektiva.

Utredningen har övervägt placering av en reglering för hälsobesök som skulle tillhandahållas med regionen som huvudman och bedömt att mycket talar för att hälso- och sjukvårdslagen inte är en lämplig författning för att reglera frågan. Bestämmelser om hälsoundersökning finns i dag i flera andra lagar, till exempel lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Det skulle kunna övervägas om sådana bestämmelser om hälsobesök ska placeras i en samlad lag eller om de hälsoundersökningar som här avses ska regleras i egen lag eller om annan ordning är lämplig.

Mer sammanhållna insatser för barn och unga

Utredningen bedömer att en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle bidra till att barn och unga får hälsofrämjande och förebyggande på mer likvärdiga grunder i landet. Det skulle också bidra till att barn och unga får mer sammanhållna och kontinuerliga vårdprocesser. Regionen skulle då ansvara både för

hälsouppföljning och att tillhandahålla fördjupade insatser när vårdbehov identifieras, vilket skulle underlätta förutsättningarna för samordning. I dagens system, där olika huvudmän ansvarar för olika delar i vårdprocessen, krävs en hög grad av samverkan för att vården ska kunna samordnas. Även övergångar och informationsöverföringen mellan vårdverksamheter skulle kunna underlättas med ett sammanhållet journalsystem för de verksamheter som berörs. Dessutom skulle övergången mellan barns och vuxnas hälso- och sjukvård underlättas om det förtydligades att den regionala huvudmannen skulle få det samlade ansvaret för att främja hälsa och förebygga och behandla ohälsa hos både barn och unga och vuxna.

Fördelar mer att lägga ansvaret för hälsouppföljningen på de regionala huvudmännen

Utredningen bedömer att det kan finns flera fördelar med att lägga ansvaret för barns och ungas hälsouppföljning på den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen. Som nämns ovan kan de regionala huvudmännen då samordna planeringen och organiseringen av hälsouppföljning av barn och unga under hela deras uppväxttid på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt och styra verksamheten utifrån gemensamma uppdrag, strategier och mål.

Inom regionen finns en stor kunskap och kompetens om hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård och dessutom de resurser som krävs för att kunna sätta in sådana insatser även på individuell nivå. Det handlar bland annat om insatser för att stödja utvecklingen av goda levnadsvanor och förebygga ohälsa på längre sikt. I dagens system hanterar elevhälsan hälsobesöken för barn i skolåldern och ansvarar därmed för att uppmärksamma behov av insatser till exempel för att främja goda levnadsvanor hos barnet eller den unge. Det är dock vanligt att det är hälso- och sjukvården som tillhandahåller insatserna, till exempel i form av en dietistkontakt, fysioterapeut eller allergikonsultenter med flera. När ansvaret för att uppmärksamma behov och ansvaret för att tillhandahålla insatser delas mellan olika aktörer finns risken för att insatser inte sätts in i ett tillräckligt tidigt skede för att förebygga behovet av mer fördjupade insatser. En sådan uppdelning mellan flera aktörer i en vårdprocess är inte effektivt eller långsiktigt hållbart.

Regionen ansvarar i dag för de hälsobesök som sker inom mödrahälsovården och barnhälsovården. Det finns därför en uppbyggd organisation och kompetens när det gäller hälsobesök och en struktur för att kalla familjer och barn till hälsobesök. Den nära relationen som mödrahälsovården och barnhälsovården ofta bygger upp med familjer och barn i det tidiga livet skulle kunna ligga till grund för en fortsatt hälsouppföljning för barn och unga i skolåldern. Utredningen erfar att vårdnadshavare upplever att denna trygghet bryts när ansvaret för hälsouppföljningen flyttar från barnhälsovården till skolan och elevhälsans medicinska insatser och att det inte finns samma förutsättningar för kontinuerliga samtal om barnets hälsa. Skolan genomför visserligen regelbundet samtal med vårdnadshavare om elevernas utveckling mot utbildningens mål och i dessa samtal ska även elevens sociala situation tas upp. Inför hälsobesöket förekommer vanligen också kontakt med vårdnadshavare, oftast skriftligt, för att få allmän information om barnets hälsa och utveckling. Utredningen bedömer dock att kontakten med vårdnadshavare med anledning av hälsobesöket behöver utvecklas för att barns samlade hälsosituation bättre ska kunna främjas. I detta behöver också barnets autonomi och integritetsaspekter i förhållande till vårdnadshavare beaktas.

Det skulle vidare vara en fördel att regionens verksamhet kan vara tillgänglig året runt och finnas till hands om barnet eller den unge behöver stöd eller insatser. Verksamheten omfattar också alla barn och unga oavsett skola eller annan sysselsättning. Den hälsouppföljningen som sker i skolan gäller barn och unga som genomgår utbildning inom skolväsendet och unga personer som varken arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt omfattas inte. Tillgången till elevhälsan för stöd och hjälp är oftast mer begränsad under skollov och andra feriedagar.

Sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle ligga i linje med det omställningsarbete som nu pågår inom hälso- och sjukvården som innebär att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. I proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/2020:164) framgår att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med övrig hälso- och sjukvård och

socialtjänst.[136] Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle kunna bidra till att skapa en tydlig plattform i primärvården för arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det skulle också kunna utgöra en förebild för att utveckla arbetet med hälsofrämjande arbetet i primärvården i stort. Inom ramen för en sådan satsning kan digitala vårdinsatser utvecklas och testas. Omställningsarbetet pågår men skulle behöva komma längre för att primärvården skulle kunna ta ansvar för en sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga.

Det finns synergieffekter mellan utredningens bedömning att primärvården bör ansvara för vård och behandling av psykiska vårdbehov och en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman. Hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle skapa förutsättningar för primärvården att uppmärksamma psykisk ohälsa hos barn och unga och att snabbt kunna sätta in insatser. Det skulle dessutom skapa förutsättningar för regionen att bygga upp en kunskap om utvecklingen av barns och ungas psykiska ohälsa vilket är en fördel för planeringen och organiseringen av vården och möjligheterna att kunna tillgodose barns och ungas behov både inom primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att en sådan sammanhållen hälsouppföljning skulle bidra till att den breda barn- och ungdomskompetensen utvecklas och förstärkas i primärvården som helhet och att primärvården kan bygga upp en tätare kontakt med skolan kring barn och ungas hälsa och utveckling.

Elevhälsans medicinska insatsers förutsättningar att genomföra hälsofrämjande och förebyggande verksamhet förstärks

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle visserligen innebära att skolan och elevhälsans medicinska insatser inte längre ansvarade för att erbjuda hälsobesök och vaccina-

[136] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (s. 32).

tioner, men inte några andra förändringar i skollagen när det gäller elevhälsans uppdrag eller tillgången till elevhälsans professioner.

En sammanhållen hälsouppföljning skulle innebära att elevhälsans roll och ansvar renodlades till att i första hand stödja eleverna utveckling mot utbildningens mål. Det skulle också innebära bättre förutsättningar för elevhälsans medicinska insatser att genomföra hälsofrämjande och förebyggande insatser på bred front i skolan. Utredningen bedömer att det skulle ligga i linje med den utveckling som skett av elevhälsans medicinska insatser sedan införandet av elevhälsa som begrepp i skollagen 2010.

Ett samlat huvudmannaskap för primärvårdens aktörer och elevhälsan medicinska insatser med regionen som huvudman, som adresseras i avsnitt 6.8, som skulle innebära att elevhälsans medicinska insatser som helhet inklusive professionerna flyttas från skolan till regionen. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle däremot innebära att endast vissa arbetsuppgifter flyttas från skolan till regionen. Ansvaret för elevhälsans samtliga verksamhetsgrenar skulle därmed hållas ihop under ett gemensamt huvudmannaskap och rektorn skulle fortsatt ha det övergripande ansvaret för elevhälsans samtliga verksamhetsgrenar. Det skulle underlätta styrningen och ledningen av elevhälsans samlade verksamhet. Det skulle också finnas bättre förutsättningar för att utveckla verksamheten med hälsofrämjande skolutveckling och skolan som en central skyddsfaktor för god hälsa jämfört med i dag.

Utredningen bedömer sammantaget att professionen inom elevhälsans medicinska insatser skulle få bättre förutsättningar att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på alla nivåer i skolan, från utformningen av policydokument till generella och riktade insatser till barn och unga med utgångspunkt från de behov som finns i den aktuella elevgruppen. Det skulle vidare ge professionerna goda förutsättningar att ingå i tvärprofessionella elevhälsoteam som kan göra allsidiga bedömningar av elevers behov och tillsammans med den elevstödjande verksamheten i övrigt initiera och genomföra hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Elevhälsans medicinska insatser skulle i högre grad än i dag kunna bidra till utvecklingen av goda lärandemiljöer för alla elever och vid behov mer anpassade lärandemiljöer för elever med skolsvårigheter. Insatser för att skapa goda lärandemiljöer för alla elever med en genomtänkt och anpassad arbetsbelastning under terminen kan min-

ska barns och ungas stress och oro som är kopplad till utbildningssituationen. Det kan också handla om stöd till elever att planera och prioritera i sina studier, studieteknik och andra insatser för lärande. I detta skulle skolsköterskans kunskap och kompetens om olika sjukdomar och funktionsnedsättningar och hur dessa kan påverka elevernas förutsättningar för lärande vara central och en förutsättning för att kunna anpassa undervisningssituationen för alla elever.

Det medicinska perspektivet skulle vara starkt och närvarande även om hälsobesök inte utförs. Skolsköterskan och skolläkaren skulle fortfarande, utifrån medicinska bedömningar av barn och unga som uppmärksammas i skolmiljön, tidigt identifiera fysisk och psykisk ohälsa eller annan ogynnsam utveckling som kräver remittering för vidare utredning.

Utredningen bedömer också att det utrymme som skapas när elevhälsans medicinska insatser inte längre ansvarar för hälsobesöken skulle ge professionerna, i synnerhet skolsköterskan, möjlighet att vara mer närvarande i skolmiljön där eleverna befinner sig, i undervisningssituationen och i skolans lokaler i övrigt och på så sätt kontinuerligt lära känna och följa utvecklingen av elevers hälsa och mående. I detta skulle även kunna ingå att utveckla nya former av tillgänglighet på elevernas villkor så att deras anonymitet, integritet och skydd säkras samt tillitsfulla möten kan uppstå.

En sammanhållen hälsouppföljning skulle dessutom ge professionerna möjligheter att utveckla former för samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser, hälso- och sjukvården i övrigt och socialtjänsten med flera. Utredningen bedömer att sådan samverkan är central för förutsättningarna att tillgodose barns och ungas vårdbehov på ett samordnat och kontinuerligt sätt. Det underlättar för vårdnadshavarna som i dag tar ett mycket stort ansvar för samordningen av vårdinsatser.

Utredningen ställer sig också bakom förslag om elevhälsa som Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven har lagt fram i betänkandet Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning (SOU 2021:11). Utredningen bedömer att förslagen understödjer en utveckling av en förstärkt elevhälsa som stödjer elevernas utveckling mot utbildningens mål. Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven föreslår att elevhälsans uppdrag ska förtydligas

på så sätt att elevhälsans arbete ska bedrivas på individ, grupp och organisationsnivå och bland annat omfatta insatser riktade till enskilda elever, grupper av elever och till pedagoger. Det föreslås vidare att elevhälsan ska bidra med tvärprofessionell kompetens om elevernas fysiska, psykiska och psykosociala hälsa, om hinder för elevernas lärande, utveckling och hälsa och om de övergripande förutsättningarna för lärande, utveckling och hälsa på skolan. Det föreslås även att elevhälsan ska samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För att ytterligare styra tillgången till elevhälsans lagstadgade kompetenser föreslår utredningen också en numerär reglering av tillgång till elevhälsan som innebär en högre tillgång till elevhälsa jämfört med i dag. Förslaget anger att en skolläkare får ansvara för högst 7 000 elever, en skolsköterska för högst 430 elever, en psykolog för högst 1 000 elever och en kurator för högst 400 elever. Utredningen föreslår dessutom att det ska vara obligatoriskt för skolans huvudmän att redovisa tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator på skolenhetsnivå.

Organisering och planering av hälsouppföljningen i regionerna

Som framgår ovan skulle en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman innebär att regionen får ansvar för att planera och organisera hälsouppföljningen för barn och unga under hela uppväxttiden. Hur detta skulle gå till är förstås en fråga för regionen eftersom detta ansvar faller inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Utredningen bedömer dock att sådan hälsouppföljning för barn i skolåldern skulle kunna genomföras på flera sätt. Regionen skulle till exempel kunna utöka barnhälsovårdens ansvar till att omfatta barn längre upp i åldrarna. Det är en fördel att barnhälsovården har en lång tradition av folkhälsoarbete och en väl uppbyggd verksamhet som bygger på de tre insatsnivåer (universell, selektiv och indikerad) som utredningen föreslår ska gälla för all hälsovård som riktas till barn och unga (se även förslag om nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga, avsnitt 6.3). Barnhälsovården har också en väl uppbyggd kunskap och kompetens om föräldraskapsstöd vilket är centralt för att kunna stödja vårdnadshavare när det gäller deras barns psykisk och fysiska hälsa och sociala välmående. Dessutom har barnhälsovården en nära samverkan med

socialtjänsten och väl uppbyggd uppsökande verksamhet. Det är betydelsefulla faktorer och en fördel när det gäller att nå och stödja familjer som lever i socioekonomisk utsatthet.

För de äldre barnen eller unga personer skulle ungdomsmottagningarna kunna få ett utökat ansvar. Detta kräver förstås också att det finns tillgång till läkarresurser och sjuksköterskekompetens på ungdomsmottagningarna. En stor fördel med att låta ungdomsmottagningarna hantera hälsobesök för äldre barn och unga personer är ungdomsmottagningarnas utvecklade ungdomskompetens och förmåga att skapa en förtroendefull kommunikation med unga och en personcentrerad vård. Ungdomsmottagningarna skulle också kunna tillföra kunskap kring sexuell hälsa och hur detta skulle kunna beaktas i hälsobesöken.

Ett annat alternativ skulle kunna vara att vård- och hälsocentraler ansvarar för verksamheten vilket ytterligare underlättar närheten till vård- och behandlingsinsatser. Regionen skulle också kunna utveckla nya former av samverkan med skolhuvudmännen för att skapa förutsättningar för att hälsobesök och vaccinationer och annan vård och behandling kan tillgängliggöras i skolan, nära barn och unga i deras vardag. Det skulle också ligga väl i linje med omställningsprocessen till en god och nära vård.

Vaccinationer av barn och unga med regionen som huvudman

Vaccinationer är en hörnsten i det preventiva arbetet och den mest effektiva förbyggande insatsen för att skydda barn och unga från allvarliga smittsamma sjukdomar. Alla vacciner som erbjuds till barn och unga är gratis och frivilliga i Sverige. Vaccinationstäckningen bland barn är god i landet och som en följd av det har vi få fall av allvarliga smittsamma barnsjukdomar. Folkhälsomyndigheten utfärdar föreskrifter om vaccination i enlighet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn (HSLF-FS 2016:51). Av föreskriften framgår att regionen respektive huvudmannen för elevhälsan ansvarar för att erbjuda vaccinationer i olika åldrar. Vaccinationsprogrammet är i kontinuerlig förändring beroende på vilka vacciner som tas fram och smittskyddsläget. De senaste förändringarna har rört både regionens (barnhälsovårdens) åtagande när det gäller rotavirus och hepatit B samt pneumokocker, men också skolhuvudmännens

åtagande när det gäller Humant papillomvirus (HPV). Vissa vaccin läggs till av regionerna själva genom överenskommelser och på rekommendationer från myndigheten, medan andra förs in i det nationella vaccinationsprogrammet. Huvudmännen ska enligt föreskriften fastställa rutiner som säkerställer att barnet erbjuds kompletterande vaccination mot sjukdomar om ett barn inte har vaccinerats enligt det vaccinationsschema som ingår i det allmänna barnvaccinationsprogrammet upp till 18 års ålder. Ett sådant uppsökande och motiverande arbete sker båda av barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser i dag. Vaccinationer av särskilda riskgrupper och andra doser än i det nationella vaccinationsprogrammet ansvarar regionen för. 2014 ändrades inrapporteringssystemet från manuell inrapportering till ett nationellt digitalt vaccinationsregister. Det är obligatoriskt att rapportera alla vaccinationer inom programmet till registret men underrapportering förekommer, främst av tekniska orsaker. Enligt den senaste sammanställning av HPV-vaccinationer ligger täckning för en dos över 88 procent och för två doser på 83 procent. Andra vaccinationer i skolan såsom mässling-påssjuka-röda hund (MPR) och difteri-stelkramp-kikhosta (dTP) följs men resultat har inte publicerats. Uppskattningsvis har minst 90 procent av nioåringarna en MPR-vaccination rapporterad till registret och lika hög andel 16-åringar har en dTP-vaccination i registret.

Det finns forskningsunderlag från Sverige gällande just HPV som talar för att en högre täckningsgrad och minskade socioekonomiska skillnader om vaccinationerna utförs i skolan, jämfört med om de utförs utanför skolan.[137] Det finns också exempel från Storbritannien där vaccinationsteam med regionen som huvudman utför vaccinationer i skolåldrarna och på skolan med god täckningsgrad och uppsökande arbete.[138]

Utredningen bedömer att en förutsättning för att regionen skulle kunna överta ansvaret för vaccinationerna är att de erbjuds på plats i skolan. Risken är annars uppenbar att vaccinationstäckningen skulle kunna sjunka om vaccinationen inte erbjuds på plats i skolan. Utredningen bedömer att vaccinationerna skulle kunna vara ett praktiskt exempel på hur regionen kan samarbeta på plats i skolan med

[137] Wang et al. (2019): *Mode of HPV vaccination delivery and equity in vaccine uptake: A nationwide cohort study.*
[138] Midlands Partnership NHS Foundation Trust (2021): *School Age Immunisation Team* (Hämtad 2021-04-12).

elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har övervägt om ett alternativ skulle kunna vara att ansvaret för vaccinationer kvarstår hos skolhuvudmannen, även om hälsobesök och ansvar för hälsouppföljning flyttas. Utredningen bedömer dock att den regionala huvudmannen skulle behöva ta ett samlat grepp om hela hälsouppföljningen inklusive vaccinationerna för att kunna tillgodose barns och ungas behov. Det skulle också vara en förutsättning för att kunna renodla ansvaret för den breda hälsouppföljningen med regionen som huvudman från uppdraget att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål som är elevhälsans ansvar. Huvudmännen för regional hälso- och sjukvård skulle då också kunna ta ett mer samlat grepp om alla vaccinationer, inklusive riskgrupper och nya vacciner.

Finns det invändningar mot en sammanhållen hälsouppföljning?

I utredningens dialoger har vissa invändningar lyfts mot en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman. Till dessa invändningar hör bland annat enkelheten i att utföra hälsobesök och vaccinationer i skolmiljön och risken för att barn och unga inte kommer till hälsobesöken eller får sina vaccinationer om de skulle flyttas till regionen. Alla barn och unga finns i skolan vilket gör att hälsobesöken lättare planeras och genomföras utan vårdnadshavares medverkan. Dessutom kan skolsköterskan bygga upp en förtroendefull kommunikation med eleverna i skolmiljön. Detta är relevanta invändningar.

Utredningen bedömer att det skulle vara möjligt för regionen att genomföra hälsosamtalen i skolmiljön med stöd av överenskommelser med skolhuvudmännen. Utredningen konstaterar dock att skol- och vårdvalet utgör svårigheter för regionen i den praktiska planeringen och genomförandet av hälsobesöken i skolan. Vårdvalet innebär bland annat att barn och unga i en skola kan vara listade på flera olika primärvårdsenheter och att flera olika vårdgivare därmed skulle behöva få tillgång till skolans lokaler för att kunna genomföra hälsobesöken i skolan. Motsvarande svårigheter i förhållande till vårdvalet förekommer när det gäller primärvårdens ansvar att tillhandahålla läkare eller andra kompetenser i äldreomsorgen, jourcentraler eller familjecentraler. Utredningen erfar att vårdcentralerna ofta löser detta i lokala samverkansgrupper genom en

inbördes överenskommelse om vilka vårdcentraler som ska bistå med olika kompetenser till äldreboenden, jourcentraler och familjecentraler. Vårdcentralerna får då i praktiken ett slags områdesansvar för de aktuella vårdverksamheterna. Utredningen bedömer att regionen skulle kunna hämta inspiration från detta vid planeringen och genomförande av hälsobesöken tillsammans med utförare i primärvården och de olika skolhuvudmännen. Samverkan om hälsobesöken skulle också kunna vara ett sätt att driva på och utveckla samverkan mellan de regionala hälso- och sjukvårdshuvudmän och skolhuvudmän i stort. En väl utvecklad samverkan mellan dessa aktörer är en central förutsättning för att stödja barn och ungas hälsa, utveckling och lärande både på övergripande nivå, grupp- och individnivå, se även utredningens förslag om att förtydliga regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän. Det kan handla om att skapa former för samverkan, utbyta kunskap om barns och ungas hälsa för att kunna utforma riktade hälsofrämjande och förebyggande insatser och nödvändig informationsöverföring som berör barnets eller den unges hälsa och lärande. På samma sätt som i dag är det då möjligt att dela sådan information med stöd av samtycke från barnet eller den unge och dess familj.

Utredningen bedömer att det också skulle vara lämpligt att vårdnadshavare i högre grad deltar vid hälsobesöken än vad som sker i dag. Barns och ungas nära relationer, familjeliv och livssituation påverkar deras utveckling, hälsa och lärande. Vårdnadshavares medverkan och delaktighet i hälsobesöken är därmed betydelsefullt. Barnet eller den unge kan inte heller förväntas ta hela ansvar för sin hälsa och utveckling. Förmågan att förmedla information om till exempel sin egen sjukdomshistoria, medicinering eller liknande eller att ta ansvar för den information som skolsköterskan ger om goda levnadsvanor varierar med det enskilda barnets ålder och mognad. Barnets levnadsvanor är också beroende av familjens förutsättningar, behov och kunskaper och kan inte hanteras på ett tillräckligt bra sätt utan vårdnadshavares medverkan. Möjligheten för äldre barn att genomföra hälsosamtal utan vårdnadshavares närvaro skulle dock fortsatt behöva gälla och bedömas med utgångspunkt från barnets ålder och mognad och samtalets innehåll. Det kan till exempel vara känsligt att samtala om frågor som rör sexuell eller reproduktiva hälsa, psykisk ohälsa eller liknande i vårdnadshavarnas närvaro.

Om barnet inte skulle delta vid ett hälsobesök bedömer utredningen att hälso- och sjukvården har ett ansvar för att söka upp barnet och dess familj. Sådan verksamhet förekommer redan i dag inom barnhälsovården. Riksdagen har med anledning av regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/2020:164) uttryckt ett behov av att primärvården utvecklar sin uppsökande verksamhet.[139] Vid upprepad frånvaro skulle även en orosanmälan om omsorgssvikt kunna göras till socialtjänsten. Så sker i dag till exempel i barnhälsovården och i tandvården. Det kan också tilläggas att barn och familjer i huvudsak kommer till barnhälsovårdens besök och att barn också i mycket hög grad kommer till tandvårdens kontroller trots att dessa verksamheter är förlagda vid sidan av förskole- och skolverksamheten.

Den förtroendefulla kommunikation som kan byggas upp mellan skolsköterskan och eleverna utgör också en adekvat invändning. Invändningen är dock bara relevant om skolsköterskan finnas på plats i skolmiljön och träffar eleverna regelbundet, inte bara vid själva hälsobesöket som enligt skollagen ska ske minst en gång vart tredje år. Förutsättningarna för att bygga upp en sådan relation försämras om skolsköterskan endast finns på plats vissa dagar i veckan eller ännu mer sällan. Det är dock inte ovanligt att så är fallet. Dessutom visar Skolinspektionens granskningar och utredningens dialoger med barn och unga inte alltid har förtroende för att öppna sig och berätta om sina problem eller behov för elevhälsans personal eftersom de befarar att denna information kan komma spridas vidare till lärare och övrig personal på skolan.[140] Inom skolan finns också en sekretessbrytande bestämmelse som gör det möjligt för personalen inom elevhälsans medicinska insatser att informera om problem och behov som framkommer till exempel vid hälsobesöken om de kan påverkar barnets eller den unges lärandet på något sätt enligt 25 kap. 13 a § lagen om offentlighet och sekretess. Denna bestämmelse är förstås också viktig för att skolsköterskan eller skolläkaren ska kunna informera rektor och lärare om hälsoaspekter hos ett barn eller ung person som kan ha betydelse för möjligheten att nå utbildningens mål. Utredningen bedömer att det skulle finnas goda förutsättningar för personal i de regionala verksamheterna att bygga en

[139] Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, rskr 2020/21: 61.
[140] Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, rapport 2015:05.

upp en sådan förtroendefull kommunikation. Till exempel har både personalen vid barnavårdscentralerna och ungdomsmottagningarna mycket god kunskap och kompetens om att bygga upp ett sådant förtroende med barn, unga och deras familjer.

Ytterligare en invändning mot sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman är att en sådan förändring på sikt skulle kunna dränera elevhälsans medicinska insatser på kompetens. Utredningen bedömer dock att elevhälsans verksamhet snarare skulle behöva förstärkas för att kunna fullfölja sitt uppdrag på ett adekvat sätt. Utredningen stödjer därför förslag från Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) som bland annat föreslår att en lägstanivå för tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. På så vis säkras tillgången till professionerna inom elevhälsan och dess medicinska insatser och förutsättningarna för att arbeta i team med hälsofrämjande och förebyggande insatser förbättras. Vid en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle elevhälsans medicinska insatser i högre grad kunna utveckla arbetet med universella och riktade hälsofrämjande och förebyggande insatser på gruppnivå. Det skulle till exempel kunna handla om program om levnadsvanor, ångestskola, avslappning, information och kunskapshöjande insatser om psykisk hälsa och olika former av självhjälp för barn och unga. Det skulle ligga i linje med skolans styrdokument i form av läroplaner och kursplaner där det bland annat framgår att skolan har ett ansvar för att främja hälsa på universell nivå. Det kan också handla om att utveckla anpassningar och stöd i undervisningssituationen för barn och unga med funktionsnedsättning, kroniska sjukdomar eller andra långvariga sjukdomar och psykosociala och komplexa behov.

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att tid frigörs för personalen i elevhälsans medicinska insatser. Denna tid skulle kunna användas till att professionen i högre grad finnas tillgänglig i klassrummet eller i skolans lokaler i övrigt. Det underlättar förutsättningarna att lära känna eleverna, följa deras hälsoutveckling och uppmärksamma behov av insatser kontinuerligt och i ett tidigt skede. Elevhälsan skulle också i ökad grad kunna delta i undervisningen om alkohol, tobak, droger, övriga levnadsvanor och sex- och samlevnadsundervisningen, värdegrundsfrågor m.m. Dessutom bedömer utredningen att det skulle frigöra tid för personalen inom elevhälsans medicinska insatser att samverka

med den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten när barn och unga har behov av insatser från fler verksamheter och att vid behov stödja barn och unga med slussning till vårdverksamheter i hälso- och sjukvården i övrigt. Det är centralt för barn och unga att sådan samverkan kommer tillstånd och för vissa barn och unga en förutsättning för att de ska få sina behov tillgodosedda. Det skulle underlätta förutsättningarna att skapa bryggor och kommunikation mellan region, skola och kommun i det gemensamma uppdraget att bevara och förbättra barn och ungas hälsa. En starkare primärvård skulle också kunna bli ett bollplank och en tydligare partner för elevhälsan att samverkan med. Genom utredningens förslag om en nära och tillgänglig specialistvård stöttas dessutom både primärvård och skola och elevhälsans medicinska insatser tydligare och tidigare i triagering och tidiga insatser.

Företrädare för skolsköterskor och skolläkare har också invänt att hälsobesöken är ett naturligt tillfälle för skolsköterskan att samla in information om barns och ungas hälsa och att denna information är viktig för att kunna stödja barnet eller den unge i skolsituationen. Dessutom kan sådan information ligga till grund för universella och riktade hälsofrämjande insatser. Utredningen förstår att hälsobesöken utgör en möjlighet för skolan att samla in information om barns och ungas hälsotillstånd som kan ha betydelse för deras skolgång och för förutsättningarna att planera och genomföra hälsofrämjande insatser. Utredningen konstaterar dock att uppföljningar visar att den information som samlas in vid hälsobesöken sällan ligger till grund för hälsofrämjande insatser för eleverna i skolan. Det finns också en risk för att information om barns och ungas hälsoutveckling inte tas om hand i skolan om den inte har betydelse för förutsättningarna att lära eftersom elevhälsan inte har ansvar eller förutsättningar för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsinsatser. Ur integritetssynpunkt är det viktigt att skolan endast samlar in sådan information om barns och ungas hälsa som kommer till användningen i elevhälsan eller i skolverksamheten i övrigt.

Utredningen vill också lyfta fram att den informationen som samlas in vid hälsobesöken är central för regionen och dess förutsättningar att kunna planera och organisera riktade vård- och hälsoinsatser på effektivt sätt för barn och unga. Det finns dock inget systematiskt informationsutbyte mellan skolhuvudmännen och regionen om barns och ungas hälsoutveckling och den information

som framkommer vid hälsobesöken. Utredningen bedömer vidare att elevhälsan skulle kunna samla in sådan information om barns och ungas hälsa som har betydelse för undervisningssituationen på andra sätt, till exempel genom hälsoenkäter och olika riktade hälsosamtal i samband med att skolsvårigheter har uppmärksammats i undervisningssituationen eller på annat sätt. Det är redan i dag mycket vanligt att skolorna genomför sådana allmänna hälsoenkäter i samverkan med kommuner och i vissa fall regioner. Utredningen bedömer också att uppföljning av skolsvårigheter i bred bemärkelse behöver ske kontinuerligt i skolan och att hälsobesöken som enligt lag ska ske minst en gång var tredje år är alldeles för sällan för sådan uppföljning. Detta är särskilt angeläget för barn och unga som har skolsvårigheter eller kommer från familjer i socioekonomisk utsatthet. Elevhälsans personal behöver också finnas på plats där eleverna finns i skolan, på lektioner och raster för att söka upp och samtala med eleverna och bygga förtroendefulla relationer.

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle kunna innebära att elevhälsans verksamhet i än högre grad fokuserar på elevernas utveckling mot utbildningens mål. Det skulle kunna innebära att elevhälsans verksamhet ytterligare distanseras från hälso- och sjukvården i övrigt. Utredningen bedömer dock att det är rimligt att skolan fokuserar på sitt kärnuppdrag och att elevhälsan stödjer utvecklingen av goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande i enlighet med den utveckling som har skett sedan elevhälsa infördes i skolan. Sådana insatser främjar också psykisk hälsa vilket är bra för alla elever men i synnerhet för elever med olika skolsvårigheter.

Utredningen bedömer att hälsobesöken med regionen som huvudman sannolikt skulle utföras i primärvården och att det då kan ifrågasättas om primärvården har resurser för uppdraget och den barnkompetens som krävs. Utredningen konstaterar att insatser för att förebygga ohälsa redan omfattas av primärvårdens ansvar. Regeringen och riksdagen har också uttryckt att primärvården i än högre grad bör arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Dessutom erfar utredningen att det finns en beredskap i primärvården i dag att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Verksamheten med hälsobesök skulle dessutom kunna vara ett naturligt sätt för regionen att utveckla arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i den regionala hälso- och sjukvård.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges tidigt, redan till barn och unga, får dessutom långsiktigt positiva konsekvenser för hälsoutvecklingen för befolkningen i stort. Det påverkar därmed också inflödet i hälso- och sjukvården och en minskad arbetsbelastning på längre sikt. I utredningens dialoger med verksamhetsföreträdare har det framkommit att primärvården bör vara vägen in för alla vanligt förekommande vårdbehov och en stark part när det gäller hälsofrämjande arbete för barn och unga.

När det gäller barnkompetensen i primärvården vill utredningen på nytt lyfta fram att sådan kompetens redan finns både inom barnhälsovården och ungdomsmottagningarna. Dessutom utgör barn och unga en stor del av vård- och hälsocentralernas besökare och barnkompetens är därför redan i dag ett krav på denna verksamhet. Regionernas omställning till en god och nära vård har också en avgörande betydelse för utvecklingen av primärvården och ska bland annat innebära en omfördelning av resurser till primärvården så att vården kan ges nära befolkningen. Det är en förutsättning för utvecklingen av den nära vården i stort och för vård som riktas till barn och unga. Omställning till en god och nära vård har fastslagits av riksdagen genom beslut om propositionerna Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83) och Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) och främjas genom stimulansmedel i olika överenskommelser som regeringen har ingått med SKR.[141]

Det finns inga enkla lösningar i ett komplicerat system

Sammanfattningsvis konstaterar utredningen att det inte finns några enkla lösningar i ett komplicerat system med flera huvudmän och många vårdverksamheter som arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och budgetvillkor. Utredningen bedömer dock att det inte är hållbart att avstå från insatser bara för att det inte finns några självklara lösningar. Problemen med fragmentisering i barn- och ungdomshälsovården och behovet av en mer sammanhållen vård har lyfts fram av olika utredningar sedan början av 1980-talet, (se även Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter kap. 2). Sedan dess har

[141] Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU22 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, rskr 2017/18:294 och Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, rskr 2020/21:61.

fragmentiseringen i systemet förstärkts ytterligare till följd av det fria skol- och vårdvalet. Denna utveckling har på många sätt varit positiv och lett till en mångfald av utförare och valmöjligheter för den enskilde individen men det har också bidragit till fragmentiseringen och en risk för att barn och unga faller mellan stolarna och inte får sina behov tillgodosedda.

I ett fragmentiserat och komplext system är samverkan mellan de olika vårdverksamheterna helt avgörande för att få till stånd en mer sammanhållen vård. Det paradoxala i sammanhanget är dock att samtidigt som ett komplext system förutsätter samverkan är det svårare att samverka i ett komplext system till följd av mängden aktörer. Mycket talar därför att ytterligare insatser för att stärka samverkan mellan vårdverksamheterna och samordningen av vårdinsatser till barn och unga inte är tillräckligt för att komma tillrätta med fragmentiseringen och de samordningsproblem som finns. I ett fragmentiserat och komplext system med många aktörer är det också svårt att upprätthålla likvärdigheten när det gäller de insatser som erbjuds barn och unga. Det är särskilt tydligt när det gäller tillgången till och kvaliteten på elevhälsans medicinska insatser. Skolhuvudmännen och skolorna förmår inte att erbjuda elevhälsa som motsvarar elevernas behov på ett likvärdigt sätt i landet och att den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten får ofta stå tillbaka för andra insatser. Dessutom har elevhälsan under de senaste tio åren i mångt och mycket utvecklats till något om skulle kunna liknas vid elevernas företagshälsovård och insatser som stödjer elevernas utveckling mot utbildningens mål.

Utredningen bedömer att det finns viktiga fördelar med att hålla samman verksamheten med hälsobesök ur ett barnrättsperspektiv och ungdomsperspektiv. Det handlar bland annat om att uppföljning av barns och ungas hälsa blir mer samordnad och likvärdig och att hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga enklare kan följas upp över tid. Det är en förutsättning för att insatser som ges till barn och unga ska kunna utvecklas, kvalitetssäkras och utvärderas. Dessutom handlar det om att ansvaret för att uppmärksamma behov och initiera insatser och tillhandahålla vård och behandling samlas till vårdverksamheter under en och samma huvudman vilket underlättar planering, organisering och styrning av verksamheten. Det tydliggör ansvarsfördelningen mellan de olika huvudmännen och underlättar förutsättningarna för att samordna

barns och ungas vårdprocesser. Organisatoriska förutsättningar, som till exempel olika uppdrag, budgetvillkor och förutsättningar i övrigt utgör ofta hinder för samverkan. Ur ett barnrättsperspektiv och ungdomsperspektiv är det också centralt att barn och unga erbjuds hälsofrämjande och förebyggande insatser som särskilt tar sikte på deras hälsa och välmående, oavsett om hälsan påverkar barns och ungas förutsättningar att lära eller inte, och att sådana insatser tillhandahållas av en verksamhet som har kompetens- och resursmässiga förutsättningar för uppdraget.

Mot den bakgrunden bedömer utredningen att det måste till förändringar i systemet om det ska kunna uppfylla vissa grundläggande villkor om jämlikhet, kontinuitet och effektivitet. Utredningen bedömer dock att tiden ännu inte är mogen för att genomföra en satsning på en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman under barns och ungas hela uppväxttid. Det beror bland annat på att primärvården ännu inte är tillräckligt resurssatt för ett sådant uppdrag. Utredningen bedömer dock att den omställningsprocess som nu pågår inom hälso- och sjukvården till en god och nära vård på sikt kommer att leda till att förutsättningarna i primärvården stärks. Utredningen bedömer också att förslaget från utredningen om en samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) om att synliggöra primärvårdens ansvar för vanligt förekommande psykiska vårdbehov bör leda till att primärvården förstärks med kompetenser och övriga resurser som krävs för att kunna tillgodose barns och ungas vårdbehov. Utredningen bedömer dessutom att en sådan sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman förutsätter en stark elevhälsa med ett tydligt uppdrag att arbeta hälsofrämjande och förebyggande på grupp- och individnivå. Utredningen stödjer därför de förslag som lagts fram av utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven i betänkandet Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning (SOU 2021:11) när det gäller förtydligat uppdrag för elevhälsan, än lägsta numerär tillgång till elevhälsans professioner och att det ska vara obligatoriska för skolans huvudmän att redovisa tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator på skolenhetsnivå.

Utredningens huvudförslag är att samtliga berörda aktörer samlas för att utveckla och implementera ett gemensamt och nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser

till barn och unga under hela uppväxttiden, (se även nationellt hälsovårdsprogram, avsnitt 6.3. Detta förutsätter att samtliga parter tar ansvar för att implementera hälsovårdsprogrammet i sin verksamhet och att nödvändiga samverkansstrukturer byggs upp så att alla barn och unga får sina behov tillgodosedda. Utredningen bedömer att en kontrollstation bör byggas in i arbetet med det nationella programmet för att följa upp och utvärdera om arbetet med programmet har lett till önskade effekter. Om så inte är fallet bör regeringen överväga möjligheten att genomföra förändringen med en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman för barn och unga.

En viktig förutsättning för det nationella programmet är att ett välfungerande partnerskap utvecklas mellan elevhälsans medicinska insatser och primärvårdens aktörer för barns och ungas bästa. Utredningen föreslår också en skyldighet för regionen att samverka med skolhuvudmännen vid organiseringen och planeringen av hälso- och sjukvården. Ett viktigt syfte med sådan samverkan är att huvudmännen skapar förutsättningar för att utveckla bättre samverkansformer och olika former av samarbeten mellan bland annat primärvårdens aktörer och skolor och effektiva former för samordning av vårdinsatser för barn och unga mellan berörda vårdgivare. I detta ingår också att samverka kring insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga samt att komma överens om hur primärvården kan vara mer närvarande i skolan. En sådan utvecklad närvaro i skolan är central för att primärvården ska kunna erbjuda hälsobesök till barn och unga i skolmiljön

Utredningen konstaterar att de förslag som utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskravens lägger fram förstärker utvecklingen av en mer renodlad elevhälsa som i högre grad tar sikte på elevers utveckling mot utbildningens mål. Utredningen bedömer dock att det fortsatt kommer att vara svårt för skolhuvudmännen att erbjuda en likvärdig elevhälsa i landet, inte minst på grund av att det finns så många skolhuvudmän med små resurser och förutsättningar att erbjuda samtliga professioner i elevhälsan. Sammantaget talar detta för att elevhälsans uppdrag i sin helhet behöver ses över. I detta bör ingå att stärka de medicinska insatsernas roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som ska bidra till att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.

6.9.4 Konsekvensbeskrivningar av sammanhållen hälsouppföljning

Nedan följer en beskrivning av de konsekvenser som ett införande av en sammanhållen hälsouppföljning skulle kunna innebära, inklusive ekonomiska konsekvenser. För ytterligare konsekvensbeskrivningar se även avsnitt 6.9.3.

Alternativa förslag

Utredningen konstaterar att dagens system där flera huvudmän och vårdverksamheter ansvarar för hälsouppföljningen av barn och unga inte är tillräckligt samordnat, jämlikt eller effektivt. Tillgången till och kvaliteten på hälsofrämjande och förebyggande insatser varierar både inom och mellan olika huvudmän och under barnets eller den unges uppväxttid. Till exempel har barnhälsovården ett utvecklat nationellt program för hälsovård, motsvarande finns inte för barn och unga i skolåldern. Barn och unga som har avslutat sin utbildning i samband med fullgjord skolplikt omfattas inte av systemet med hälsouppföljning som sker i skolan. Ur ett barnrättsperspektiv är det inte tillfredsställande och därför är det nödvändigt att genomföra insatser som leder till en mer likvärdig hälsovård i landet, oavsett var barnet eller den unge bor, val av skola eller vårdgivare.

Utredningen har prövat lämpligheten och möjligheten med ett samlat regionalt huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. Utredningen har dock bedömt att detta inte skulle vara ändamålsenligt (se avsnitt 6.8). I ljuset av detta har utredningen också prövat förutsättningarna för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman. Det finns skillnader mellan en sammanhållen hälsouppföljning och ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser. Förslaget med sammanhållen hälsouppföljning skulle innebära att en del av den verksamhet som i dag bedrivs inom ramen för elevhälsans medicinska insatser, det vill säga hälsobesöken, i stället skulle utföras av regionen. Elevhälsans medicinska insatser som funktion skulle förbli intakt när det gäller det övergripande uppdraget och de professioner som skulle ingå i de medicinska insatserna enligt 2 kap. 25 § skollagen. Det skulle innebära att de medicinska insatserna även fortsättningsvis skulle vara en del av den samlade elevhälsan och att rektorn fortsatt skulle ha ett

ansvar för verksamheten och dess professioner. Ett förändrat huvudmannaskap för elevhälsans medicinska insatser i sin helhet skulle däremot innebära att regionen tar över ansvaret för verksamheten i sin helhet inklusive de yrkesprofessionella. Regionen skulle tillhandahålla personalen och ha ett arbetsgivaransvar för de yrkesprofessionella samt ansvara för den verksamhet som tillhandahålls inom elevhälsans medicinska insatser.

Ytterligare ett alternativ skulle kunna vara att ge elevhälsans medicinska insatser ett utvidgat ansvar för elevernas fysiska och psykiska hälsa. Utredningen bedömer dock att det är svårt att utvidga elevhälsans ansvar givet den utveckling som skett sedan införandet av elevhälsa och skolhuvudmännens vilja och möjligheter att mer fullödigt agera som vårdgivare i ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. Ett sådant förslag skulle inte heller komma tillrätta med problemen med fragmentiseringen i vården eller den otillräckliga samordningen av vårdinsatser för barn och unga.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer att en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman, på lång sikt, skulle kunna leda till positiva effekter när det gäller kostnader för och inflödet i hälso- och sjukvården. En mer effektiv och sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle skapa förutsättningar för att identifiera behov hos barn och unga och initiera insatser i ett tidigt skede för att förebygga kroniska eller långvariga sjukdomar och tillstånd. I dag har cirka 44 procent av Sveriges befolkning inklusive var femte person under 20 år minst en kronisk sjukdom och cirka 80–85 procent av vårdens kostnader kan kopplas till vården av personer med kroniska sjukdomar. Samtidigt visar forskning att det går att förebygga många kroniska sjukdomar och allvarliga tillstånd, inte minst med hälsosamma levnadsvanor. Tidiga och samordnade hälsofrämjande insatser för barn och unga är därför en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och sociala hälsa och välbefinnande för den enskilde samt en socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

En sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga med regionen som huvudman skulle få konsekvenser för den kommunala självstyrelsen eftersom det skulle innebära en ny arbetsuppgift för regionen. Utredningen bedömer dock att en sådan förändringen skulle vara proportionerlig i förhållande till den kommunala självstyrelsen eftersom den skulle leda till en mer samordnad, effektiv, likvärdig och jämlik hälsouppföljning av barn och unga.

Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

De sammanlagda kostnaderna för hälsobesöken och vaccinationsverksamheten kan bedömas till mellan 680 och 715 miljoner kronor. Ett genomförande av en sammanhållen hälsouppföljning skulle innebära att staten skulle tillför regionerna ersättning med motsvarande belopp. Kostnaderna bygger på beräkningarna nedan.

Kostnader för hälsobesök

Elevers hälsobesök är en del av skolans verksamhet. Skolverket publicerar statistik om skolans verksamhet som en del av den officiella statistiken. Vad gäller kostnaderna för skolverksamheten redovisas kostnaderna för elevhälsan i olika skolformer på riksnivå. Kostnaderna för hälsobesök bör finnas inom ramen för kostnaderna för elevhälsan. Hälsobesöken utgör endast en del av elevhälsan och syftet här är att beräkna kostnaderna endast för den delen. Kostnaderna för hälsobesöken kan, åtminstone teoretiskt, bestämmas som produkten av antalet hälsobesök och kostnad per hälsobesök.

De regler som finns för antalet hälsobesök och den befolkningsstatistik som föreligger vad gäller antal individer i aktuella åldrar, gör det möjligt att beräkna det teoretiska antalet hälsobesök under en tidsperiod. Ett antagande görs om att det faktiska antalet hälsobesök är lika med det teoretiska antalet.

Reglerna säger att eleverna ska ha tre hälsobesök under sin tid i grundskolan och ett hälsobesök under gymnasietiden. Med utgångspunkt i 2019 års befolkningsstatistik har vi därför antagit att en tredjedel av varje årskull i åldern 7–18 år har haft ett hälsobesök. Vi

antar också att samtliga individer i gymnasieåldern går i gymnasiet. Beräkningens resultat innebär att 491 818 hälsobesök genomförts under ettårsperioden.

Det finns ingen statistik om vad ett hälsobesök kostar. I stället har vi valt att söka ledning i beräkningar som gjorts inom närliggande områden. Inom ramen för projektet Kostnader Per Patient (KPP) har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) gjort systematiska datainsamlingar för 2019 års förhållanden i 11 regioner. Det har gett upphov till statistik som gjort det möjligt att räkna fram kostnaden för dels ett sjuksköterskebesök dels ett läkarbesök. Beräkningarna visar att de respektive genomsnittliga kostnaderna i de 11 regionerna år 2019 var 930 och 1 670 kronor. I kostnaderna ingår kostnader för it, lokaler och regionledning. Däremot ingår inte kostnader för medicinsk service som laboratorieprover, radiologiska undersökningar med mera. I Skolverkets statistik särredovisas lokalkostnaderna. Ett hälsobesök inom ramen för elevhälsan involverar i första hand personalkategorin sjuksköterskor. I viss mån krävs läkarnärvaro. I kalkylen har vi utgått från att 90 procent utgör insatser av sjuksköterska och 10 procent av läkare. I personaldelen kan således kostnaden för ett hälsobesök bestämmas enligt formeln: $0{,}9 \times 930 + 0{,}1 \times 1\,670 = 1\,004$ kronor. Med ett tillägg på 100 kronor för annan medicinsk service blir kostnaden för ett hälsobesök 1 104 kronor.

Den sammantagna kostnaden för hälsobesöken i skolorna är helt enkelt produkten av antalet besök och kostnaden per hälsobesök. För 2019 års förhållanden blir kostnaden 543 miljoner kronor. Kostnaden kan bedömas ligga i intervallet 530–550 miljoner kronor.

Kostnader för vaccinationer

Det finns ingen officiell, eller annan auktoritativ, statistik över vad vaccineringen kostar i elevhälsan. Genom hjälp från SKR/Kommentus har utredningen dock fått uppgifter om hur stor den samlade försäljningen av vacciner inom vaccinationsprogrammet för barn var under år 2020. Försäljningen summerar till 290 miljoner kronor. Dock avser uppgifterna försäljning för användning såväl inom regioner som kommuner samt för samtliga åldersgrupper. Vi vet också att 4 av 15 doser till barn och unga upp t.o.m. 16 ges i skolorna. Vi antar därför att 27 procent (4/15-delar) av den samlade kostnaden för

vaccin till barn och unga faller på skolorna, alltså 77 miljoner kronor. Utredningen uppskattar att kostnaden ligger mellan 75 och 80 miljoner kronor. För en bedömning av de samlade kostnaderna för vaccinationsverksamheten inom elevhälsan behöver åtminstone också personalkostnader läggas till. För en mer precis bedömning av personalkostnaderna för vaccinationsverksamheten behövs uppgifter om såväl antalet vaccinationstillfällen under ett år som uppgifter om kostnaden för personal per tillfälle.

Antal doser/vaccineringar har skattats genom formeln: Antalet vaccineringar = ((antal i åldern 7 och 8 år) × 0,95)/2 + 2 × (antal i åldern 11 år) + ((antal i åldern 15 och 16 år) × 0,95)/2. Antalet i olika åldersgrupper hämtas ur befolkningsstatistiken för 2019 och kvoterna under ”1” uttrycker andelen som nås av vaccineringen. Beräkningen ger vid handen att det under ett år genomförts sammantaget 327 151 vaccineringar i skolorna.

Givet att varje vaccineringstillfälle innebär personalkostnader, med mera, på 250 kronor skulle årskostnaden bli strax under 82 miljoner kronor.

Givet alla osäkerheter finns det skäl tro att vaccineringsverksamheten exklusive vaccinkostnader i skolorna sammantaget kostar mellan 75 och 85 miljoner kronor.

De sammanlagda kostnaderna för hälsobesöken och vaccinationsverksamheten kan bedömas till mellan 680 och 715 miljoner kronor.

Tabell 6.1 Sammanställning av skattningar av kostnader för hälsobesök och vaccinationsverksamhet (miljoner kronor)

	Minimum miljoner kr	Maximum miljoner kr
Hälsobesök	530	550
Vaccin	75	80
Vaccineringsverksamhet exklusive vaccinkostnader	75	85
Sammantaget	680	715

Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att regionen får det samlade ansvaret för hälsouppföljning av barn och unga från tillblivelse till vuxen ålder. Det skulle delvis innebära nya arbetsuppgifter för regionen när det gäller att

erbjuda hälsobesök till barn och unga i skolåldern. Det skulle därmed innebära att regionen behöver organisera, planera och administrera verksamheten med hälsobesök. Utredningen bedömer att det system som redan finns för att kalla barn och unga till barnhälsovården skulle kunna utnyttjas i detta sammanhang och förenkla administrationen hälsobesöken för barn och unga i skolåldern.

En viktig förutsättning för en sådan sammanhållen hälsouppföljning skulle vara att regionerna tillhandahåller hälsobesök och vaccinationer i skolan. Det är mycket viktigt för att nå alla barn och unga och för att bevara den höga vaccinationstäckning som finns i dag.

För denna verksamhet skulle regionen tillföras nya resurser enligt beräkning ovan.

Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Under förutsättning att regionen tillförs nya resurser för verksamheten med hälsouppföljning kommer förslaget inte att få några ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

Övriga konsekvenser för samtliga skolhuvudmän, inklusive de kommunala skolhuvudmännen redovisas under konsekvenser för skolhuvudmän.

Konsekvenser för skolhuvudmän och skolan

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle medföra att skolhuvudmännen inte längre ansvarar för att erbjuda hälsobesök för elever i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan. Inriktningen på den verksamhet som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser skulle delvis förändras. Skolans uppdrag skulle renodlas till elevernas utveckling mot målen. Förutsättningar för att utveckla den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom ramen för elevhälsans medicinska insatser skulle förbättras. Det skulle möjliggöra ett mer proaktivt arbete och förebygga skolsvårigheter hos elever. Utvecklingen av goda lärandemiljöer är ett viktigt led i att förebygga psykiska besvär av olika slag. En sådan sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle dock inte innebära några förändringar av elevhälsans uppdrag eller de professioner som skulle ingå i elevhälsan enligt

skollagen. Se avsnitt 6.9.3 för ytterligare konsekvenser för skolans del.

Konsekvenser för barn och unga

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att barn och unga får en mer likvärdig, kontinuerlig och sammanhållen hälsouppföljning och vid behov vård och behandling.

Primärvården skulle få det samlade ansvaret för barns och ungas psykiska och fysiska hälsa både när det gäller hälsouppföljning och vård- och behandlingsinsatser. Steget mellan hälsouppföljningen till vård och behandling skulle kortas och förutsättningarna att samordna barns och ungas vårdinsatser med den specialiserade vården underlättas. En sådan sammanhållen med regionen som huvudman skulle dessutom underlätta förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa över tid och utvärdera om insatserna är effektiva. Det skulle bidra till att barns och ungas vårdbehov ska kunna tillgodoses i ett tidigt skede på ett samordnat sätt.

Utgångspunkten för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle vara att regionen genomförde hälsobesök och vaccinationer för barn och unga i skolåldern på skolor. I den mån regionen ändå skulle välja att organisera verksamheten på andra sätt skulle det kunna bli aktuellt för barn och unga och i förekommande fall deras vårdnadshavare att ta sig till en vårdmottagning. Utredningen bedömer att det finns goda exempel på hur detta fungerar inom andra områden, till exempel tandvårdsområdet. Det skulle dock finnas en risk för att barn och unga inte skulle komma till besöken om de inte sker i skolan. Utredningen bedömer dock att regionen i dessa fall skulle behöva ägna sig åt uppsökande verksamhet för att nå alla barn och unga och deras familjer om de inte skulle komma till hälsobesöken, på motsvarande sätt som i dag sker inom barnhälsovården.

Konsekvenser för vårdens professioner

En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle inte innebära några formella ändringar i skollagen när det gäller elevhälsans uppdrag eller tillgången till professionerna i elevhälsan. Utredningen bedömer dock att det skulle få vissa konsekvenser för de professionella inom elevhälsans medicinska insatser både när det gäller uppdrag och förutsättningar i övrigt för verksamheten. Det skulle kunna innebära att skolläkarna, som redan i dag på många ställen har en mer konsultativ roll med få timmar för många elever och som ofta är anställda i regionen, blir än mer knutna till regionen och därmed får en svagare koppling till elevhälsan i stort. Skolläkaren skulle dock fortsatt ha en viktig funktion för att utveckla det medicinska perspektivet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i skolan tillsammans med skolsköterskan. Utredningen bedömer att det inte finns något som hindrar en fortsatt och utbyggd skolläkarkompetens och roll i ett system där en förstärkt barn- och ungdomshälsovård verkar i nära partnerskap med en stärkt elevhälsa. En mer regionalt knuten skolläkarresurs med utökat områdesansvar och uppsökande uppdrag skulle också kunna verka kraftfullt i skolmiljön. I framtiden skulle det eventuellt också kunna leda till att nya specialiteter växer fram som tar sikte på barn- och ungdomshälsovård med inriktning på skola och lärande. Det finns i dag närbesläktade subspecialiteter som barnhälsovård, skolläkare och ungdomsmedicin.

Utredningen bedömer vidare att skolsköterskan fortsatt skulle ha en mycket central roll inom elevhälsan när det gäller att företräda det medicinska perspektivet i elevhälsoteamen och bistå med medicinska kunskaper vid anpassningen av lärandemiljöer m.m. Skolsköterskan skulle också kunna utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på grupp- och individnivå i skolan. Dessutom bedömer utredningen att mer tid skulle kunna frigöras för att samverka med andra berörda aktörer i hälso- och sjukvården i övrigt och socialtjänsten.

Utredningen bedömer dessutom att en numerär lägstanivå för elevhälsans professioner och en tydligare uppföljning av tillgången till elevhälsans professioner i enlighet med förslag från Utredningen om elevernas möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) fortsatt skulle säkra tillgång till skolläkare och skolsköterskor på skolorna.

Konsekvenser för företagen

Inom utbildningssektorn finns enligt Skolverkets statistik 788 skolföretag. Av dessa är 583 skolhuvudmän som ansvarar för 852 grundskolenheter och 205 skolhuvudmän som ansvarar för 451 gymnasieskoleenheter. En mycket klar majoritet ansvarar för en skolenhet.

En sammanhållen hälsouppföljning skulle inte innebära några särskilda konsekvenser för företag. Uppdraget att tillhandahålla elevhälsa är reglerat i skollagen och gäller för samtliga skolhuvudmän även, de enskilda skolhuvudmännen. Skolhuvudmännens kostnader för skolverksamheten inklusive elevhälsa regleras i den så kallade skolpengen, ersättning per elev, som utgår på motsvarande sätt till samtliga skolor oavsett huvudman. Kostnader för verksamheten skulle därmed vara en fråga mellan kommunen och de enskilda skolhuvudmännen.

De enskilda skolhuvudmännen, skulle på samma sätt som de kommunala skolhuvudmännen få ett förändrat uppdrag när det gäller elevhälsans medicinska insatser. Skyldigheten att tillhandahålla hälsobesök skulle utgå. Det skulle leda till en minskad administration för verksamheten med hälsobesök. Det skulle frigöra tid för annan central verksamhet inom elevhälsan såsom det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och förutsättningarna för att samverka med andra berörda aktörer såsom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i övrigt kring barns och ungas vårdbehov.

7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Författningsändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2022.

Bedömning: Några särskilda övergångsbestämmelser behövs inte.

Skälen för förslaget och bedömningen: Utredningen bedömer det angeläget att de föreslagna författningsändringarna träder i kraft så snart som möjligt till stöd för en samordnad god och nära vård för barn och unga. Med hänsyn till den tid som kan beräknas gå åt för remissförfarande, fortsatt beredning inom Regeringskansliet och riksdagsbehandling bör de lagändringar som utredningen föreslår tidigast kunna träda i kraft den 1 juli 2022. De förordningsändringar som utredningen föreslår bör träda i kraft vid samma tidpunkt. Utredningen bedömer inte att förslagen innebär något särskilt omfattande förberedelsearbete för hälso- och sjukvårdens huvudmän, vårdgivare eller för några andra aktörer som kan påverka tidpunkten för ikraftträdande.

Förslagen är inte av den arten att de kräver några särskilda övergångsbestämmelser.

8 Konsekvensanalyser av utredningens förslag

Nedan redovisas kostnadsberäkningar och andra konsekvenser av utredningens förslag i enlighet med 14–15 §§ kommittéförordningen (1998:1447) och utredningens direktiv (dir 2019:93).

8.1 Utredningens uppdrag och problembeskrivning

Enligt direktivet ska utredningen se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet.

Bakgrunden till uppdraget är problem med en fragmentiserad hälso- och sjukvård utan tillräcklig koordinering på nationell nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda. Fragmentiseringen är särskilt tydlig på primärvårdsnivå där det förekommer en rad olika huvudmän och vårdverksamheter som ansvarar för hälsouppföljning och vårdinsatser för barn och unga under olika delar av uppväxttiden. Till dessa verksamheter hör ett antal primärvårdsaktörer med regionen som huvudman, mödrahälsovården, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna samt elevhälsans medicinska insatser som tillhandahålls i skolor ofta i skolhuvudmännen regi. För barn och unga med psykisk ohälsa tillkommer dessutom ett antal första linjeverksamheter som är organiserade på olika sätt i landet. Det finns stora brister i likvärdigheten, inte minst gäller det förutsättningarna för elevhälsans medicinska insatser att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet. Hälsouppföljningen av barn och unga är inte heller sammanhållen och insatser skiljer sig åt både mellan vårdverksamheter och över tid under barns

och ungas uppväxt. Det finns brister när det gäller tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser, särskilt för barn och unga i skolåldern. Skolans elevhälsa har alltmer utvecklats mot att hantera skolsvårigheter och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Barn och unga kan dock behöva hälsofrämjande och förebyggande insatser oavsett sina skolresultat. Inte heller barn och unga som vare sig arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt tas om hand naturligt i systemet. Det finns också brister i samverkan mellan vårdverksamheterna, både inom de verksamheter som i första hand tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser, dvs. primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser och mellan dessa aktörer och den övriga hälso- och sjukvården som huvudsakligen bistår med vård och behandling. Bristande samverkan leder till att barns och ungas vårdinsatser inte samordnas i tillräckligt hög grad och att barn bollas mellan olika vårdverksamheter, för mer information se Problembilden, kap. 5.

För att komma tillrätta med problemen med fragmentisering och tillgången till hälsofrämjande förebyggande insatser har utredningen utrett flera alternativa möjligheter. I enlighet med direktivet har lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för de aktuella vårdverksamheterna prövats. Utredningen har dock bedömt att det inte finns tillräckliga förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap. Utredningen har även prövat förutsättningarna för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman men även när det gäller detta bedömt att tiden inte är mogen för en sådan förändring, se Förslag och bedömningar, kap. 6.

För att öka förutsättningarna för en mer sammanhållen vård och likvärdig tillgång till de verksamheter som erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser har utredningen även övervägt möjligheten att lagreglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Elevhälsans medicinska insatser är redan reglerad i skollagen. Utredningen har dock gjort bedömningen att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. Den befintliga strukturen och organisationen av hela hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen medför att det inte är ändamålsenligt att reglera vissa hälso- och sjukvårdsverksamheter men inte andra. Detta skulle vara oproportionerligt i förhållande till den kommunala självstyrelsen. Därutöver bedömer ut-

redningen att en sådan lagreglering inte är ändamålsenlig i förhållande till utredningens uppdrag att skapa en mer sammanhållen vård eftersom en lagreglering av verksamheterna inte nödvändigtvis leder till ökad samverkan eller samordning av vårdinsatser för barn och unga. Den leder inte heller till ökad tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga.

Utredningen bedömer att det i stället är centralt att säkra tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga under hela uppväxttiden samt samordning och koordinering av det sådana insatser på nationell nivå. Dessutom bedömer utredningen att det behövs ytterligare åtgärder för att stärka samverkan mellan de aktuella vårdverksamheterna och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

Utredningen föreslår följande:

- Ett förtydligande i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa.
- Ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att i samråd med flera myndigheter och organisationer utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga
- Uppdrag till Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa.
- Ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga ska samverka med huvudmän inom skolväsendet.
- Ett krav i lag på att en fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Samtliga förslag utvecklas i mer detalj i Förslag och bedömningar kap 6. Även när det gäller dessa har utredningen övervägt olika tillvägagångssätt. Dessa redogörs för under respektive förslag.

8.2 Konsekvenser för barn och unga

Bedömning: Utredningens förslag får i huvudsak positiva konsekvenser för barn. Barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks.

8.2.1 Barnkonsekvensanalys

Skälen för utredningens bedömning: Sedan 1 januari 2020 gäller lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som svensk lag. Rättigheterna i lagen bygger på de mänskliga rättigheterna och ska tillförsäkra barn medborgerliga, politiska, ekonomiska och sociala rättigheter men också rättigheter som ger barnet särskilt skydd mot våld, övergrepp och olika former av utnyttjande. Av utredningens direktiv framgår att barnrättsperspektivet och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och att konsekvenser för barn och unga särskilt ska belysas. Att anlägga ett barnrättsperspektiv i frågor som berör barn innebär att ha barnkonventionen som utgångspunkt. I det ingår att belysa en fråga utifrån alla de rättigheter varje barn har i konventionen och hur dessa har tolkats av FN:s barnrättskommitté i dess rekommendationer och allmänna kommentarer. För att säkerställa ett barnrättsperspektiv har utredningen låtit barnkonventionens fyra grundprinciper genomsyra arbetet, såväl i genomförande som i de förslag och bedömningar som utredningen lägger fram. De fyra grundprinciperna är artikel 2 om lika rättigheter och icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa, artikel 6 om rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande. För utredningen har även artikel 24 om barns rätt till hälsa och sjukvård varit vägledande i arbetet (se även Gällande rätt, kap. 3).

Inledningsvis har utredningen sammanställt och analyserat de problem som finns med barn- och ungdomshälsovården utifrån ett

barn- och ungdomsperspektiv, (se även Problembilden kap. 5 och Bakgrund och nuläge, kap. 4 om barns hälsa). Utredningen har också i enlighet med barnkonventionens artiklar 3 om barnets bästa och 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande, låtit barn komma tilltals både om problemen i barn- och ungdomshälsovården och om potentiella förslag till lösningar på problemen (se vidare Utredningens uppdrag, genomförande och utgångspunkter, kap. 2). Med utgångspunkt från problembilden och synpunkter från företrädare för bland annat barn och även utifrån vad barn och unga själva har berättat har utredningen utformat ett antal förslag och bedömningar. Här redogörs kortfattat för hur barns rättigheter enligt barnkonventionen säkerställs genom de förslag utredningen lägger fram. I Förslag och bedömningar kap. 6 finns mer utvecklade resonemang.

Utredningen lägger fram flera förslag och bedömningar som sammantaget ska leda till en mer sammanhållen och likvärdig god och nära vård för barn. Utredningen bedömer att det är en viktig förutsättning för att barn ska få sina rättigheter när det gäller hälso- och sjukvård tillgodosedda. Det gäller förslagen att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och bemyndigandet att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Det gäller även förslaget att ett nationellt hälsovårdsprogram ska utformas för hälsofrämjande och förebyggande insatser under barns och ungas hela uppväxttid. Förslagen innebär att alla barn ska få insatser som främjar deras hälsa och att barn vid behov ska få fördjupade insatser av en eller flera vårdverksamheter. En central del av förslagen gäller föräldraskapsstöd till vårdnadshavare. Det gynnar särskilt barn i utsatta situationer av olika slag. Ett viktigt syfte med förslagen är att säkra barns rätt till hälsofrämjande och förebyggande insatser under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Det handlar också om att säkra barns rätt till insatser som är anpassade efter deras behov och förutsättningar oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Dessutom ska utredningens förslag och bedömningar ge barn ökade möjligheter till delaktighet i vård- och behandlingssituationen. Förslagen och bedömningarna innebär därmed bättre förutsättningar för en jämlik hälsa för barn och är särskilt gynnsamt

för barn som inte alltid får sina behov av hälsofrämjande och sjukvårdande insatser tillräckligt tillgodosedda i vården i dag. Det gäller till exempel späda barn, barn med psykisk ohälsa och barn med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet och hbtq-personer under 18 år. I FN:s barnrättskommittés kommentar till artikel 24 framgår att staterna bör prioritera barns rätt till primärhälsovård och att effektiva hälsovårdssystem bör utformas med bland annat en robust finansiering och välutbildad personal. Utredningen bedömer att förslagen därmed ligger väl i linje med intentionerna i artikel 24. Även artikel 2 om lika rättigheter och icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa och artikel 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande tillgodoses med dessa förslag. Utredningens förslag om ett uppdrag till SBU att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa kommer också att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och bidra till att barn får mer effektiva insatser.

Utredningen lägger vidare fram flera förslag och bedömningar som ska bidra till bättre samverkan mellan berörda vårdenheter och till bättre samordning av barns vårdinsatser. Utredningen föreslår att regionen ska samverka med huvudmännen inom skolväsendet i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn. Utredningen bedömer att samverkan mellan regionen och skolhuvudmännen är särskilt angelägen för att få till stånd ett robust hälsovårdssystem som kan ge tidiga och samordnade insatser till barn i enlighet med barnkonventionens artikel 24 och artikel 6. Det är en förutsättning för att barn ska kunna utveckla en god hälsa och förebygga en allvarligare utveckling i ett senare skede. Utredningen föreslår också att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Stöd med samordning och koordination är särskilt angeläget för barn med funktionsnedsättning, samsjuklighet eller andra långvariga eller stora behov, men även i andra situationer kan det vara angeläget. Utredningens förslag innebär att hälso- och sjukvården har ansvar att utse en fast vårdkontakt när det kan antas vara nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det ska inte bero på om barnet eller

dess familj begär att få en sådan vårdkontakt. Dessutom bedömer utredningen att regionen även bör stärka sin samverkan med tandvården och med socialtjänsten i planeringen och organiseringen av vården för att skapa förutsättningar för ett helhetsperspektiv på barns hälsa och utveckling. Utredningen bedömer också att det bör tas fram riktlinjer som ska säkra kontinuitet i vården och en tryggare övergång mellan hälso- och sjukvården för barn och hälso- och sjukvården för vuxna. Utredningens förslag och bedömningar i denna del ligger väl i linje med barnkonventionens artiklar 6 som bland annat handlar om skyldigheten för samhällets aktörer att samverka för att tillgodose barns behov med utgångspunkt från ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa och utveckling.

För att ytterligare stärka att barnrättsperspektivet beaktas bedömer utredningen att regioner systematiskt bör arbeta med utgångspunkt från barnets rättigheter när regionen planerar och organiserar hälso- och sjukvården. Barns möjlighet att komma till tals och vara delaktiga vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården behöver säkerställas på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, såväl i utformningen av vården på en övergripande nivå som i barns individuella vårdmöten. Utredningens bedömningar i denna del syftar till att säkra barnets bästa och barnets rätt till inflytande och delaktighet i enlighet med barnkonventionens artiklar 3 och 12.

Utredningen presenterar sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn med psykisk ohälsa. Stegen visar hur hela hälso- och sjukvården för barn behöver utvecklas, liksom samverkan och samordning av insatser med andra aktörer för barn och vårdnadshavare som förskola, skola och socialtjänst. Syftet med stegen är att skapa en hälso- och sjukvård som kan tillgodose behov av vård och omsorg hos barn med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd på alla vårdnivåer i systemet. Även dessa steg syftar till att skapa ett robust hälso- och sjukvårdssystem och samverkan mellan centrala aktörer i enlighet med artikel 24 och artikel 6. Det gynnar särskilt barn med långvariga och stora behov.

Sammantaget bidrar utredningens samtliga förslag och bedömningar till att säkerställa barnets rättigheter enligt barnkonventionen när det gäller tillgången till en god och nära vård för barn. Förslagen och bedömningarna innebär att barn tillförsäkras hälsofrämjande

och förebyggande insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Dessutom innebär förslagen och bedömningarna att barn med vårdbehov fångas upp i ett tidigt skede så att en allvarligare utveckling kan förhindras. Förslagen och bedömningarna innebär vidare en tydligare och mer enhetlig hälso- och sjukvårdsorganisation för barn med psykisk ohälsa där barn med psykisk hälsa får hjälp snabbare på den mest effektiva vårdnivån.

Utredningen bedömer att de förslag och bedömningar som läggs fram kommer att bidra till en bättre hälsa hos befolkningen i stort. Förslagen och bedömningarna kommer också att leda till en mer effektiv hälso- och sjukvård med ett minskat inflöde när kroniska eller andra långvariga sjukdomar kan förebyggas i ett tidigt skede. Det kommer i sin tur att leda till lägre sjukskrivningstal i befolkningen och bättre förutsättningar för vuxna att verka på arbetsmarknaden. Utredningen bedömer därmed att det inte finns några särskilda intressekonflikter mellan barn och andra grupper i samhället när det gäller utredningens förslag som särskilt tar sikte på att utveckla hälso- och sjukvård för barn. Barn är också en särskilt skyddsvärd grupp som inte alltid ges förutsättningar att framföra sina åsikter och föra sin egen talan på samma sätt som vuxna. Det finns därför särskild anledning att utveckla hälso- och sjukvården för att den ska tillgodose barns behov oavsett barns egen förmåga att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet.

Utredningen kommer att återkomma till förutsättningarna för att följa upp utredningens förslag och bedömningar ur ett barnrättsperspektiv i slutbetänkandet.

8.2.2 Konsekvenser för unga personer över 18 år

Bedömning: Utredningens förslag får positiva effekter för unga personer över 18 år. Tillgång till hälsofrämjande insatser stärks.

Skälen för utredningens bedömning: Personer över 18 år är inte barn i barnkonventionens mening, men de fördelar av utredningens förslag som beskrivs ovan gagnar även unga personer över 18 år. Utredningens förslag om en tydligare styrning av den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten och ett utvecklat hälsoprogram är särskilt viktigt för unga som varken arbetar eller studerar och därför

inte nås av den hälsouppföljning som sker i skolan. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska nå alla barn och unga oavsett var de bor, går i skolan eller val av vårdgivare och anpassas efter barn och ungas behov och förutsättningar. Utredningen bedömer också att förslagen innebär att unga personer över 18 år kommer att få bättre tillgång till de insatser som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan, då detta område lyfts fram i förslagen. I dag nås inte alla unga personer av sådan verksamhet som ges inom ramen för ungdomsmottagningarna. Det gäller till exempel unga män, unga med funktionsnedsättning, unga nyanlända med flera grupper.

Utredningen bedömer att förslaget om att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, kommer att få positiva effekter för unga personer över 18 år som finns i hälso- och sjukvården. Den fasta vårdkontakten ska bland annat tillse att övergången mellan barn- och vuxensjukvården underlättas. I dag finns utmaningar med kontinuiteten vid sådan övergång till vuxensjukvården.

8.3 Samhällsekonomiska konsekvenser

Bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för samhällsekonomin. Förslagen bidrar till att en långsiktigt hållbar fysisk, psykisk och social hälsa i befolkningen och därmed en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen sammantaget bidrar till en mer resurseffektiv hälso- och sjukvård som i ett tidigt skede kan förebygga barns och ungas ohälsa och sjukdomar. Detta leder till positiva effekter för den enskilda individen i form av minskat lidande men även för hälso- och sjukvården i form av ökad effektivitet och ett minskat inflöde. Förslagen bidrar också sammantaget till en ökad tydlighet när det gäller hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete som inkluderar såväl hälsofrämjande som förebyggande insatser som riktas till barn och unga. En mer effektiv och sammanhållen hälsouppföljning skapar förutsättningar för att identifiera behov hos barn och unga och initiera insatser i ett tidigt skede för att förebygga kroniska eller långvariga

sjukdomar och tillstånd. I dag har cirka 44 procent av Sveriges befolkning inklusive var femte person under 20 år minst en kronisk sjukdom och cirka 80–85 procent av vårdens kostnader kan kopplas till vården av personer med kroniska sjukdomar. Samtidigt visar forskning att det går att förebygga många kroniska sjukdomar och allvarliga tillstånd, inte minst med hälsosamma levnadsvanor. Tidiga och samordnade hälsofrämjande insatser för barn och unga är därför en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och sociala hälsa och välbefinnande för den enskilde samt en socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. För ytterligare samhällsekonomiska bedömningar, se avsnitt Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag 8.13.

Utredningen bedömer vidare att förslagen inte kommer att få några särskilda konsekvenser för vårdverksamheter beroende på var i landet de befinner sig. Förslagen innebär i huvudsak ett förtydligande av befintlig lag och därmed har vårdverksamheterna ansvar för att erbjuda sådan verksamhet redan i dag. Det bör kunna underlätta för vårdgivare att utforma sin verksamhet så att den möter lagens intentioner när det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser och när det gäller samverkan och samordning av vårdinsatser.

I dag finns olikheter i landet när det gäller förutsättningen att rekrytera personal och erforderlig kompetens vilket får konsekvenser för förutsättningarna att tillhandhålla insatser. Utredningens förslag och bedömningar förväntas få positiva effekter på kompetensförsörjningen och förutsättningarna att samutnyttja resurser för en mer effektiv vård. Det gäller till exempel utredningens bedömningar inom området psykisk hälsa och utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård som kan stödja primärvården och elevhälsan. Det gäller även utvecklingen av digitala och andra vårdprocesser och arbetsmetoder som kan effektivisera och underlätta arbetet. Dessutom gäller det regionernas långsiktiga arbete med kompetensförsörjningen inom primärvården. Den pågående omställningsprocessen till en god och nära vård är en central förutsättning för detta. Mer information om det finns i avsnitt om psykisk hälsa Förslag och bedömningar kap. 6.

8.3.1 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Bedömning: Förslagen får vissa ekonomiska och andra konsekvenser för staten. Det gäller till exempel kostnader för uppdrag till statliga myndigheter.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen får vissa ekonomiska och andra konsekvenser för staten. Det gäller i första hand uppdrag till statliga myndigheter. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram föreskrifter om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården i enlighet med det bemyndigande som utredningen föreslår. Utredningen föreslår också att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga i nära samarbete med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Uppdraget är omfattande och kommer att involvera många olika aktörer såsom huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, patient- och professionsorganisationer. Utredningen föreslår vidare att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa. Kostnader för dessa uppdrag redovisas nedan under Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag avsnitt 8.13.

Utredningen bedömer att förslagen också kan få vissa effekter för tillsynen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det gäller särskilt utredningens förslag att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa i hälso- och sjukvårdslagen och att föreskrifter tas fram för att precisera vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska innehålla. Utredningen bedömer att en sådan precisering av lagstiftningen bör kunna bidra till att tillsynen kan granska verksamheten på ett mer ändamålsenligt sätt. Det gäller även förslaget att vårdens ansvar för att utse en fast vårdkontakt för barn och unga skärps. Förslaget tydliggör vårdens ansvar för att utse en fast vårdkontakt och därmed också tillsynens möjligheter att följa upp att så sker.

Utredningen bedömer därutöver att den föreslagna föreskriften potentiellt kan komma att påverka det kommunala självstyret om

det bedöms att innehållet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver styras på ett mer ingripande sätt än vad som redan framgår av gällande rätt. Föreskriften kan därmed komma att innebära vissa tillkommande kostnader för staten. Det är dock inte möjligt för utredningen att i dag närmare bedöma den eventuella påverkan på det kommunala självstyret. Utredningen bedömer ändå att de värden som en nationell reglering av främjande och förebyggande arbete syftar till, till exempel att värna likvärdigheten, är av sådan vikt att viss eventuell påverkan av den kommunala självstyrelsen kan motiveras.

8.3.2 Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner

Bedömning: Förslagen bidrar till att tydliggöra regionernas ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete och samverkan. Inledningsvis får regionerna vissa kostnader i samband med implementering av förslagen. På längre sikt bedömer utredningen att intäkterna är större än kostnaderna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar innebär i huvudsak en precisering av uppdrag som redan ingår i huvudmännens ansvar att tillhandahålla. Det gäller både förslag som tar sikte på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården och förslag som tar sikte på samverkan och samordning av vårdinsatser. Ekonomiska konsekvenser för regionerna redovisas nedan i avsnitt 8.13.

Förslaget om att det hälsofrämjande arbetet ska tydliggöras i hälso- och sjukvårdslag och förslaget att det ska tas fram föreskrifter som preciserar det hälsofrämjande och förebyggande arbetet kommer att leda till en ökad tydlighet om lagstiftningens intentioner. Det förväntas bidra till att regionerna kan erbjuda en mer likvärdig och jämlik vård.

Förslaget att tillhandahålla fast vårdkontakt innebär en viss ambitionshöjning i förhållande till nuvarande reglering, eftersom det innebär att fast vårdkontakt ska utses för personer under 21 år i något större utsträckning än vad 6 kap. 2 § patientlagen kräver i dag. Det föreslagna kravet ska dock endast gälla i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, vilket

innebär att de ökade kostnaderna endast uppstår i sådana verksamheter. Förslaget kan komma att innebära en viss utökad administration för att uppdatera rutiner och riktlinjer för fast vårdkontakt. Utredningen bedömer dock att förslaget inte är kostnadsdrivande eftersom regionerna redan i dag ska ha en förberedelse för att tillhandahålla fast vårdkontakt till alla barn och unga som har en sådant behov.

Förslaget om ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga ska samverka med huvudmän inom skolväsendet innebär en viss ambitionshöjning i förhållande till gällande rätt. Förslaget leder till bättre förutsättningar för samverkan med samtliga skolhuvudmän, även de enskilda huvudmännen. Detta förväntas bidra till att samordningen av vårdinsatser mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt kommer att förbättras. Samverkan mellan skolan och hälso- och sjukvården är en grundläggande förutsättning för en mer sammanhållen vård för barn och unga.

8.3.3 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Bedömning: Förslagen bidrar till att tydliggöra kommunernas ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete och samverkan. Inledningsvis får kommunerna vissa kostnader i samband med implementering av förslagen. På längre sikt bedömer utredningen att intäkterna är större än kostnaderna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att kommunen i första hand berörs av förslagen som huvudman för de kommunala skolorna. Ekonomiska konsekvenser för kommunen redovisas nedan i avsnitt 8.13.

Förslagen som förtydligar hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete och det nationella hälsovårdsprogrammet får konsekvenser för verksamheten inom elevhälsans medicinska insatser i de kommunala skolorna. Förslagen avser att tydliggöra vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär och vad barn och unga kan förvänta sig av den hälsouppföljning som bland annat sker i skolan. Förslagen bidrar till en

precisering av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i de aktuella vårdverksamheterna. Det förväntas underlätta elevhälsans medicinska insatsers hälsofrämjande och förebyggande verksamhet. Det förväntas också ha en positiv effekt på likvärdigheten i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som sker i skolan. Förslaget innebär ingen ambitionshöjning i förhållande till lagens intentioner men kan få vissa konsekvenser för de kommunala skolorna om den verksamhet som bedrivs i dag inte uppfyller lagens intentioner.

Förslaget att regionen ska samverka med skolhuvudmän vid planeringen och organiseringen underlättar förutsättningarna för samverkan och samordning av vårdinsatser mellan hälso- och sjukvården och skolan. Det förväntas bidra till bättre samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt, särskilt primärvården och barn- och ungdomspsykiatrin.

8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Förslagen har viss påverkan på det kommunala självstyret. De är dock proportionerliga i förhållande till sitt syfte eftersom de leder till en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv vård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer sammanfattningsvis att utredningens förslag inte inskränker den kommunala självstyrelsen. I den mån förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen bedömer utredningen att de är proportionerliga i förhållande till förslagens syfte att skapa en mer sammanhållen, likvärdig och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga. Det gäller förslagen om ett förtydligande av det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvårdslagen och bemyndigandet att ta fram föreskrifter samt förslaget att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Syftet med dessa förslag är att modernisera lagen med det hälsofrämjande perspektivet och förtydliga och precisera innehållet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för att skapa förutsättningar för en mer likvärdig vård snarare än att höja ambitionsnivån i förhållandet till hälso- och sjukvårdslagens ursprungliga intentioner.

Förslaget om att regionen ska samverka med huvudmännen inom skolväsendet avser att förtydliga att regionens ansvar att planera och organisera sin hälso- och sjukvård i samverkan med andra berörda vårdverksamheter, med flera aktörer. Förslaget förväntas leda till en mer effektiv samverkansstruktur mellan hälso- och sjukvården och skolan. Det skapar förutsättningar för en mer sammanhållen vård för barn och unga och att deras vårdbehov tillgodoses på ett mer likvärdigt och effektivt sätt. Förslaget kan medföra vissa förändrade arbetssätt i den mån det inte redan finns upparbetade strukturer för att samverka med skolhuvudmännen, men anses vara proportionerligt i förhållande till förväntat resultat och förenligt med barnkonventionens artikel 12.

Förslaget att en fast vårdkontakt alltid ska utses för barn och unga i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, innebär delvis nya arbetsuppgifter för regioner. Förslaget innebär ett något utökat ansvar för att utse en fast vårdkontakt för barn och unga. Utredningen bedömer att förslaget är nödvändigt för att skapa förutsättningar för samordning av barns och ungas vårdinsatser och att förslaget därför är proportionerligt i förhållande till den kommunala självstyrelsen. Det är inte rimligt att barn och unga själva ska ansvara för att känna till eller be om en fast vårdkontakt eller vara helt beroende av vårdnadshavares eller anhörigas förutsättningar att bidra till samordningen eller be om en fast vårdkontakt.

8.5 Konsekvenser för vårdens professioner

Bedömning: Förslagen medför i huvudsak positiva konsekvenser för professionen. Det handlar i första hand om en ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar.

Skälen till utredningens bedömning: Utredningens samlade förslag och bedömningar medför i huvudsak positiva konsekvenser för professionella inom hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar i form av ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar. En ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar förväntas också bidra till en bättre arbetsmiljö för berörda professionella.

Ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa, ett bemyndigande att ta fram föreskrifter och det nationella hälsovårdsprogrammet som preciserar vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär, kommer att bidra till ett mer sammanhållet system med gemensamma utgångspunkter för de verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Det förväntas också utgöra ett stöd för de professionella i det dagliga arbetet och bidra till bättre förutsättningar att samverkan mellan professionella inom barn- och ungdomshälsovården. Dessutom förväntas förslagen bidra till tydligare grundförutsättningar för de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården och långsiktigt säkra tillgången till sådan verksamhet.

Flera av utredningens förslag skapar bättre förutsättningar för samverkan på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Det gäller förslaget om att regionen ska samverka med huvudmän för skolväsendet i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga. Förslaget förväntas förtydliga kraven på samverkan och underlätta de professionellas förutsättningar i det dagliga arbetet. I det fragmentiserade system som utgör barn- och ungdomshälsovården är bättre förutsättningar för samverkan centralt och grundläggande för samordningen av insatser som riktas till barn och unga. Behovet av att förtydliga krav på samverkan har också betonats av de professionella inom de berörda verksamheterna. Även förslaget att en fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, skapar en tydlighet för de professionella när det gäller förutsättningar för samverkan och samordning av vårdinsatser. Förslaget att om tydlig information om bestämmelsen om fast vårdkontakt ska riktas till skolverksamheter i deras roll som vårdgivare kommer också att underlätta samverkan mellan professionella inom elevhälsans medicinska delar och hälso- och sjukvården i övrigt.

Genom utredningens förslag om fast vårdkontakt kan en ökad kontinuitet uppnås. Detta innebär inte enbart fördelar för barnen och de unga, utan förmodas också bidra till bättre mer långsiktiga relationer med patienter och därmed till en god arbetsmiljö.

8.6 Konsekvenser för företagen

Bedömning: Utredningens förslag får inga särskilda effekter för företagen. Ekonomiska effekter för företagen beror på hur kommuner och regioner anpassar sina ersättningssystem i förhållande till kostnader för utredningens förslag.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag påverkar företag inom hälso- och sjukvårds- och utbildningssektorerna på motsvarande sätt som det påverkar vårdverksamheter inom region och kommun. Förslagen innebär inga förändringar när det gäller konkurrensförhållanden eller villkor i övrigt mellan regionala, kommunala och enskilda vårdverksamheter. Utredningen bedömer att förslagen i huvudsak bidrar till att förtydliga huvudmännens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det gäller särskilt förslagen att lyfta fram det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvårdslagen och det nationella hälsovårdsprogrammet. Det gäller även förslaget om regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän och förslaget om att fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Förslaget att regionen ska samverka med skolhuvudmän vid organiseringen och planeringen av hälso- och sjukvård för barn förväntas få positiva effekter för samverkansskyldigheten mellan regionen och skolhuvudmännen.

Utredningen bedömer att förslagen kan medföra vissa kostnader för företagen. Eventuella kostnader som uppstår för företagen med anledning av dessa förslag regleras dock mellan regionen och kommunen och företagen i enlighet med gällande rätt. Ekonomiska konsekvenser för företag redovisas nedan i avsnitt 8.13

2018 fanns det cirka 15 400 vårdföretag inom hälso- och sjukvårdssektorn.[1] Av dessa tillhandahöll 3 271 företag olika former av primärvård, specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård.[2]

Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regionen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården

[1] Vårdföretagarna Almega (2020) *Privat vårdfakta 2020 – Fakta och statistik om den privat drivan vård- och omsorgsbranschen.*
[2] Uppgift från SCB, uttag 2021-04-12.

tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionen styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Inom utbildningssektorn finns enligt Skolverkets statistik 788 skolföretag. Av dessa är 583 skolhuvudmän som ansvarar för 852 grundskolenheter och 205 skolhuvudmän som ansvarar för 451 gymnasieskoleenheter. En mycket klar majoritet ansvarar för en skolenhet. Skolhuvudmännen ansvarar för att utbildningen genomförs i enlighet med bestämmelserna i skollagen, föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och de bestämmelser för utbildningen som kan finnas i andra författningar, enligt 2 kap. 8 § skollagen. Skolhuvudmannen ska vidare utse en skolchef som ska biträda huvudmannen med att se till att föreskrifter som gäller för utbildningen följs i huvudmannens verksamhet inom skolväsendet, enligt 2 kap. 8 a § skollagen. I detta ingår bland annat att tillhandahålla elevhälsa för eleverna i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. För elevhälsans medicinska insatser ska det finnas tillgång till skolläkare och skolsköterska, enligt 2 kap. 25 § skollagen.

Kommuner ska fördela resurser till utbildningen inom skolväsendet efter barnens och elevernas olika förutsättningar och behov, enligt 2 kap. 8 b § skollagen. Av 14 kap. 1 § skolförordningen (2011:185) framgår att ett bidrag till enskilda huvudmän ska fastställas per kalenderår och grunda sig på hemkommunens budget för det kommande budgetåret. Ersättning för elevhälsans medicinska insatser ska ingå i grundbeloppet, enligt 14 kap. 4 §.

8.7 Konsekvenser för sysselsättningen

Bedömning: Utredningens förslag har inga nämnvärda konsekvenser för sysselsättningen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen inte får några nämnvärda konsekvenser för sysselsättningen eftersom förslagen i huvudsak inte innebär några nya åtaganden för berörda vårdverksamheter. De förslag som läggs fram innebär snarare en precisering av uppdrag som vårdverksamheterna redan har i enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

8.8 Konsekvenser för jämlikhet och jämställdhet mellan könen och de integrationspolitiska målen

Bedömning: Utredningens förslag bidrar till en mer jämlik vård för flickor och pojkar. De gynnar jämställdheten mellan könen och bidrar till att uppfylla de integrationspolitiska målen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att utredningens förslag och bedömningar som helhet bidrar till en mer jämlik och jämställd vård för flickor och unga kvinnor och pojkar och unga män och till att de integrationspolitiska målen uppnås. Det gäller särskilt förslaget om ett nationellt program för hälsouppföljning av barn och unga. Enligt programmet ska barn och unga få insatser med utgångspunkt från behov, förutsättningar och preferenser oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Insatserna ska också ges på lika villkor oavsett bakgrund, kön och könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, religion eller annan trosuppfattning och funktionsnedsättning, se även utredningens barnkonsekvensanalys-avsnitt 8.2.1. Utredningen bedömer att förslag och bedömningar i betänkandet leder till att stöd-, vård- och behandlingsinsatser i högre grad än i dag är anpassade efter barns och ungas behov och bidrar till ökad delaktighet. Det förväntas leda till positiva effekter för jämställdheten och att barn och unga i högre grad söker och får vård efter behov.

Utredningen bedömer att förslaget om hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa i hälso- och sjukvårdslagen kommer att få positiv effekt på hälsan i hela befolkningen, för både barn och vuxna. Sådana insatser kan ge den enskilda individen fler år med hälsa och livskvalitet, vilket i sin tur ger ett samhälle med en frisk befolkning. Det finns i dag ojämlikheter i hälsan i den vuxna befolkningen, bland annat på grund av socioekonomiska faktorer.[3] Ett systematiskt arbete med att främja hälsa kan därför få positiva konsekvenser för en jämlik vård och minskade hälsoklyftor även hos den vuxna befolkningen.

I dag domineras sjukdomsbilden av kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom, cancer, lungsjukdom, ledsjukdom och psykiska sjukdomar. Det finns omfattande kunskap om att dessa sjukdomar kan förebyggas med hälsosamma levnadsvanor. Effektiv prevention kan innebära stora besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället.[4] Detta gäller både för kvinnor och män.

Utredningen bedömer att ett familjecentrerat förhållningssätt till hälsa är nödvändigt för att kunna komma tillrätta med en ohälsosam livsstil hos både barn och vårdnadshavare. Föräldraskapsstöd är en central del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och en av de viktigaste insatserna samhället kan göra för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Vårdnadshavare har en unik möjlighet att främja barns hälsa och utveckling och relationen mellan barn och vårdnadshavare och föräldraförmågan har stor betydelse för barnets utveckling. Ett exempel på detta är att barn i stor utsträckning påverkas av sina föräldrars levnadsvanor. Föräldrars levnadsvanor är därmed avgörande för vilka attityder och vanor barnet självt utvecklar. Utredningen bedömer därför att förslaget får positiva konsekvenser för både kvinnor och män, flickor och pojkar.

Utredningen bedömer slutligen att förslagen kommer att få en positiv effekt för kvinnor och män i egenskap av vårdnadshavare. Det gäller särskilt förslag och bedömningar som gäller föräldraskapsstöd och förslag som leder till en bättre samordning av vårdinsatser för barn och unga. Ett bättre och mer kontinuerligt föräldraskapsstöd är en mycket viktig insats för en mer jämlik vård. Insatser

[3] Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*
[4] Ibid.

som stödjer samverkan kan avlasta vårdnadshavare som ofta får ta ett mycket stort ansvar för sådan samordning.

8.9 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Bedömning: Utredningens förslag har vissa positiva effekter på brottslighet och det brottsförebyggande arbetet. Utredningens förslag innebär att unga personer fångas upp tidigt och får ett samordnat stöd av centrala aktörer i samhället.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar kan innebära vissa positiva konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet på längre sikt. Förebyggande insatser inom, vård, skola och omsorg är en central faktor i det brottsförebyggande arbetet. Inte minst för att förhindra tidig rekrytering av barn och unga till kriminella gäng, en ökande trend i vissa regioner. Utredningens samlade förslag om en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga skapar förutsättningar för att i ett tidigt skede uppmärksamma behov och förebygga en allvarligare utveckling. Genom att erbjuda tidiga och samordnade insatser med utgångspunkt i barn och ungas behov minskar risken för allvarlig problematik och brottslighet i ett senare skede. I utredningens samlade förslag och bedömningar ingår även stöd i föräldraskapet vilket är en mycket viktig insats för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Föräldraskapsstöd, som en central och kontinuerlig del av det nationella hälsovårdsprogrammet, kan därför tänkas ha brottsförebyggande effekter. Konsekvenserna av utredningens förslag måste ses på längre sikt och beakta indirekta effekter över tid.

8.10 Konsekvenser för miljön

Bedömning: Utredningens förslag kan på sikt medföra vissa positiva effekter på miljön i form av minskade behov av hälso- och sjukvård och läkemedelsanvändning.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen på sikt kommer att medföra ett minskat behov av hälso- och sjukvård, främst genom ett ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Utredningen förmodar att detta kan ge minskad miljöpåverkan, både i form av minskad resursanvändning och genom minskad läkemedelsanvändning.

8.11 Konsekvenser för EU-rätten

Bedömning: Förslagen får inga konsekvenser för EU-rätten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Hälso- och sjukvård är en nationell behörighet, och det är medlemsstaterna som finansierar, förvaltar och organiserar sina hälso- och sjukvårdssystem. Utredningens förslag ligger inom hälso- och sjukvårdens område. De författningsändringar som föreslås gäller endast ändringar i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Utredningen bedömer vidare inte att förslagen berör Europeiska unionens inre marknad eller på annat sätt medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet.

8.12 Konsekvenser för den personliga integriteten

Bedömning: Utredningens författningsförslag innebär inga inskränkningar i skyddet för den personliga integriteten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har i sitt arbete genomgående beaktat integritetsaspekter. Skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet skyddas både av internationella regelverk och av nationell rätt. En övergripande beskrivning av centrala regelverk finns i Gällande rätt, kap. 3.

Utredningens sammantagna bedömning är att utredningens förslag inte innebär några inskränkningar i skyddet för den personliga integriteten. Utredningens förslag innebär inte några utökande möjligheter att överföra eller på annat sätt behandla personuppgifter eller några ändringar i gällande lagstiftning om sekretess eller tystnadsplikt. Förslagen innebär inte heller utökade möjligheter till kroppsliga ingrepp eller i övrigt att den personliga integriteten begränsas.

Utredningens förslag till bestämmelse om samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet handlar om samverkan på en övergripande organisatorisk nivå, där det bland annat kan ingå att samverka kring olika verksamheters processer och rutiner. Personuppgifter om enskilda barn och unga ska dock inte behandlas i sådan samverkan.

Förslaget om utökad skyldighet att utse en fast vårdkontakt för personer som inte fyllt 21 år förväntas leda till att något fler barn och unga får en fast vårdkontakt, som hjälper till med samordningen av hälso- och sjukvården. Utredningen framhåller i Förslag och bedömningar, kap. 6, vikten av delaktighet och respekt för den personliga integriteten i fråga om att utse en fast vårdkontakt. Utredningen har också övervägt att införa en reglering om att samtycke måste erhållas för att kunna utse en fast vårdkontakt, men bedömt att det att detta inte skulle vara ändamålsenligt. Att utse en fast vårdkontakt är en rent administrativ åtgärd. Däremot krävs samtycke för att utföra vårdinsatser för den enskilde och i den mån den fasta vårdkontakten behöver dela information om patienten ska det ske i enlighet med reglerna om sekretess och tystnadsplikt. Detta är inte något som förändras med utredningens förslag. Även den lagstiftning som rör

vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn förblir oförändrad.

Förslaget om samverkan mellan regionen och huvudmän för skolväsendet och förslaget om fast vårdkontakt syftar bland annat till att göra hälso- och sjukvården mer samordnad, främja kontakterna mellan patienten och hälso- och sjukvården och kan leda till att processer inom hälso- och sjukvården blir tydligare för patienten, vårdnadshavare och anhöriga. Det främjar enligt utredningen patientens förutsättningar till delaktighet i sin vård och att ta tillvara sina möjligheter och rättigheter, vilket bland annat är positivt ur ett integritetsperspektiv.

Förslaget om att förtydliga i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa samt förslaget till bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga bedömer utredningen kunna leda till bättre förutsättningar för en god hälsa hos barn och unga. Det kan på längre sikt innebära att färre barn och unga, men även personer i övrigt, har behov av många vårdinsatser och vårdkontakter. Den personliga integriteten gynnas på flera sätt av detta, bland annat genom minskad vårddokumentation och alltså en minskad behandling av personuppgifter.

Utredningen förutsätter att sådana föreskrifter som meddelas med stöd av det bemyndigande som föreslås utformas med beaktande av den lagstiftning som rör personlig integritet.

Utredningen kommer genomföra en fördjupad analys rörande den personliga integriteten i sitt slutbetänkande, där utredningens uppdrag om informationsöverföring och uppföljning ska redovisas.

8.13 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag

Bedömning: Utredningens förslag är samhällsekonomiskt effektiva redan i meningen att de satsade resurserna återbetalas i sänkta kostnader under en horisontperiod på 20 år. Därtill ska läggas effekter av ökat humankapital i form av ökat arbetskraftsdeltagande och minskat långsiktigt vårdbehov etcetera.

Staten får kostnader i form av resursåtgång vid olika statliga myndigheter. Statens kostnader blir sammantaget 32 miljoner kronor under 5 år. Regioner och kommuner får under några inledande år nettokostnader. Efter hand ökar intäkterna i form av sänkta kostnader, vilket gör att intäkterna överstiger kostnaderna på längre sikt. Olika utförare, till exempel egen regi eller fristående, påverkas beroende på om och i så fall hur regioner och kommuner centralt anpassar sina ersättningssystem. Anpassningarna torde vara små.

8.13.1 Inledning

Utredningen ska bedöma de ekonomiska konsekvenserna av sina förslag. De handlar till exempel om bedömningar av kostnader och intäkter för de verksamheter som berörs. De kan också handla om bedömningar av samhällsekonomiska konsekvenser, alltså om samlade konsekvenser för samhället i dess helhet.

Bedömningarna på verksamhetsnivå som har gjorts innefattar såväl bruttokostnader som nettokostnader. De direkta kostnaderna, i form av ökad resursanvändning, motsvarar bruttokostnaderna. I nettokostnaderna ingår de intäkter, oftast i form av sänkta kostnader, som kan förväntas följa av att utredningens förslag genomförs. Nettokostnaderna är således kostnader som kan kopplas till den verksamhet för vilken beräkningarna gjorts. Förslag och bedömningar om hur hälso- och sjukvården kan bli mera sammanhållen utgör en väsentlig del av utredningens förslag och bedömningar. I detta ingår bland annat förslag om hur samverkan kan stärkas och samordningen av vårdinsatser bli mer effektiv.

I huvudsak har beräkningarna gjorts för statlig, regional och kommunal verksamhet. Då privata företag är vanligt förekommande

utförare i regional och kommunal verksamhet har beräkningarna även innefattat kostnadskonsekvenser för dessa företag. Effekterna på företagen blir den sammanlagda effekten av de nya kraven på företagens verksamhet tillsammans med de eventuellt nya utformningarna av kommunernas och regionernas modeller för ekonomisk ersättning till företagen. Utredningen kan inte, och ska inte, förutse utfallet av sådana omformningar. Däremot ligger det inom ramen för kraven på beräkningar av förslagens kostnadskonsekvenser att presentera beräkningar som indikerar storleksordningar på i vilken grad ersättningarna kan behöva ändras.

Förändringar i vården och omsorgen av barn och unga kan mycket väl betraktas som en samhällsekonomisk investering eller en samhällelig investering. Förebyggande åtgärder och tidiga insatser kan förutom kostnader och verksamhetsnära intäkter innebära samhällsekonomiska intäkter som sträcker sig långt utanför de verksamheter man investerar i och dessutom långt in i framtiden. I detta avsnitt har vi därför valt att formulera en enkel modell för samhällsekonomiska investeringar. Modellen ska i första hand betraktas som ett pedagogiskt hjälpmedel för ökad förståelse av interaktioner mellan olika delar av förslagets översiktligt kvantitativa effekter och hur de kan uppträda över tid. Visserligen har vi strävat efter att de kvantiteter som använts i modellen så långt som möjligt har direkt empirisk grund men bristen på sådana uppgifter har gjort det nödvändigt att i modellen i stor utsträckning använda stiliserade (teoretiskt konstruerade) data.

8.13.2 Metodfrågor

Det sakområde utredningen lägger förslag om och bristen på förekomst av statistik som direkt kan användas för ekonomiska konsekvensberäkningar har tvingat fram ett metodologiskt ställningstagande inom utredningen. Valet har stått mellan att föra huvudsakligen kvalitativa resonemang och att utifrån skapade grundläggande typfall skapa kvantiteter med kostnader som leder till beräkningsbara konsekvenser. En kvalitativt inriktad konsekvensbedömning ger i bästa fall riktningar vad gäller förslagens delar men leder inte till ett avgörande vad avser förslagens samlade resultat. En kvantitativt inriktad bedömning kan leda till kvantitativa storheter i delarna

som slutligen kan adderas till ett samlat resultat. I vilken mån detta resultat är trovärdigt kan naturligtvis ifrågasättas men vi bedömer att de behöver göras och presenteras.

Givet den grundläggande bristen på data och okunskapen om samband kan ingen ansats, kvalitativ eller kvalitativ, sägas vara perfekt. Utredningen bedömer dock att ett underlag som bygger på både kvantitativa och kvalitativa bedömningar ger ett bättre beslutsunderlag.

Effektivitet i olika betydelser – resurs- och inriktningseffektivitet

Det finns två typer av effektivitet som är relevanta i detta sammanhang; inriktningseffektivitet (eng. efficacy) och resurseffektivitet (eng. efficiency). Med inriktningseffektivitet menas att en verksamhet eller åtgärd leder till effekter, till exempel inom hälso- och sjukvården, hälsoeffekter av olika slag. Olika metoder och processer kan leda till olika hälsoeffekter. Med resurseffektivitet menas att det som skapas (eng. output) åstadkommes med så liten resursanvändning (eng. input) som möjligt.

På en öppen marknad mäts inriktningseffektivitet i huvudsak genom prissystemet. Det är inte lika enkelt att mäta inriktningseffektivitet inom skattefinansierad verksamhet. Kostnadseffektivitetsanalyser (CEA) är ett sätt att jämföra den relativa resursanvändningen hos olika metoder och processer vid samma utfall. Man kan säga att metoden är ett sätt att finna den minst resurskrävande metoden eller processen för ett givet utfall, till exempel i termer av hälsa. Metoden ger dock inte svar på vilken metod som är bäst i hälsotermer.

Resurseffektivitet är, åtminstone i princip, enklare att mäta mängden resurser som krävs för en viss verksamhet eller metod är för det mesta rättframt kalkylerbara. Det är ofta också detta som menas med effektivitet i dagligt tal och när det görs beräkningar av kostnadskonsekvenser av utredningars förslag. Dock är det så att de båda begreppen står i ett komplext, och till och med ibland motsatt, förhållande till varandra. En ny metod kan till exempel vara mer inriktningseffektiv än andra gamla metoder men det är inte säkert att denna nya metod tillämpas på ett resurseffektivt sätt.

Utredningens förslag påverkar såväl inriktnings- som resurseffektiviteten inom barn- och ungdomshälsovården. Nedan kommer vi att något mer i detalj beskriva hur utredningens förslag kan påverka effektivitet i de båda meningarna.

Tre typer av beräkningar

Sammantaget ingår i detta avsnitt tre typer av beräkningar (bedömningar). Den första typen är direkta kostnader på huvudmannanivå. Beräkningarna gäller kostnader för staten, kommunerna och regionerna. Den andra typen gäller kostnader och intäkter på utförarnivå. Det handlar om hur kommuners och regioners enheter i egen regi kan påverkas samt hur andra utförare, som privata företag, kan påverkas såväl i kostnads- som intäktstermer av förslagen. Den tredje typen är några olika samhällsekonomiska bedömningar som i någon mening sammanfattar förslagens effekter på samhället i dess helhet över tid.

De tre typerna av beräkningar är beroende av varandra men har delvis olika syften. Den första typen av beräkningar syftar till att identifiera och så långt det är möjligt i krontal uttrycka effekterna på den direkta resursanvändningen hos huvudmännen. Dessa beräkningar kan ge underlag som, tillsammans med andra underlag, för vidare bedömningar av eventuella regleringar och/eller finansiering.

Den andra typen av beräkningar syftar till att klargöra den troliga resursanvändningen inom de olika huvudmännen med tillägg för de intäkter som kan förverkligas över tid. Intäkterna handlar huvudsakligen om sänkta kostnader i verksamheten. Det kan handla om olika statliga myndigheter och olika utförarkategorier i kommuner och regioner. Särskilt handlar det om hur andra utförare än egenregienheter, som privata företag, kan påverkas.

Den tredje typen av beräkningar syftar till att ge ett underlag för beslut om i vilken mån de samlade förslagen i samhällsekonomisk mening är en lönsam samhällsekonomisk investering eller inte. Förslagens effekter betraktas över en längre tidshorisont och områden utöver vården och omsorgen innefattas i analysen. Det kan till exempel handla om påverkan på kriminalitet och deltagande i arbetslivet. Beräkningarna leder fram till ett, eller ett fåtal, mått.

Mer om samhällsekonomiska investeringar

En samhällsekonomisk bedömning, eller en samhällelig investeringsmodell, är ett försök att sammanfatta värdet av en större förändring, av något slag, i ett eller ett fåtal mått. Strävan är att värdera förändringen vid investerings- eller beslutstidpunkten. Tanken är att den samhällsekonomiska bedömningen ska vägleda beslutet att göra investeringen eller inte. Man kan säga att den samhällsekonomiska bedömningen är ett sätt att sammanfatta en mängd olika förändringar som uppstår vid olika tidpunkter till följd av en uppsättning förslag.

Rent tekniskt är en samhällsekonomisk bedömning ett försök att uttrycka alla effekter av en förändring i kvantitativa, monetära, termer. Kostnader och intäkter vid olika tidpunkter i framtiden jämförs vid investeringstidpunkten med hjälp av diskontering. Med hjälp av måttet nettonuvärdet (alltså nettot av diskonterade intäkter och kostnader) anges i vilken mån förslagskomplexet är samhällsekonomiskt lönsamt eller inte. Ett positivt nettonuvärde tolkas som att förslagskomplexet är samhällsekonomiskt lönsamt. Ett mått som anger kvoten mellan de diskonterade intäkterna och de diskonterade kostnaderna kan tolkas som avkastningen i samhällsekonomiska termer av förslagskompexet. Man kan alltså säga att en samhällsekonomisk bedömning är ett sätt avgöra om ett givet förslagskomplex är lönsamt för samhället att investera i eller inte.

Vår samhällsekonomiska bedömning hämtar resultat från de beräkningar som gjorts tidigare i detta avsnitt. I tillägg till de tidigare beräkningarna diskonteras intäkter och kostnader vid olika tidpunkter. I beräkningen har det stor betydelse när en kostnad eller intäkt i tiden. Exempelvis motsvarar en investering på en miljon kronor tjugo år efter investeringsåret och vid en diskonteringsränta på 3,5 procent cirka en halv miljon kronor vid investeringsåret. Kostnader beräknas på motsvarande sätt.

Nära nog samtliga förändringar, fysiska investeringar och till exempel regelförändringar, har en tidsprofil som innebär att tyngdpunkten av kostnader ligger tidigt och intäkter senare på tidslinjen. Det gäller också de förslag som denna utredning har lagt. Merparten av de kostnader som det innebär att realisera ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga samt de samverkansförslag utredningen lägger uppstår de närmaste åren efter investeringsåret. De

intäkter i form av till exempel effektivare vård för barn och unga som kan uppstå inträffar senare. Just det faktum att förslagen avser barn och unga innebär att intäkterna, i olika former, kan uppkomma under en tidslinje som innefattar upp emot en livstid. Enligt internationella bedömningar beräknas medellivslängden för barn som föds i dag bli 110 år. Detta gör att insatserna under barndomen som har bäring på hälsan under hela livet, får en än större betydelse för påverkan på samhället. I den mån förslagen leder till att fler personer kan arbeta längre upp i åldrarna kan förslagen till exempel leda till att samhällsekonomiska intäkter ligger flera decennier efter investeringsåret.

I ett senare avsnitt i detta betänkande behandlas frågor om finansiering av de kostnader som uppstår till följd av utredningens förslag. De intäkter som estimerats kan vara en del av den finansieringen. I det hypotetiska fallet att intäkterna är lika höga, eller till och med högre än, kostnaderna skulle förslagen vara självfinansierande. I det fallet handlar finansieringen egentligen bara om att tillse att intäkterna förs till ”rätt” aktörer. Det kan dock vara så att intäkterna till väsentlig del är långt in i framtiden och inte heller direkt kommer skolan eller hälso- och sjukvården till del. För övrigt är det vid hälsoekonomiska studier vanligt att man vid beräkningar av sjukdomars kostnader (cost-of-illness, COI) kommer fram till att så kallade indirekta kostnader (till exempel inkomstbortfall) är den dominerande kostnadsposten. Det finns också anledning att tro att en inte oväsentlig del av de intäkter utredningens förslag kan generera är just indirekta.

Det är inte vår ambition att kvantifiera de effekter av utredningens förslag som ovan betecknats som indirekta. I stället är det utredningens strävan att specificera sådana effekter som påverkar skolan och hälso- och sjukvården direkt, i syfte att underlätta den fortsatta dialogen om finansiering. Beräkningarna begränsas till ett tjugoårsperspektiv. Dock inkluderas såväl kostnader som intäkter. Utredningen avstår från det livscykelperspektiv som skulle kunna vara möjligt.

Komplexitet, ambitioner och incitament

Den svenska hälso- och sjukvården är ett mycket komplicerat system. Införandet av valfrihetsreformer av olika slag har bidragit till att göra systemet än mer komplext. I ett sådant system är förutsättningarna för att beräkna ekonomiska effekter av utredningens föreslag på förhand dömt att misslyckas. Det har det dock varit utredningens absoluta ambition att nå så långt som det är möjligt med beräkningar. Dessa kan, och kommer att, kritiseras. I denna avslutande del av avsnittet redovisas några aspekter som kan utgöra delar i en fortsatt dialog om de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag.

Den fragmentiserade barn- och ungdomshälsovården gör det omöjligt för utredningen att mer precist beräkna effekterna av förslagen för enskilda utförare. Staten förfogar inte direkt över utformningen av ersättningsmodellerna inom skolan och hälso- och sjukvården. Det är en direkt effekt av de valfrihetsreformer som har genomförts under senare decennier. Möjligen innebär detta en målkonflikt. Hur regioner och kommuner hanterar de förslag som utredningen lägger fram i förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller är en fråga för dem.

Det är inte heller självklart att en preciserad lagstiftning, nationella vårdprogram eller kunskapsuppföljning på nationell nivå följs av en motsvarande ambitionshöjning bland regioner och kommuner eller för den delen bland enskilda utförare

I avsnittet har utredningen inte berört frågan om incitament. Utredningen kan dock avslutningsvis konstatera att frågan om incitament kan se olika ut för olika utförare. Det kan också rimligen leda till att olika organisationer reagerar olika på samma förändring i en ersättningsmodell.

8.13.3 Utgångsläget

Olika typer av omfattningsbeskrivningar av det område, eller områden, utredningen lägger förslag inom är oftast en god hjälp vid beräkningar och bedömningar av förslagens ekonomiska effekter. Omfattningen kan låta sig beskrivas i olika mått som:

- kostnader i relation till hela ekonomin
- antal enheter i olika driftsformer
- personalstorlek
- antal individer i befolkningen som berörs, i olika meningar, av den verksamhet utredningen lägger förslag om
- tidsåtgång.

Beskrivningar av omfattningen enligt ovan ger en ram för beräkningarna. De förslag som läggs kan relateras till beskrivningarna och ge stöd för rimlighetsbedömningar vid beräkningar av förslagens effekter.

I detta avsnitt görs omfattningsbeskrivningar. Där det är möjligt redovisas också relativa förändringar tillsammans med de absoluta kostnads- eller intäktsförändringarna. Även detta för att stödja rimlighetsbedömningar.

Priser eller styckkostnader

Produkten av pris och antal ger upphov till kostnad. Olika kombinationer av de tre variablerna pris, kvantitet och kostnad där minst två ingår ger entydigt hela identiteten. Vi har på olika ställen i detta avsnitt men också i samband med en bedömning sökt dessa samband. Det är viktigt att påpeka att sådana konstruktioner är teoretiskt grundade och är indirekta sätt att nå resultat.

Befolkning

För merparten av beräkningarna har utredningen valt att utgå från SCB:s befolkningsstatistik för år 2019. Eftersom skolans elevhälsa inkluderas i utredningens område och årskurser har en annan indelning än årskullar i befolkningsstatistiken har vi tvingats till approximationer.

Personal

Vid våra beräkningar har vi inte tagit någon hänsyn till eventuell brist på arbetskraft. I den mån ett ökat behov av personalhar beräknats har utredningen också antagit att det kan tillfredsställas.

Mått som på olika sätt anger omfattningen av vården av barn och unga utgör en viktig ram för vår analys. Sådana mått underlättar till exempel vid bedömningar av olika förslags kostnads- och intäktspåverkan. En ökad kostnad på en miljon kronor har olika mening i en verksamhet som till exempel omfattar tio miljoner kronor jämfört med en verksamhet som omsluter tio miljarder kronor. Det finns dock ingen officiell sammanställning av omfattningen av samhällets vård och omsorg om barn och unga. Utredningen har med olika ansatser valt att göra en egen sammanställning.

Den första raden i tabell 8.1 nedan anger bruttokostnaderna för hälso- och sjukvården finansierad av regionerna. I en rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi redovisas en skattning av hälso- och sjukvårdens kostnader uppdelad på åldersgrupper.[5] Med hjälp av den redovisningen, befolkningsstatistik från 2019 och omräkningar från 2016 års prisnivå till 2020 års prisnivå har kostnadsnivån avseende individer i åldern 0–20 år skapats. Summan av de olika åldersgrupperna understiger kostnadsnivån av annan aggregerad statistik av kostnader för hälso- och sjukvården. Förklaringen är att inte alla kostnader kan hänföras till olika åldersgrupper.

I kommunernas räkenskapssammandrag redovisas kostnaderna för den sociala barn och ungdomsvård.[6] Elevhälsan i skolorna redovisas av Skolverket.

I tabell 8.1 redovisas de bedömda bruttokostnaderna år 2020 (2019) för samhällets bruttokostnader avseende vård och omsorg om barn och unga (personer i åldern 0–20 år).

[5] IHE (2019) *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige*.
[6] SCB (2019) *Kommunernas Räkenskapssammandrag 2019.*

Tabell 8.1 Bedömda bruttokostnader för vård och omsorg för barn och unga år 2020 (2019)

Verksamhet och huvudman	Bruttokostnader Miljarder kronor
Hälso- och sjukvård finansierad av regionerna (2020)	39
Sociala barn och ungdomsvården (2019)	24
Elevhälsan i skolorna (2019)	5
Sammantaget	68

Källor: IHE, SCB (Konjunkturinstitutet), Skolverket och egna beräkningar.

Bruttokostnaderna för samhällets vård och omsorg om barn och unga summerade således år 2020(2019) till cirka 68 miljarder kronor. Det utgjorde cirka 1,4 procent av Sveriges BNP det året. Regionerna stod för cirka 57 procent av kostnaderna och kommunerna för resterande 43 procent.

Skolan

Den statistik som utredningen har tillgång till är tyvärr inte enhetligt indelad för olika ändamål vilket medför att vi tvingas till en annan indelning när vi nu kort redovisar olika typer av utförare. De senare decennierna har andelen verksamhet som utförs av det som kan kallas för alternativa utförare (utförare som inte är regionernas eller kommunernas egen regi). Privata företag är ett exempel på sådana alternativa utförare.

År 2019 hade landets kommuner bruttokostnader för pedagogisk verksamhet på knappt 145 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av pedagogisk verksamhet samma år var cirka 66 miljarder kronor. Således vara procentandelen icke egen regi 45,6 procent.

År 2019 kostade kommunernas grundskoleverksamhet cirka 106 miljarder kronor (tabell 8.2 nedan). Samma år betalade kommunerna cirka 16 miljarder kronor till fristående skolor med grundskoleverksamhet. Kommunernas gymnasieverksamhet kostade totalt 44 miljarder kronor. 10 miljarder kronor av dessa utgjordes av ersättningar till fristående gymnasier.

Tabell 8.2 Kostnadsandelar för fristående skolor i grund- och gymnasieskolan år 2019

Skolform	Bruttokostnad fristående skola	Total Bruttokostnad	Procentandel fristående
Grundskola	16	106	15
Gymnasieskola	10	44	23
Båda formerna	26	150	17

Källa: SCB och egna beräkningar.

Sammantaget kan det alltså konstateras att friskolor ur kostnadssynpunkt utgör en klart mindre del av skolverksamheten.

Om elevhälsan

Elevhälsan är en del av skolverksamheten såväl i grund- som gymnasieskolan. I tabell 8.3 nedan redovisas utdrag ur Skolverkets statistik över kostnaderna för skolverksamhet och där kostnaderna för elevhälsan ingår.[7]

Tabell 8.3 Kostnadsandelar för elevhälsan i grund- och gymnasieskolan år 2019

Skolform	Total kostnad, miljoner kronor	Kostnad per elev, kronor	Total kostnad elevhälsan, miljoner kronor	Kostnad per elev i elevhälsan, kronor	Andel kostnader elevhälsan, procent
Grundskolan	128 000	118 500	3 904	3 640	3,1
Gymnasieskolan	45 000	126 300	1 107	3 140	2,5

Källa: Skolverket.

Av tabellen ovan framgår bland annat att kostnaderna för elevhälsan i grundskolan var 3 904 miljoner kronor och i gymnasieskolan 3 140.

Enligt skollagen ska elevhälsan omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser (2 kap 25 §). Av särskilt intresse för utredningen är elevhälsans medicinska insatser (EMI). Här ingår bland annat så kallade hälsobesök och vaccinering enligt

[7] Skolverket (2019) *Samtliga verksamheter inom fritidshem och annan pedagogisk verksamhet skola och vuxenutbildning – kostnader – Riksnivå.*

det nationella vaccinationsprogrammet. På annat ställe i betänkandet redovisas egna beräkningar av kostnaderna för hälsobesöken. Såvitt utredningen kan finna finns det ingen officiell, eller annan auktoritativ, statistik över kostnaderna för dessa fyra olika verksamhetsområden.

En enprocentig ökning av kostnaderna för elevhälsan, till exempel till följd av utredningens förslag, skulle i grundskolan medföra kostnadsökningar på 39 miljoner kronor och i gymnasieskolan på 11 miljoner kronor. För hela den pedagogiska verksamheten skulle det innebära en kostnadsökning på 0,03 procent i grundskolan och 0,025 procent i gymnasieskolan.

Hälso- och sjukvård

Regionernas sammanlagda kostnader för hälso- och sjukvården var 391 miljarder kronor år 2019. Kostnaderna för inköp av primärvård var 21 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av övrig hälso- och sjukvård var 2 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av specialiserad somatisk vård var 32 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av specialiserad psykiatrisk vård var 3,5 miljarder kronor. Andelen inköpt vård blir således 15 procent. Kvoten för inköp på den här aggregeringsnivån blir 15 procent.

8.13.4 Förslagens kostnader

Nedan beskrivs utredningens förslag i korthet och de kostnader de bedöms medföra för stat, kommun och region.

Föreskrifter

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska utfärda föreskrifter. Utredningen bedömer, på grundval av Socialstyrelsens egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle sammatget kosta 2 miljoner kronor och pågå i 2 år, alltså 1 miljon kronor per år.

Utformning av ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga i nära samråd med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och SKR, myndigheter och professions- och patient- och närståendeorganisationer ska vara delaktiga vid utformningen av programmet. I uppdraget bör ingå att göra en förstudie om hur arbetet med att ta fram programmet bäst kan utformas för att inkludera alla berörda parter.

Utredningen bedömer, på grundval av Socialstyrelsens egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle kosta 3 miljoner kronor per år i 3 år. Socialstyrelsen uppskattar att det finns synergieffekter mellan detta uppdrag och uppdrag att ta fram föreskrifter. Därutöver tillkommer kostnader för övriga myndigheter. Utredningen bedömer att kostnader för övriga myndigheter uppgår till cirka 2 miljoner per år under 3 år. Kostnader kan även uppstå för huvudmän inom hälso- och sjukvården och skolan vid utformningen och implementeringen av programmet. Utredningen bedömer att dessa kostnader bör hanteras inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKR och utgå i form av allmänna stimulansmedel. Utredningen har inte bedömt kostnaderna dessa.

Kunskapssammanställning

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bör få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktör göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga för att främja fysisk och psykisk hälsa och förebygga ohälsa.

Utredningen bedömer, på grundval av SBU:s egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle kosta 3 miljoner kronor per år i 5 år. Då finns det rum för att göra underlag av lite olika karaktär och omfattning. De direkta kostnaderna per år i form av t.ex. sakkunniga arvoden, artikelbeställning mm är cirka 850 tkr, indirekta kostnader i form av lönemedel etc. 2,25 miljoner.

Förändring i regleringen av fast vårdkontakt för barn och unga

Utredningen lägger förslag om en reglering för fast vårdkontakt. Regleringen innebär ett utökat krav på verksamheterna att ha en fast vårdkontakt för barn och unga. Regleringen som utredningen föreslår innebär att om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Detta föreslås gälla hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Redan i dag ska fast vårdkontakt utses i den mån patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Utredningen föreslår en skärpning i regleringen av den fasta vårdkontakten. Skärpningen består i att en fast vårdkontakt ska utses för patienter som inte har fyllt 21 år, redan om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose deras behov. Skärpningen förväntas leda till att fler patienter i åldern 0–20 år kommer att ha fast vårdkontakt jämfört med i dagsläget. Det är beräkningen av kostnaden för denna ökning som beskrivs i det följande.

En fast vårdkontakt bidrar till kontinuitet i vårdsituationen för patienten. Den fasta vårdkontakten bidrar också till att patientens vårdbehov är kända hos vårdgivaren och underlättar samordning av vårdinsatser som kan finnas mellan vårdgivare. Den närmare organiseringen av en fast vårdkontakt är inte given. Den beräkning som görs i det följande bygger därför på teoretiska data.

Då det inte finns någon tillgänglig statistik som beskriver vad en fast vårdkontakt kostar för en given verksamhet är vi hänvisade till att, i någon mening, konstruera kostnaden med hjälp av kalkylering med grund i byggstenar som löner och antaganden om kapacitet för kontaktvolymer. Metoden kan kallas ingenjörsmetoden.

Beräkningens olika steg beskrivs

I ett steg beräknas patientbasen utifrån det antal individer i åldern 0–20 år som återfinnes i SCB:s befolkningsstatistik för år 2019. Patientbasen beräknas på detta sätt till strax över 2 500 000 barn och unga.

I ett annat steg bestäms den andel patienter som innan förändringen kan antas ha fast vårdkontakt. Andelen har utifrån studier genomförda av Vårdanalys och egna bedömningar i beräkningen bestämts till 20 procent. Antalet barn och unga med fast vårdkontakt beräknas på detta sätt till något över 500 000.

Innan vi går över till skattningen av andelen barn och unga med fast vårdkontakt stannar vi vid den del av kalkylen som bestämmer portföljen av antalet patienter med fast vårdkontakt för var och en av de vårdanställda som i modellen på heltid arbetar med arbetsuppgifter som hänger samman med att ha en fast vårdkontakt. En viktig parameter för beräkningen är hur många insatser som kan göras per dag. Med insats kan här menas sådant som kontakt med patienten, kontakt med andra vårdgivare och inläsning av journaler och annat underlag. Naturligtvis varierar tidsåtgången för en insats mycket men vi har bedömt att den anställde i genomsnitt gör sexton sådana insatser under en arbetsdag. Nästa fråga är hur många gånger per år den anställde behöver göra en insats för varje fast vårdkontakt i portföljen. Det är sannolikt stor variation i det antalet men med tanke på att så stor andel som en femtedel av patientbasen i utgångsläget förväntas ha en fast vårdkontakt är det sannolikt att det genomsnittliga antalet insatser inte blir allt för stort. Vi har vid beräkningarna antagit ett genomsnittligt antal på fyra insatser per år. Detta leder sammantaget fram till att varje anställd har strax över ettusen fasta vårdkontakter i sin portfölj.

I ytterligare ett steg bestäms den andel patienter som efter förändringen kan antas ha fast vårdkontakt. Denna parameter är mycket viktig för resultatet men den är också svår att bedöma. Vi har tidigare bedömt att 20 procent av barn och unga i utgångsläget har en fast vårdkontakt. Vår bedömning är att skärpningen, utifrån vår bild av hur barn och ungas behov ser ut i dagsläget, innebär att 25 procent av barnen och de unga kommer att ha en fast vårdkontakt, alltså en ökning med 5 procentenheter, eller annorlunda uttryckt en relativ ökning med 25 procent.

I ett steg i kalkylen antas att en särskilt anställd med kuratorslön utgör den fasta vårdkontakten. I kalkylen beräknas, utifrån antagna samband, hur många sådana anställda som behövs för tjänstens utförande. Enligt kalkylen ökar antalet sådana anställda från 498 till 623. Det är alltså en ökning med 125 vårdkontaktsanställda.

Sammantaget visar kalkylen att kostnaderna för fast vårdkontakt ökar från cirka 356 miljoner kronor till nästan 445 miljoner kronor. Kostnaderna ökar således med nästan 89 miljoner kronor.

Krav på samverkan

Utredningen lägger förslag som innebär vissa förtydligade krav på samverkan. Utredningen föreslår att regionen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet. Tydligare krav på samverkan innebär sannolikt ökad resursanvändning, då närmast i form av personalresurser. Det kostar resurser i den centrala organisationen. De utökade kraven på samverkan medför också kostnader på verksamhetsnivå, till exempel i form av en utökad kontakt- och mötesverksamhet mellan vårdgivare.

Låt oss anta att 70 procent av verksamhetskostnaderna av vården av barn och unga utgörs av personalkostnader. Låt oss också anta att de ökade kraven på samverkan leder till en ökad kontakt- och mötesverksamhet med en halv timme i veckan för samtliga anställda. Sammantaget skulle detta, fullt utbyggt, innebära ökade kostnader på $0{,}7 \times (1/80) \times 68$ miljarder kronor. Således skulle kostnaderna öka med 595 miljoner kronor årligen.

8.13.5 Förslagens kostnader och intäkter till följd av ökad inriktningseffektivitet

Förslagens intäkter

Utredningens förslag leder också till verksamhetsnära, och vidare, intäkter. Med intäkter menas i allmänt språkbruk försäljningsintäkter av olika slag. I hälso- och sjukvården skulle det handla om avgiftsintäkter. Hälso- och sjukvården är främst skattefinansierad och de avgiftsintäkter som förekommer syftar inte till att ge något väsentligt bidrag till finansieringen av verksamheten utan är i stället huvudsakligen ett verktyg för att styra efterfrågan. För övrigt är merparten av hälso- och sjukvården till barn och unga avgiftsbefriad. De förändrade intäkter som kan uppstå inom vården har snarare karaktären av en bättre resursanvändning i olika meningar.

I det följande beskrivs två olika hypotetiska vårdkedjor som handlar om samma tänkta individ. Den första vårdkedjan får betraktas som fragmentiserad med fördröjda insatser och olika komplikationer till följd av detta. Den andra med en sammanhållen hälsouppföljning, tidiga samordnade ändamålsenliga insatser och god samverkan. Här kan man schematiskt se vad en sammanhållen god och nära vård för barn och unga kan bidra med relaterat till hälsoutfall, kostnader, påverkan på familj, möjligheter att lyckas i skolan och till ett gott liv som vuxen.

En icke-fungerande vårdkedja:

Barnet uppvisar tidigt signaler på BVC som varken uppmärksammas eller leder vidare till rätt bedömning. Detta leder till flera besök på jourcentraler och olika vårdinrättningar för olika kroppsliga symtom. Onödiga utredningar (prover, röntgen, inläggningar) av medicinska tillstånd inklusive specialistbedömningar av olika slag genomförs.

Förskolepersonalen tillsätter extra vuxenresurs på grund av svårigheter med samspel och konflikter.

Vid skolstart överförs inte information till skolan från BVC och förskola. Vid första hälsobesöket i elevhälsan uppmärksammas därför inte heller den underliggande diagnosen och under skolåren ökar problemen med stress, svårigheter med kompisar, och att delta på lektionerna. Barnet lär sig dock att läsa och skriva före årskurs 3.

Under skolåren fortsätter sökandet och utredandet i vården. Samtidigt sker möten i elevhälsoteamet i skolan och extra vuxenresurser sätts in i klassen. Skolbyten sker vid två tillfällen och informationen om barnets behov tappas bort och extra resurser i klassrummet omprövas.

Från 11–14 års ålder får barnet ökade svårigheter i skolan.

Under dessa år inträder nedstämdhet och ökad ångest. Det leder till 10 samtal på första linjemottagning för psykisk ohälsa, ytterligare 10 samtal på vårdcentralen och många besök i vården både akut och planerat för psykosomatiska symtom och psykiska besvär.

Vid 14 års ålder bedöms barnet i elevhälsan och remitteras till BUP. Barnet är allt oftare hemma från skolan med magont. Föräldrarna går ner i arbetstid för att kunna stötta i undervisningen.

BUP önskar basutredning av psykolog i skolan och returnerar remissen. Väntan på skolpsykologens utredning tar 1 år. Under tiden får barnet extra resurs i skolan.

Ny remiss till BUP med väntan i 2 år. Ökad frustration hos föräldrarna, utbrändhet och sjukskrivning hos ena föräldern. Föräldrarna skiljer sig. Syskon försummas och utvecklar eget risksökande beteende med dåliga vanor och dåligt sällskap.

Barnet får fortsatta panikångestattacker och andra psykiska besvär. Det blir flera besök på vårdcentralen och i första linjen med samtals-

kontakter eftersom de redan väntar på BUP och inte kan komma dit snabbare.

Skolarbetet kraschar helt och risksökande beteende startar. Barnet blir föremål för insatser från socialtjänsten. Föräldraskapsstöd och insatser från stödperson sätts in. Barnet får hemundervisning från skolan.

Vid 16 års ålder blir det en utredning, diagnos ställs och behandling sätts in tillsammans med psykologstöd och föräldrastöd mm.

Behörighet till gymnasiet saknas och individuella programmet inleds. Vid 19 års ålder har fullständiga betyg inte uppnåtts och arbete är svårt att få. Arbetslöshet inträder.

Den andra väl-fungerande vårdkedjan:

I samarbete mellan BVC och förskola uppmärksammas tidiga signaler på problem som tolkas som misstänkta. Aktörerna samverkar om situationen och ger psykologiskt föräldrastöd och anpassar vardag och förskola.

Vid språkkontroll i barnhälsovården vid 2,5 års ålder konstateras att språkutvecklingen är försenad. Detta följs upp och vid fördjupad bedömning av logoped bedöms att det finns misstänkta underliggande svårigheter. Dessa följs av psykolog i barnhälsovården och utvecklingsbedömning görs.

Vårdnadshavare och familjen stöttas och vardagen anpassas. Allt fungerar bra. Fast vårdkontakt på vårdcentralen inger trygghet. Barnet uppvisar ingen oro eller stressymptom och därför behövs inga akuta besök, second opinions eller utredningar av kroppsliga symtom.

Inför skolstart görs ny bedömning och informationen förs över till BUP, elevhälsa och rektor. Tillsammans med vårdnadshavare fattas ett gemensamt beslut om att barnet ska börja skolan i en relativt liten grupp med en god lärandemiljö. Föräldrar känner sig trygga och välmående.

I årskurs 2 har patienten svårt att knäcka läs och skrivkoden. Barnet uppvisar koncentrationssvårigheter. En utredning görs som visar ADHD.

Vården ger därefter läkemedel, erbjuder copingstrategier, föräldraskapsstöd samt information och återkoppling till skolan. Skolan anpassar lärandemiljöerna. Allt fungerar väl. Inga stressymptom som föranleder besök och utredningar hos vare sig barn eller föräldrar. Föräldrarna sjukskrivs inte och ingen förälder går ner på deltid. Barnet fullföljer studier med behörighet till gymnasieskolan. Syskon får uppmärksamhet och mår väl.

Barnet slipper pålagringar som oro, ångest och depression. Det behövs inga besök eller insatser för detta. Barnet klarar av att hålla några goda kamratrelationer och deltar i fritidsaktiviteter som kommunen har bistått med. Det behövs inga insatser från socialtjänsten. Det förekommer inget missbruk eller annat utåtagerande beteende.

Barnet väljer och klarar ett praktiskt inriktat program i gymnasieskolan som resulterar i arbete vid 19 års ålder.

En jämförelse av de båda vårdkedjorna ur ett rent samhällsekonomiskt perspektiv ger skäl att tro att den senare är såväl inriktnings- som resurseffektivare.

Utredningens förslag kan förstås inte i sig leda till idealiskt fungerande vårdprocesser för barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder eller fullgod anpassning av lärandemiljöer mm. Däremot är det mycket troligt att vårdprocesserna i genomsnitt blir bättre om insatser sätts in tidigt på ett samordnat sätt.

Det finns i Sverige ett antal projekt som inriktar sig på tidiga och samordnade insatser vad gäller vården av barn och unga. I Västerbotten pågår till exempel ett samarbetsprojekt (Hälsa, lärande och trygghet) som redovisar goda resultat.[8] Efter några år kunde det konstateras att genomsnittsåldern bland de barn som fått hjälp sjunkit under projektets gång.[9] En inte orimlig tolkning av det förhållandet är att projektet har lett till tidigare insatser från vården och omsorgens organisationer.

Utredningens olika förslag syftar till tidiga och förebyggande insatser. Det finns skäl att tro att de bidrar till ökad inriktningseffektivitet och att utredningens förslag kan bidra till att ytterligare effektiviserar sådana insatser. En ökad inriktningseffektivitet ger inte en entydig signal om hur kostnaderna påverkas. Kostnader kan gå såväl upp som ned. Tidiga upptäckter kan leda till längre och dyrare behandlingar. Tidiga upptäckter kan också leda till att åtgärder sätts in tidigare och leder till behandlingar som kan avslutas tidigare och därmed bli billigare.

Utredningen har i sina beräkningar antagit att en förbättrad inriktningseffektivitet leder till såväl ökade kostnader som intäkter i form av sänkta kostnader. Utredningen har också antagit att kostnaderna ökar med 20 miljoner kronor från fjärde året. Vidare har utredningen antagit intäkter med 200 miljoner konor per år från tredje året. Sammantaget innebär detta att den ekonomiska effekten till följd av ökad inriktningseffektivitet antas domineras av kostnadssänkningar.

[8] Region Västerbotten (2020) *Hälsa – Lärande – Trygghet i Västerbotten. Årsrapport 2020.*
[9] Intervju med företrädare för HLT-projektet.

Resurseffektivitet

Förslösade resurser eller spill

Inom alla organisationsformer och sektorer förslösas det resurser. Omfattningen av detta har studerats på internationell nivå inom hälso- och sjukvården. Studier i USA, Australien och Nederländerna har kommit fram till att från 20 procent och upp till hälften av utgifterna i hälso- och sjukvården utgör spill.[10]

En form av spill kan enligt bilagan betecknas som styrningsspill det vill säga administrativt spill till följd av en ineffektiv organisation och avsaknad av samordning. Enligt källan är den formen av spill vanlig i svensk hälso- och sjukvård.

Enligt en amerikansk metastudie utgör åtminstone 20 procent av utgifterna i amerikansk hälso- och sjukvård av på ett eller annat sätt förslösade resurser.[11] I studien identifieras sex olika typer av slöseri. Det handlar om brister vad gäller vårdens innehåll, brister i samordning, överdriven behandling, administrativ komplexitet, oprecis prissättning och fusk. Såvitt vi vet finns det ingen svensk motsvarande studie och det finns väsentliga skillnader mellan amerikansk och svensk hälso- och sjukvård. Likväl finns det skäl att tro att nära nog alla typer av brister som nämns i bilagan förekommer också i svensk hälso- och sjukvård.

Det finns naturligtvis ingen garanti för att utredningens förslag skulle avskaffa spillet men det finns goda förutsättningar för att det ska kunna minska. Inledningsvis i detta avsnitt om kostnadskonsekvenser av utredningens förslag gjordes bedömningen att samhällets årliga utgifter för vård är cirka 68 miljarder kronor. Säg att utredningens förslag förändrar styrningen och förslösandet av resurser, spillet, så att så lite som, en procent av utgifterna försvinner, så skulle besparingen, kostnadssänkningen, inom barn och ungdomsvården bli 680 miljoner kronor årligen.

[10] Avsnittet bygger *Underlagsrapport till den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S2019:05* (Bilaga 4).
[11] Berwick and Hackbarth (2012) *Eliminating Waste in US Health Care*.

Sparad tid

Inom ramen för det tidigare nämnda samarbetsprojektet som pågått under cirka ett decennium inom vård och omsorg om barn och unga i Region Västerbotten, Hälsa, Lärande och Trygghet (HLT), fanns det inför starten farhågor att den samverkan projektet krävde skulle medföra ökad total sammanträdestid. I stället kunde man efter några år konstatera att även om den samlade mötestiden inte minskat så hade sådan mötestid som tidigare haft karaktären av förspilld tid (sökande efter rätt person och rätt instans, otydlighet i olika aktörers uppdrag) minskat. Spillet hade helt enkelt minskat. Andelen mötestid som innehöll konstruktiv samverkan ökade.

God mötesverksamhet av olika slag är troligen det som utmärker samverkan. Inom organisationer pågår det också mötesverksamhet. Att samverkan sammantaget kan leda till minskad mötesverksamhet är en indikation på dess effektivitetsskapande potential.

8.13.6 Utförarnivån

De samverkansbestämmelser som utredningen föreslår har direkt inverkan på regioner och kommuner central nivå. I ett senare steg påverkas, som ett resultat av samverkan på regional nivå, de olika utförarna hos huvudmännen via de styrverktyg som huvudmännen använder.

Kostnader hos utförare regleras vanligen genom någon form av ersättning per capita (per elev eller per listad patient).

Skolförordningen (2011:185) ska en enskild huvudman få ersättning (skolpeng) från kommunen. Enligt skollagen ska kommuner fördela resurser till utbildningen inom skolväsendet efter barnens och elevernas olika förutsättningar och behov (2 kap. 8 b §). Av skolförordningen (2011:185) framgår att ett bidrag till enskilda huvudmän ska fastställas per kalenderår och grunda sig på hemkommunens budget för det kommande budgetåret. (14 kap. 1 §). Ersättning för elevhälsans medicinska insatser ska ingå i grundbeloppet (14 kap. 4 §).

Den s.k. skolpengen utgör inte alltid hela ersättningen till skolhuvudmännen. Särskilda ersättningar för till exempel lokalkostnader förekommer. Det är också vanligt att kommunernas egna skolor ersätts med en skolpeng. Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regio-

nen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionen styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regionen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionen styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Den andra lagen innebär i stället att brukare väljer utförare bland godkända sådana och de villkor som gäller för service och tjänster bestäms av kommuner och regioner i ett regelverk för ersättningar till utförarna. Numera dominerar utförande genom den sistnämnda lagen.

Den ekonomiska styrmodell som alltså gäller inom området gör att det inte finns något direkt samband mellan kostnads- och intäktsinverkan på huvudmännen och motsvarande inverkan på utförarna. Även om utredningen med stor precision skulle ha lyckats beräkna kostnader och intäkter för de verksamheter som ingår i systemet med anknytning till hälso- och sjukvård för barn och unga, så skulle den inte kunna göra motsvarande precisa beräkningar för de enskilda verksamheterna. Det är således inte möjligt att till exempel precist beräkna hur privata företag, fristående skolor eller privatägd verksamhet inom primärvården, påverkas av utredningens förslag. Det precisa utfallet för dessa företag beror på hur kommuner och regioner väljer att vidareföra effekterna till de finansiella ersättningssystem man förvaltar. Med detta sagt ska tilläggas att utredningen ändå i detta avsnitt har valt att, trots svårigheterna, göra approximativa beräkningar av på vilket sätt kommuner och regioner skulle kunna inkorporera effekterna i sina ersättningssystem. Det ska poängteras att dessa beräkningar har gjorts helt för att bidra till en ökad insikt i den inverkanutredningens förslag kan få och på inget sätt ska betraktas som ett försök att styra eventuella justeringar i skolpeng eller andra ersättningsmodeller.

Skolpengen är en ersättning per elev i skolan utbetald av kommunen till, till exempel, skolans ägare. I skolpengen ingår kostnader för elevhälsan. I schabloniserad form ingår också administrationskostnader. De förslag utredningen lägger kan i förlängningen leda till att kostnaderna för elevhälsan eller, beroende på hur man betraktar den ökade kostnaden, de administrativa kostnaderna ökar. Tilläggsbelopp för socioekonomiska förhållanden ges också. En eventuell justering av skolpengen, som i så fall görs av kommunen, kan rimligen göras inom delen för elevhälsan eller möjligen vad gäller socioekonomiska förhållanden.

Enligt Skolverkets statistik var den totala kostnaden år 2019 strax under 172 miljarder kronor för grund- och gymnasieverksamheten. Enligt samma statistik kostade elevhälsan i de båda skolformerna cirka 5 miljarder kronor. Utredningens egna beräkningar ger vid handen att 10 procent av elevhälsans kostnader utgörs av hälsobesöken inom elevhälsan. Således skulle hälsobesöken kosta cirka 500 miljoner kronor. Det förefaller lämpligt att ha antingen kostnaderna för hälsobesöken eller möjligen kostnaden för hela elevhälsan som bas vid bedömningar av eventuella kostnadsökningar inom

skolverksamheten till följd av utredningens förslag om utökad samverkan. Bara som ett räkneexempel skulle då till exempel en enprocentig kostnadsökning leda till 5 miljoner kronor i kostnadsökning för elevhälsan.

Ersättningen till utförare i hälso- och sjukvården görs genom kapitering (listning). Därtill läggs nära nog alltid till faktorer som justerar för vårdbehov. Det handlar om åldersfördelning, socioekonomiska förhållanden eller vårdbehov uttryckt på något annat sätt. Eventuella justeringar till följd av utredningens förslag i ersättningarna görs rimligen i relevanta åldersgrupper möjligen tillsammans med faktorerna för socioekonomiska förhållanden. Kanske kan en justering i den administrativa ersättningen i stället göras.

8.13.7 En kvantitativ sammanställning

I detta avsnitt görs en kvantitativ sammanställning i tabellform där vi avser fånga komplexet av ekonomiska effekter av utredningens förslag. Ingående kvantitativa storheter och sammanhang har karaktären av typexempel. De bygger långt ifrån enbart på empirisk grund, då det inte finns någon sådan. Storheterna och sambanden är resultatet av utredningens egna bedömningar och beräkningar, som också redovisas.

Vi har dock valt att inte försöka kvantifiera de samhällsekonomiska effekter som ligger mycket långt fram i tiden (över 20 år) och som har anknytning till det förbättrade hälsokapital som utredningens förslag genomförda bör bidra till. Det handlar till exempel om förbättrade arbetsinkomster, minskat vårdbehov och minskad kriminalitet.

I tabell 8.4 nedan listas de faktorer som utredningen bedömer medför kostnader och intäkter för samhället i dess helhet. Vi redovisar också de bedömda årliga kostnaderna och intäkterna tillsammans med vår bedömning om under vilka år de infaller under den tänkta 20-årsperioden.

Tabell 8.4 Olika faktorers kostnads- och intäktspåverkan samt startår och slutår

Faktor	Kostnad per år	Intäkt per år	Startår	Slutår
Föreskrifter SoS	1		1	2
Nationellt hälsovårdsprogram	3		1	3
Kunskapssammanställning (SBU)	3		1	5
Ändring i fast vårdkontakt	89		1	20
Samverkan	595		2	20
Minskat spill		680	4	20
Ökad inriktningseffektivitet	20		4	20
Ökad inriktningseffektivitet		200	3	20

Det framgår av tabellen att startåret för kostnader och intäkter i hälften av fallen är det första året. I de fallen rör det sig om företeelser som får effekt direkt. Övriga kostnader infaller mellan det andra och fjärde året. Intäkterna infaller senast.

Samtliga intäkter har formen av minskade kostnader. De summerar till 880 miljoner konor per år vid fullt genomslag. 200 miljoner kronor utgör vinster av en förbättrad inriktningseffektivitet. 680 miljoner kronor utgör kostnadsminskningar till följd av minskat spill.

I tabell 8.5 nedan redovisas resultatet av den samhällsekonomiska bedömningen med hjälp av två mått, nettonuvärdet och nytto-kostnadskvoten.

Tabell 8.5 Nettonuvärde och nytto-kostnadskvot till följd av utredningens förslag

Nettonuvärdet (miljoner kronor)	Nytto-kostnadskvoten
660	1,07

Tabellen kan tolkas enligt följande: Den samhälleliga investering utredningens samlade förslag kan sägas utgöra leder till ett överskott på 660 miljoner kronor och en 7-procentig avkastning på investeringen. Den samhällsekonomiska investeringen är lönsam.

I tabell 8.6 redovisas kostnaderna för statliga myndigheter årligen under den aktuella tidsperioden. Redovisningen är i nominella kronor.

Tabell 8.6 Kostnader för statliga myndigheter olika år till följd av utredningens förslag

År	1	2	3	4	5
Kostnad	9	9	8	3	3

Efter det femte året föreligger det inga särskilda kostnader för statliga myndigheter.

I tabell 8.7 nedan redovisa nettokostnaderna, kostnaderna och intäkterna för kommuner och regioner för samtliga år under den 20-åriga perioden. Redovisningen görs i nominella kronor.

Grunden för tabell 8.7 är en fördelning av nettokostnader, kostnader och intäkter som utgår från andelar i utgångsläget. Fördelning på regioner och kommuner har gjorts enligt följande: De kostnader, och intäkter som är kommunala eller regionala har förts till regioner och kommuner enligt den andel av kostnaderna för den samlade kostnaden för barn och ungdomshälsovården som redovisas i tabell 8.1.

Tabell 8.7 Kommuners och regioners nettokostnader, kostnader och intäkter under en 20-årspeiod

År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kommuner netto	38	38	38	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329
Kommuner kostnader	38	38	38	46	46	46	46	46	46	46
Kommuner intäkter	0	0	0	375	375	375	375	375	375	375
Regioner netto	89	89	89	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366
Regioner kostnader	89	89	89	109	109	109	109	109	109	109
Regioner intäkter	0	0	0	475	475	475	475	475	475	475
År	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**
Kommuner netto	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329
Kommuner kostnader	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
Kommuner intäkter	375	375	375	375	375	375	375	375	375	375

År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Regioner netto	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366
Regioner kostnader	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
Regioner intäkter	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475

Av tabellen framgår det att nettokostnaderna är positiva de första åren av reformen. Efter några år blir nettokostnaderna negativa till följd av bedömda intäkter.

I tabell 8.8 nedan redovisas nettokostnader, kostnader och intäkter i nominella termer under 20-årsperioden. Tabellen avser att, med förenklande antaganden, ge en kvantitativ bild av hur skolan och verksamheter inom hälso- och sjukvården kan påverkas av utredningens förslag. Det gäller såväl egen regi som andra utförare. En utgångspunkt har varit den indelning som gjordes som grund för tabell 8.7 ovan. Därutöver har ett genomsnitt avseende kostnader per elev i grund- och gymnasieskolan samt kostnaden i hälso- och sjukvården med regionalt ansvar per individ i den aktuella befolkningen använts som referens. Syftet med redovisningen är att indikera den möjliga storleken på förändringen av ersättningen till skolor och verksamheter till följd av utredningens förslag.

Tabell 8.8 Förändring av kostnad per elev och kostnad per listad patient i åldern 0–20 år i krontal och procent till följd av utredningens förslag

	Begrepp	År1	År2	År3	År4	År5	År6	År7	År8	År9	År10
Skola nettokostnader	Kronförändring	4	4	4	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33
	Procentuell förändring	0,003%	0,003%	0,003%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%
Skola kostnader	Kronförändring	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
	Procentuell förändring	0,0031%	0,0031%	0,0031%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%
Skola intäkter	Kronförändring	0	0	0	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241
	Procentuell förändring	0,0000%	0,0000%	0,0000%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%
Regioner nettokostnader	Kronförändring	35	35	35	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144
	Procentuell förändring	0,2259%	0,2259%	0,2259%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%
Regioner kostnader	Kronförändring	35	35	35	43	43	43	43	43	43	43
	Procentuell förändring	0,2282%	0,2282%	0,2282%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%
Regioner intäkter	Kronförändring	0	0	0	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189
	Procentuell förändring	0,00%	0,00%	0,00%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%
		År11	**År12**	**År13**	**År14**	**År15**	**År16**	**År17**	**År18**	**År19**	**År20**
Skola nettokostnader	Kronförändring	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33
	Procentuell förändring	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%
Skola kostnader	Kronförändring	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Procentuell förändring	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%
Skola intäkter	Kronförändring	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241
	Procentuell förändring	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%
Regioner nettokostnader	Kronförändring	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144
	Procentuell förändring	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%
Regioner kostnader	Kronförändring	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Procentuell förändring	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%
Regioner intäkter	Kronförändring	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189
	Procentuell förändring	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%

Av tabellen framgår det att såväl krontalsförändringarna som de procentuella förändringarna av nettokostnader, kostnader och intäkter per capita är små. Effekten för företag är därför också liten. Den slutliga påverkan på företagen är beroende av i vilken mån och i så fall hur kommuner och regioner justerar i ersättningssystemen till följd av utredningens förslag.

8.13.8 En sammanfattande kvalitativ bedömning av förslagen

Utredningen lägger förslag som huvudsakligen handlar om att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg. Ett led i detta är att utredningen föreslår uppgifter till centrala myndigheter att skapa olika former av styrdokument, kunskapssammanställningar och riktlinjer som ska vägleda kommuner och regioner samt i förlängningen de aktörer som utför tjänster inom den aktuella vården och omsorgen. Det för med sig kostnader för såväl de centrala myndigheterna som kommuner och regioner. Ytterligare ett led är krav på samverkan mellan kommuner och regioner. Det för med sig kostnader för kommuner och regioner. Den samverkan som sker på kommun- och regionnivå förväntas leda till krav på och faktiskt ökad samverkan

mellan de olika aktörerna i utförarledet. Det medför ökade kostnader för utförarna.

Utredningens förslag kan också förväntas ge upphov till intäkter, i form av minskade kostnader. Internationell forskning om vården och omsorgens organisationer ger vid handen att en betydande del av organisationernas kostnader kan betecknas som spill. Med spill menas onödigt resursutnyttjande som inte kommer patienterna till del, eller annorlunda uttryckt förslösade resurser. Möjligen kan analogin med spill i en produktionsprocess vid tillverkning av en fysisk produkt i en fabrik användas. De studier som internationellt genomförts inom hälso- och sjukvården kommer fram till olika grader av ”spill” men ligger i allmänhet i intervallet mellan 20 och 50 procent av de samlade kostnaderna. När spill identifierats har man ofta kunnat finna orsaken i bristande samordning inom och mellan organisationer. Utredningens förslag bör efter hand leda till minskat spill. Även vid modesta relativa effekter blir effekten i kronor och ören stor.

Utredningens förslag bör också kunna leda till just tidigare och bättre samordnade insatser för barn och unga med behov. Sådana insatser ger också intäkter till den vård och omsorg som riktar sig till barn och unga. Utredningens förslag ger också vinster till följd av det ökade humankapital som genereras. [12] Det ger sannolikt effekter i form av minskat behov av vård och omsorg senare i livet, ökat arbetskraftsdeltagande och minskad kriminalitet.

Utredningens förslag medför såväl kostnader som intäkter och sammantaget gör utredningen bedömningen att förslagen är samhällsekonomiskt lönsamma.

I hälsoekonomiska sammanhang är det mycket vanligt att man beräknar kostnaden för uppnåendet av vunna kvalitetsjusterade livsår, s.k. QALYs. Sådana beräkningar har inte legat inom ramen för detta avsnitt. Men med ledning av de genomförda beräkningarna finns det anledning att tro att sådana beräkningarna skulle ge goda resultat.

[12] Se *underlagsrapport för den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S2019:05.* (Bilaga 4).

8.13.9 Avslutande diskussion

Intäkterna, i form av minskade kostnader är dominerande i beräkningarna. Det ska dock konstateras att det i beräkningarna gjorts mycket försiktiga antaganden om vilka effekter utredningens förslag kan ha på till exempel det spill som förekommer inom hälso- och sjukvården.

Det faktum att utredningen har valt att avstå från att beräkna de vidare intäkterna i form av troligt förbättrat hälsokapital gör att den verkliga samhällsekonomiska vinsten av utredningens förslag är ännu större än den beräknade. Beräkningar gjorda av forskare och myndigheter på hälsoområdet visar att också små effekter av insatser inom barn- och ungdomsvården har stor effekt. Vinsten av att en enda person lever ett liv i kriminalitet och drogberoende är, utöver den mänskliga vinsten, mycket stor.

De genomförda beräkningarna är inte precisa prognoser av hur kostnader och intäkter kommer att gestalta sig i den mån utredningens förslag genomförs. Det har flera orsaker. Det handlar dels om att ambitionsnivå och incitament är svåra att inkorporera i beräkningarna, dels beror det naturligtvis på beräkningarnas överslagskaraktär. Utredningen bedömer dock att beräkningarna ger ett underlag för en fortsatt dialog på en något mer upplyst nivå.

9 Författningskommentarer

9.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

3 kap.

2 §

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Paragrafen har ändrats på så sätt att den uttryckligen anger att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa. Med arbete för att främja hälsa avses åtgärder i hälso- och sjukvården som utgår från kunskap om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra och som syftar till att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Med arbete för att förebygga ohälsa avses åtgärder som förhindrar uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minskar risken för ohälsa.

Övervägandena finns i avsnitt 6.2.

6 kap.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,

2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,

3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser,

4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda, och

5. hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

I paragrafen finns ett bemyndigande att meddela föreskrifter.

Femte punkten är ny och utgör ett tillägg till bemyndigandet att meddela föreskrifter. Tillägget innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer har rätt att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Hälso- och sjukvårdens skyldighet att arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa framgår av 3 kap. 2 § samma lag.

Tillägget till bemyndigandet att meddela föreskrifter avser endast hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa *hos barn och unga*. Med barn avses personer som är under 18 år, i enlighet med definitionen av barn i artikel 1 i Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och bestämmelsen om underårigs omyndighet i 9 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381). I begreppet unga ingår personer som har fyllt 18 år med inte 21 år.

Övervägandena finns i avsnitt 6.2.3.

7 kap.

7 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga ska regionen särskilt samverka med huvudmän inom skolväsendet.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om regionens skyldighet att samverka i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Andra stycket i paragrafen är nytt och anger att regionen särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga. I första hand

avses samverkan med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen inom regionen, men bestämmelsen utesluter inte att samverkan även sker med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen utanför regionen när det är relevant. Vilka som är huvudmän inom skolväsendet och vilka skolformer som skolväsendet omfattar framgår av skollagen (2010:800). Huvudmän inom skolväsendet kan enligt 2 kap. 2–5 §§ skollagen utgöras av kommuner, regioner, staten och enskilda.

Det som sägs om innebörden av begreppen barn och unga i författningskommentaren till 6 kap. 2 § gäller även denna bestämmelse.

Med hälso- och sjukvården till barn och unga avses i bestämmelsen all hälso- och sjukvård som ges till barn och unga, utan avgränsning när det gäller till exempel verksamhetsområde eller typ av vårdgivare. Samverkanskravet avser alltså såväl sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som riktar sig specifikt till barn och unga som sådan verksamhet som riktar sig till hela befolkningen och som barn och unga därför tar del av. Regionens skyldighet att samverka enligt bestämmelsen gäller vidare både sådan hälso- och sjukvård som bedrivs i egen regi och sådan hälso- och sjukvård som bedrivs av annan under regionens huvudmannaansvar.

Andra stycket innebär ingen inskränkning i den skyldighet som följer av första stycket, utan utpekar särskilt skyldigheten att samverka med huvudmän inom skolväsendet i tillägg till skyldigheten att i övrigt samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av all hälso- och sjukvård.

Övervägandena finns i avsnitt 6.4.1.

9.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

1 kap.

2 §

Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman.

Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 2 § andra stycket, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

I paragrafen görs en avgränsning av lagens tillämpningsområde på så sätt att vissa bestämmelser i lagen endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av en region eller kommun som huvudman och vissa bestämmelser endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. I första stycket utpekas bestämmelser som endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman. I andra stycket utpekas bestämmelser som endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Paragrafens andra stycke har ändrats på så sätt att det anger att 6 kap. 2 § andra stycket, vilken reglerar skyldigheten att utse en fast vårdkontakt för personer som inte har fyllt 21 år under vissa förutsättningar, endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5.3.

6 kap.

2 §

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Paragrafen innehåller bestämmelser om när en fast vårdkontakt ska utses för patienten. Andra stycket är nytt och innebär att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Om patienten inte har fyllt 21 år träder skyldigheten att utse en fast vårdkontakt in så snart det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det krävs alltså inte att det konstaterats att det faktiskt är nödvändigt. Skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt andra stycket är därmed mer långtgående än skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt första stycket.

Det behov som avses i stycket är behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

En fast vårdkontakt ska enligt andra stycket även utses om patienten begär det. Även om det bedöms att behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet kan tillgodoses på annat sätt ska patientens önskemål om att kunna vända sig till en fast vårdkontakt alltså tillgodoses.

Vid en bedömning av om det kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt för ett barn ska det i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa enligt artikel 3 barnkonventionen. Vid en sådan bedömning ska även barnets rätt, enligt artikel 12 barnkonventionen, att fritt uttrycka sina åsikter och skyldigheten för vården att tillmäta dessa betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad beaktas. Bestämmelser om vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn finns i föräldrabalken (1949:381).

Även när det gäller personer som fyllt 18 år men inte 21 år bedömer utredningen att det är viktigt att så långt det är möjligt samråda med patienten och respektera dennes önskemål när den person som ska vara patientens fasta vårdkontakt utses.

I 1 kap. 2 § samma lag anges att 6 kap. 2 § andra stycket endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. 6 kap. 2 § första stycket gäller däremot i övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet och reglerar skyldigheten att utse en fast vårdkontakt under vissa förutsättningar oavsett patientens ålder.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5.3.

Referenser

Offentligt tryck

Riksdagstryck

Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU22 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Propositioner och skrivelser

Lagrådsremiss 2016-05-19: *Särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa.*

Prop. 1981/82: 97: *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

Prop. 1984/85:181: *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.*

Prop. 1994/95:195: *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1999/2000:149: *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling.*

Prop. 2000/01:71: *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskole-utbildningar.*

Prop. 2005/06:115: *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*

Prop. 2008/09:74: *Vårdval i primärvården.*

Prop. 2009/10:55: *En politik för det civila samhället.*

Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

Prop. 2009/2010:165: *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet*.

Prop. 2012/13:10: *Stärkt stöd och skydd för barn och unga.*

Prop. 2013/14:106: *Patientlag.*

Prop. 2013/14:160: *Tid för undervisning – lärares arbete med stöd, särskilt stöd och åtgärdsprogram.*

Prop. 2016/17:1. *Budgetproposition för 2017.*

Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

Prop. 2016/17:59 *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet*.

Prop. 2016/17:106 *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*

Prop. 2017/18:186 *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.*

Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*

Prop. 2019/20:164: *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Statens offentliga utredningar

SOU 1979:78: *Mål och medel för hälso- och sjukvården förslag till hälso- och sjukvårdslag.*

SOU 2000:19: *Från dubbla spår till elevhälsan.*

SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga.*

SOU 2014:3 *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga.*

SOU 2010:95: *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning.*

SOU 2013:74: *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan.*

SOU 2014:23: *Rätt information på rätt plats i rätt tid.*

SOU 2016:2: *Effektiv vård.*

SOU 2016:78: *Ordning och reda i välfärden.*

SOU 2017:9: *Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar.*

SOU 2017:35: *Samling för skolan Nationell strategi för kunskap och likvärdighet.*

SOU 2017:43: *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen.*

SOU 2017:47: *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*

SOU 2018:39: *God och nära vård En primärvårdsreform.*

SOU 2018:90: *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*

SOU 2019:20*: Stärkt kompetens i vård och omsorg*.

SOU 2019:29: *God och nära – vård i samverkan*.

SOU 2019:42: *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*

SOU 2020:19: *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

SOU 2020:47: *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*

SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet.*

SOU 2020:63: *Barnkonventionen och svensk rätt.*

SOU 2021:4: *Informationsöverföring inom vård och omsorg.*

SOU 2021:6: *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.*

SOU 2021:11: *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning.*

Departementsserien och promemorior

Ds 1981:4 *Skollagen.*

Ds 1999:44: *Den ljusnande framtid är vård, Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling.*

Ds 2018:32: *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi*.

Promemoria U2018/02704/UH: *En sexårig utbildning för läkarexamen*.

Kommittédirektiv

Dir. 2017:39 *Översyn av socialtjänstlagen.*

Dir. 2018:20: *Kartläggning av hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med barnkonventionen.*

Dir. 2019:37: *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Dir. 2019:38 *Tilläggsdirektiv till utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven.*

Dir 2019:49: *Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01).

Dir. 2019:69: *Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård*.

Dir. 2019:71 *Fler barn i förskolan för bättre språkutveckling i svenska.*

Dir. 2019:78 *Tilläggsdirektiv till utredningen sammanhållen kunskapsstyrning*.

Dir. 2020:68: *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.*

Dir. 2020:81: *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

Dir. 2020:112 *Tilläggsdirektiv till utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg*.

Dir. 2020:140 *Förutsättningar för ett statligt huvudmannaskap för skolan.*

Rapporter och litteratur

Barnombudsmannen (2016): *Respekt – barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd.*

Barnombudsmannen (2019): Barns röster från förskolan.

Bergum Hansen, M. & Jacobsen, H. (2008): *Sped- och småbarn i risiko- en kunskapsstatus.* Regioncenter for barn og unges psykiska helse.

Berwick and Hackbarth (2012) *Eliminating Waste in US Health Care.*

Blair, M. et al. (2013): *Barnhälsovetenskap.* Studentlitteratur, Lund.

Bloom, M. & Gullotta, T.P. (2003): *Evolving definitions of primary prevention. Encyclopaedia of primary prevention and health promotion*. New York Cluwer.

Bris (2020): *De säger att vi inte rör på oss.*

Bris (2019): *Expertgrupp barn – metodhandbok.*

Bris (2020): *Hållbara liv – om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*.

Bris (2021): *Första året med pandemin – om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020.*

Britto, P.R. et al. (2017): *Nurturing care: Promoting early childhood developement.* Lancet, 389, 91–102.

Broberg, M. et al. (2014): *Riktat föräldrastöd. RiFS-projektets slutrapport. En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning* RiFS-projektets slutrapport. FoU i Väst/GR.

Brottsförebyggande rådet (2009): *Orsaker till brott bland unga och metoder att motverka kriminell utveckling – En kunskapsinventering.*

Dalman, C. (2018): *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga.* Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting.

Daníelsdóttir, S. & Ingudóttir, J. (2020): *The First 1 000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis.* Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Folkhälsomyndigheten (2014): *Vaccinationsstatistik från skolhälsovården Elever i årskurs 6, läsåret 2013/14.*

Folkhälsomyndigheten (2016*): Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld.*

Folkhälsomyndigheten (2017): *Folkhälsans utveckling.*

Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017) *Förskolans påverkan på barns hälsa.*

Folkhälsomyndigheten (2017): *SRHR i Sverige.*

Folkhälsomyndigheten (2017): *Hiv i Sverige 2016*.

Folkhälsomyndigheten (2018): Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.

Folkhälsomyndigheten (2018): *Rapport över utvecklingen i förhållande till ANDT-strategins mål 2018.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Barns och ungas rörelsemönster.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Ojämlikheter i psykisk hälsa – Kunskapssammanställning.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017*. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017.

Folkhälsomyndigheten (2019): *Skolbarns hälsovanor.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport*.

Folkhälsomyndigheten (2020): *Covid-19 hos barn och unga – En kunskapssammanställning Version 2.*

Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020*.

Folkhälsomyndigheten (2020): *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård.*

Folkhälsomyndigheten (2020): *På väg mot en god och jämlik hälsa – Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet*.

Folkhälsomyndigheten (2021): *En skolbaserad samverkansmodell för första linjen med syfte att förebygga barns och ungas psykiska ohälsa i Sverige. Utvärdering av ett pilotprojekt initierat av Sveriges Kommuner och Regioner.*

Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa.*

Forte (2020): *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2013): *Ni är grymma, keep up the good work.*

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar.*

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2018): *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar.*

Furmark, C. & Neander, K. (2018): *Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning.* Nka Barn som anhörig 2018:2.

Golsäter, M. (2012): *Hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa – en utmanande uppgift*. Dissertation series no. 26 2012, Högskolan i Jönköping.

Gordon, R.S. (1983): *An operational classification of disease prevention.* Public Health Reports. 1983;98:107–109.

Governo (2021): *Utvärdering av Skolverkets och Socialstyrelsens regeringsuppdrag om tidiga och samordnade insatser för barn och unga* (2017/01236/GV).

Hagquist, C. (2020): *Final Scientific Report. Research programme 2013–2020. The impacts of changed living conditions on child and adolescent mental health.* Karlstad University.

Heckman, J.J. (2000): *Policies to foster human capital*, Research in Economics, 54(1) (s. 3–56).

Helsedirektoratet (2017): *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdomen.*

Inera AB (2018): *eHälsa och IT i landstingen*.

Inera AB (2019): *Ärendebeskrivning: Sammanhållen plan i 1177 Vårdguiden*.

Inera AB och Sveriges Kommuner och Landsting (2018): M*ålbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll – Gemensam målbild för kommuner, landsting, regioner, SKL och Inera*.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (2019): *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2018): Remissvar på SOU 2018:39 *God och nära vård en primärvårdsreform.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2019): *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja*. Förstudie.

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2020): *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*.

IVO (2020): *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*.

Karlsson, M. & Nilsson, T. (2018): *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster*, SNS analys nr 49.

Konkurrensverket (2014): *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Rapport 2014:2.

Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet (2010) *Barns och ungas psykiska hälsa i Sverige En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid.*

Kommunakuten, (2019): *Rättsliga förutsättningar för drift av ungdomsmottagningar.*

Köhler, M. (2017): *Vulnerable children. A social perspective on health and healthcare*. Lunds universitet.

The Marmot review (2010): *Fair society, healthy lives*. Strategic Review of Health Inequalities in England post – 2010. www.ucl.ac.uk/marmotreview.

Medin, Jennie och Alexandersson, Kristina (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Studentlitteratur, Lund.

Milerad, Josef och Lindgren, Carl (2015): *Evidensbaserad elevhälsa.* Studentlitteratur, Lund.

Mind (2018): *Unga mår allt sämre – eller?*

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2010): *Samhällets kostnader för fallolyckor MSB 0197*.

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2014): *Fallolyckor. Statistik och analys MSB 752*.

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019): *Remiss: den robusta sjukhusbyggnaden – 2020.*

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2019): *Unga med attityd, del 3 hälsa, fritid och framtid.*

Myndighetens för vård- och omsorgsanalys (2013): *Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*, rapport 2013:9.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*, rapport 2014:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015): *Samordna vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.* PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, rapport 2018:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, rapport 2018:08.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, rapport 2018:12.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Olik eller jämlik – En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan*, rapport 2019:4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd*, rapport 2019:6.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, rapport 2020:4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, rapport 2020:9.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:11.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga – En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:13.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021): *Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården*, PM 2021:1.

Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen (2007): *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa.*

Nordic Council of Ministers Danielsdottir, S. och Ingudottir, J. (2020): *The First 1000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis.*

OECD (2017): *The future of primary care Interim report and next steps*.

OECD och EU (2018): *Health at a glance: Europe*.

Public Health England (2016): Best start in life and beyond: Improving public health outcomes for children, young people and families Guidance to support the commissioning of the Healthy Child Programme 0–19: Health visiting and school nursing services.

Region Blekinge (2019): *Redovisning avseende överenskommelsen om god och nära vård 2019*.

Region Dalarna (2019): *Region Dalarnas redovisning av statliga medel God och nära vård, 2019-10-15, Nulägesbeskrivning och handlingsplan i omställningen till en mer nära vård*.

Region Stockholm (2019): *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*.

Riksrevisionen (2011): *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan* (RiR 2011:19).

Riksrevisionen (2011): *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* (RiR 2011:17).

Riksrevisionen (2014): *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22).

Ringsberg, K. C. et al. (2020): *Health literacy – Teori och praktik i det hälsofrämjande arbetet,* Studentlitteratur, Lund.

Risholm Mothander, P. & Broberg, A. (2018): *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning utveckling och samspel.* Natur & Kultur, Stockholm.

Rück, C. (2020): *Olyckliga i paradiset: varför mår vi dåligt när allt är så bra?* Natur Kultur Akademisk.

Rose, G. et al. (2009): *Rose's Strategy of Preventive Medicine.* Oxford Scholarship Online:sept 2009.

Rootman, I. et al. (2001) *Evaluation in Health Promotion. Principels and Perspektives. Copenhagen*: WHO Regional Publications, European Series, No.92.

Sarkadi A. et al. (2018): *Spädbarnets utveckling och behov av en trygg bas.* ISSN: 2001-4287.

Sarkadi, A. (2020): *Barn och ungas röster om corona.* Uppsala universitet.

SBU – Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2010): *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.*

SBU – Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2019): *Föräldrastödsprogram vid utagerande beteende hos barn: Effekter och verksamma komponenter.*

Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*. Kvalitetsgranskning, rapport 2015:05.

Skolinspektionen (2018): *Årsrapport 2017 Skillnader i skolors arbetssätt och huvudmännens ansvarstagande.*

Skolinspektionen (2020): *Skolenkäten*.

Skolverket (2019): *Hälsa för lärande – lärande för hälsa.*

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012): *Slutrapport från Modellområdesprojektet 2009–2011*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014): *Kartläggningsrapport – Första linje för barn och ungas psykiska hälsa*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015): *PSYNK – Psykisk hälsa för barn och unga Slutrapport för Psynk År 2011–2014.*

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar.*

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017): *Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*

SKL – Sveriges kommuner och Landsting (2018*): Slutrapport januari 2018 Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *Köp av verksamhet 2019 – Kommuner och regioner 2006–2018*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *BUP i siffror, öppna jämförelser.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Att stärka samverkan med hjälp av SIP – samverkan med hjälp av SIP – förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Delrapport – överenskommelse psykisk hälsa*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Första linjen 2020 – Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn.*

SKR (2020) Psykiatrin i siffror – kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin 2019.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa.*

Socialstyrelsen (2008): *Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt.*

Socialstyrelsen (2011): *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?*

Socialstyrelsen (2012): *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*.

Socialstyrelsen (2012): *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige.*

Socialstyrelsen (2012): *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Slutrapport.*

Socialstyrelsen (2013): *Nationella screeningprogram – en modell för bedömning, införande och uppföljning.*

Socialstyrelsen (2013): *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*.

Socialstyrelsen (2013): *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*.

Socialstyrelsen (2013): *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska översikter.*

Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården*.

Socialstyrelsen (2014): *Barn som far illa eller riskerar att fara illa.*

Socialstyrelsen (2014): *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd.*

Socialstyrelsen (2015): *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal.*

Socialstyrelsen (2015): *Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar*.

Socialstyrelsen (2015): *Nationella riktlinjer – Utvärdering-Sjukdomsförebyggande metoder 2014 – Indikatorer och underlag för bedömningar.*

Socialstyrelsen (2015): *Skador bland barn i Sverige 2015.*

Socialstyrelsen (2016): *Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*

Socialstyrelsen (2017): *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning.*

Socialstyrelsen (2017): *Utvecklingen av psykisk ohälsa. Till och med 2016.*

Socialstyrelsen (2017): *Vård efter förlossning.*

Socialstyrelsen (2017): *Statistik om skador bland barn 2016.*

Socialstyrelsen (2017): *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning.*

Socialstyrelsen (2018): *Dödfödda barn.*

Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.*

Socialstyrelsen (2018): *Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn – en fråga om psykosocial miljö?*

Socialstyrelsen (2018): *Öppna jämförelser 2018 – En god vård?*

Socialstyrelsen (2019): *Regeringsuppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) – Lägesbeskrivning 2019.*

Socialstyrelsen (2019): *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie.*

Socialstyrelsen (2019): *Uppdrag om kartläggningar och analyser inom området psykisk ohälsa.*

Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.*

Socialstyrelsen (2019): *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa. Nationell kartläggning 2018.*

Socialstyrelsen (2019): *Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för en jämlik hälsa bland barn.*

Socialstyrelsen *(2019): Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn.*

Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården, slutrapport 2019.*

Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid neuropsykiatriska funktionshinder.*

Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019.*

Socialstyrelsen (2019): *Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa.*

Socialstyrelsen *(2019): Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018.*

Socialstyrelsen (2019): *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov.*

Socialstyrelsen (2020): *Barns medverkan i Socialstyrelsens arbeten. Ett stödmaterial för att inhämta barns kunskaper och erfarenheter.*

Socialstyrelsen (2020): *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020.*

Socialstyrelsen (2020): *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).*

Socialstyrelsen (2020): *Munhälsa och tandvård för placerade barn.*

Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*

Socialstyrelsen (2020): *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018.*

Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2020.*

Socialstyrelsen (2020): *Öppna jämförelser 2020 – Social barn- och ungdomsvård.*

Socialstyrelsen (2020): *Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården En andra delrapport från Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020.*

Socialstyrelsen (2021): *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten.*

Socialstyrelsen (2021): *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

Socialstyrelsen (2021): *Att lyssna på barn i familjehem. En nationell brukarundersökning om familjehemsplacerade barns upplevelser av vården.*

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2020): *Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner – Delredovisning*.

Socialstyrelsen och Skolverket (2016): *Vägledning för elevhälsan.*

Staten och SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017): *Överenskommelse om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020.*

Statens Medieråd (2019): *Ungar & medier 2019.*

Statens Medieråd (2020): *Unga medier och psykisk ohälsa*.

Stewart-Brown, S. L. & McMillian, A. S. (2010): *Home and communiting based parenting support programmes and interventions:report of Worpackage 2 of the DataPrev project.* Coventry: Warwik Medical School.

Sundhetsstyrelsen (2019): *VEJLEDNING om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.*

Svenska neonatalföreningen (2015): *Nationella riktlinjer för uppföljning av neonatala riskbarn.*

Svenska OMEP (2019): *Samarbete förskola – barnavårdscentral En nationell enkätundersökning 2019.*

Sveriges officiella statistik (2020): *Statistiska meddelanden BM 18 SM 2001 Sveriges framtida befolkning 2020–2070.*

Sveriges tandläkarförbund et al. (2019): *Förutsättningar för god mun- och allmänhälsa hos barn och ungdomar – Enkät till skolpersonal.*

Tell, J. (2019): *Implementation and use of web-based national guidelines in child healthcare.* Avhandling No. 2019:03 Blekinge Institute of Technology, Doctoral Dissertation Series No. 2019:03 Department of Health.

Uppdrag Psykisk Hälsa (2015): *Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa – framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt*.

Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0.*

Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *Psykiatrin i siffror, Barn och ungdomspsykiatrin – kartläggning 2019.*

UNHCR (2019): *Rapport baserad på FN:s World Population Prospect 2019.*

Vårdföretagarna Almega (2020) *Privat vårdfakta 2020 – Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen.*

Västra Götalandsregionen (2014): *Riktat föräldrastöd RiFS-projektets slutrapport En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning,* FoU i Väst.

Västra Götalandsregionen (2017): *Regional utvecklingsplan för BUP 2017–2020.* Dnr RS 2017-00018.

Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – Nuläge och behov. Delrapport 1.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2018): *Intervjustudie närstående till barn med kronisk sjukdom och många vårdkontakter, bilaga 2.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2019): *Intervjustudie med barn och unga med kronisk sjukdom och många vårdkontakter i Västra Götalandsregionen – hur de uppfattar kontakten med vården och hur de beskriver sin vardag, Regional handlingsplan för barn och ungas hälsa och sjukvård.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2019): *Uppdrag att utreda öppenvården för barn- och ungdomsmedicin i VGR.* Dnr RS 2019-08704

Västra Götalandsregionen (2019): *Trendanalys 2019*. Dnr RS 2019-03429.

Wallby, T. (2012): *Lika för alla?: Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC*, Uppsala universitet, Medicinska och farmaceutiska vetenskapsområdet, Medicinska fakulteten, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Pediatrik.(Socialpediatrik).

Wang et al. (2019): *Mode of HPV vaccination delivery and equity in vaccine uptake: A nationwide cohort study.*

Whitehead, D. (2006): *Health promotion in practice settings: findings from a review of clinical issues.* Worldviews on Evid Based Nurs, Volume 3, Issue 4/p. 165–184.

WHO (2008): *Now more than ever, World Health Report 2008?*

WHO (2008): *Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health.*

WHO (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.*

WHO (2018): *A vision for primary health care in the 21th century*.

WHO (2019): *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age.*

Winpenny, E. et al. (2016*): Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons*, Southampton (UK): NIHR Journals Library.

Pressmeddelanden och webbpublikationer

Internetstiftelsen (2018): *Svenskarna och internet 2018*. https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2018/ (Hämtad 20-02-12).

Internetstiftelsen (2019): *Svenskarna och internet 2019*. https://svenskarnaochinternet.se/app/uploads/2019/10/svenskarna-och-internet-2019-a4.pdf (Hämtad 20-02-12).

Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG och samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening (2008, uppdaterad webbversion 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. ARG rapport nr 76. www.sfog.se (Hämtad 2021-04-09).

Regeringen (2019): *Regeringen inrättar nationellt vårdkompetensråd*. www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/09/regeringen-inrattar-nationellt-vardkompetensrad/ (Hämtad 2020-01-03).

Regeringen (2019): Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg. www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/11/forbattrat-strategiskt-ledarskap-inom-kommunalt-finansierad-vard-och-omsorg/ (Hämtad 2020-01-09).

Regeringen (2019): En nationell strategi för life science. www.regeringen.se/informationsmaterial/2019/12/en-nationell-strategi-for-life-science/ (Hämtad 2020-03-02).

Region Västerbotten (2020) *Hälsa – Lärande – Trygghet i Västerbotten. Årsrapport 2020*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *Patientkontrakt. Slutrapport januari 2018. Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner.* https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f745b33/1615362686662/Patientkontrakt_slutrapport_2018-02-14.pdf.

Socialstyrelsen (2018): *Inrapporterade depressioner och ångest-syndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018.* www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6768.pdf (Hämtat 2020-04-09).

The 1001 Critical Days (2021): *The importance of the Conception to Age Two Period.* www.nspcc.org.uk/globalassets/dokuments/news/critical-days-manifesto.pdf (Hämtad 2021-02-22).

Zero to Three (2012): *Making it happen.* www.zerotothree.org/document/349 (Hämtad 2021-02-19).

Medietryck och debattartiklar

Almgren, P. et al. (2020): Många barn har långvariga och stora behov av hälso- och sjukvård. *Läkartidningen 2020; 117:20045*.

Bris (2020): *Pandemin är en barnrättskris.* www.bris.se/om-bris/press-och-opinion/debattartiklar/pandemin-ar-en-barnrattskris/ (Hämtad 2021-01-06)

Sveriges Barnläkarförening (2021): Nedstängningar slår hårt mot barn och unga. *Svenska Dagbladet*. *2021-01-31.* www.svd.se/nedstangningar-slar-hart-mot-barn-och-unga (Hämtad 2021-02-01).

Webbsidor

Brottsförebyggande rådet (2019): *Unga misstänkta för brott.* www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/ungdomsbrottslighet.html (Hämtad 2021-04-09).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Att främja psykisk hälsa bland barn och unga*. www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/barn-och-unga--psykisk-halsa/ (Hämtad 2020-03-30).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Utveckling av barns och ungas hälsa.* www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/utveckling-av-barns-och-ungas-halsa/ (Hämtad 2020-03-30).

Folkhälsomyndigheten: *Bra att veta om vaccinationer*. www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/bra-att-veta-om-vaccinationer/ (Hämtad 2020-04-03).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn.* www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vaccinationsprogram/allmant-program-for-barn/ (Hämtad 2020-03-27).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Vaccin mot Humant papillomvirus (HPV).* www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vacciner-a-o/humant-papillomvirus-hpv/ (Hämtad 2020-03-27).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet – Alkohol-konsumtion (skolelever)*, www.folkhalsomyndigheten.se/andtuppfoljning/om-indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion, cigaretter (skolelever)* www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion snus (skolelever)*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Narkotikaanvändning (skolelever*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk alkohol*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk tobak*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18)

Folkhälsomyndigheten (2020): *Spädbarnsdödlighet*, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/spadbarnsdodlighet/ (Hämtad 2020-03-19).

Folkhälsomyndigheten (2021): *Alkoholens skadeverkningar*, www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/alkoholens-skadeverkningar/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten, *Barn och unga* (2021): www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/ (Hämtat 2021-04-09)

Folkhälsomyndigheten (2021): *De första 1000 dagarna i de nordiska länderna*. www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/ (Hämtad 2021-04-09)

Folkhälsomyndigheten (2021): *Förekomst av övervikt och fetma*, www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/forekomst-av-overvikt-och-fetma/ (Hämtad 2021-01-27).

Föreningen för familjecentralers främjande (2021): *Vad är en familjecentral?* https://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral1/ (Hämtat 2021-04-09).

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2021): Om FSUM, http://fsum.nu/om/ (Hämtad 2021-04-09).

Globalportalen (2021): https://globalportalen.org (Hämtat 2021-04-09).

Graviditetsregistret (2021): *Detta är graviditetsregistret.* www.graviditetsregistret.se (Hämtat 2021-04-06).

Karolinska institutet – Svenska MeSH (2020): *Health Literacy – Hälsolitteracitet.* https://mesh.kib.ki.se/term/D057220/health-literacy (Hämtad 2020-12-06).

Midlands Partnership NHS Foundation Trust (2021): *School Age Immunisation Team*. www.mpft.nhs.uk/services/school-age-immunisation (hämtad 2021-04-12).

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (2021): www.mfof.se/om-mfof.html (Hämtat 2021-04-12).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga*. www.anhoriga.se/barnsomanhoriga (Hämtad 2021-04-09).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2021): *Värna våra yngsta – spädbarns rätt till hälsa och utveckling*. www.anhoriga.se/nkaplay/barn-som-anhorig/konferenser-seminarier/ (Hämtad 2021-04-09).

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021): https://kunskapsstyrningvard.se/index.html (Hämtad 2021-04-09).

Nationellt system för kunskapsstyrning – Nationellt programområdet psykisk hälsa (2020): *Vård och insatsprogram för ADHD*. www.vardochinsats.se/adhd/ (Hämtad 2021-02-18).

Psykologförbundet: *Nationell målbeskrivning för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård* www.psykologforbundet.se/mbhv-psykologerna/foreningen/Nationell-malbeskrivning1/ (Hämtad 2021-04-06).

Region Jönköping (2019): *Erfarenheter från verksamheten.* https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45124 (Hämtad 20-02-24).

Region Jönköping (2019): *Erfarenheter från deltagarna*. https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45028 (Hämtad 20-02-24).

Region Jönköping (2019): *Esther*. https://plus.rjl.se/esther (Hämtad 20-02-23).

Region Jönköping (2019): *Levande bibliotek*. https://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=44778&nodeType=13 (Hämtad 20-02-24).

Region Kalmar län (2019): *Oskar – samverkan kommun och Region Kalmar län*, www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-landsting (Hämtad 19-12-27).

Region Stockholm (2019): *Internetpsykiatri.* www.internetpsykiatri.se/ (Hämtad 20-02-26).

Rikshandboken för barnhälsovård (2020): www.rikshandboken-bhv.se/ (Hämtad 2020-03-30).

Rikshandboken för barnhälsovård (2021): *Enskilda föräldrasamtal* www.rikshandboken_bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/ (Hämtad 2021-04-09).

Rikshandbok för barnhälsovård (2021): *Identifiering av skydds- och riskfaktorer*. www.rikshandboken-bhv.se (Hämtad 2021-04-09).

Rikshandboken i barnhälsovård (2021): *Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor*. www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/ (Hämtad 2021-02-09).

Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Teamarbete i barnhälsovården*. www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/teamarbete-i-barnhalsovarden/ (Hämtad 2021-04-09).

Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Barnhälsovårdens nationella program.* www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/ (Hämtad 2021-04-09).

SCB -Statistiska centralbyrån (2020): *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2019*. www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--riket/befolkningsstatistik-i-sammandrag/ (Hämtad 2020-04-01).

SCB – Statistiska centralbyrån (2020): *Fler barn bor i storstäder i framtiden*. www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/fler-barn-bor-i-storstader-i-framtiden/ (Hämtad 2020-04-01).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): *23 000 barn går inte i förskola.* www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/23-000-barn-gar-inte-i-forskola/ (Hämtad 2021-02-01).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): Födda i Sverige. www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/fodda-i-sverige/(Hämtad 2021-02-09).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): *Kommunernas Räkenskapssammandrag 2019*. www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/ (Hämtad 2021-04-02).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): Folkmängd 0–19 år riket jämförelse år 2000 och år 2020 samt befolkningsprognos. www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/ (Hämtat 2021-02-19).

Skolverket (2021): *Elever som har det svårt hemma* www.skolverket.se/skolutveckling/inspiration-och-stod-i-arbetet/stod-i-arbetet/elever-som-har-det-svart-hemma (Hämtat 2021-04-09).

Skolverket (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)*. www.skolverket.se/skolutveckling/leda-och-organisera-skolan/organisera-tidigt-stod-och-extra-anpassningar/tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga (Hämtad 2021-04-09).

Skolverket (2020): *Andelen med behörighet till gymnasiet*, www.skolverket.se/skolutveckling/statistik/sok-statistik-om-forskola-skola-och-vuxenutbildning?sok=SokC&verkform=Grundskolan&omrade=Betyg%20%C3%A5rskurs%209&lasar=2019/20&run=1 (Hämtat 2020-12-20).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020. https://skr.se/download/18.438a2da8174729859c6b06e3/1600194793873/Beslutsläge-vårdval-Regioner-juni-2020.pdf (Hämtad 2020-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Ekonomistatistik 2010–2019.* https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html (Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Verksamhetsstatistik 2010–2019.* https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html (Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Vad är definitionen av primärvård?* https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/tillganglighetprimarvarden/verksamhetsstodutokaduppfoljningiprimarvarden/fragorochsvaromutokaduppfoljningiprimarvarden/faqallmantomrapportering/vadardefinitionenavprimarvard.31799.html (Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa.* https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/forlossningsvardkvinnorshalsa.10832.html (Hämtad 2021-02-12).

SKR (2021): *Metoder och verktyg vid samtal med barn inom socialtjänsten* https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/barnochunga/samtalmedbarn/metoderochverktyg.34408.html (Hämtat 2021-04-09).

SKR (2021): *Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården* https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/overenskommelseomengodochnaravard/utvecklingavdennaravardenmedfokuspaprimarvarden.31668.html (Hämtat 2021-04-06).

Socialstyrelsen (2019): *Digital verksamhetsutveckling i vården*, https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde (Hämtad 2019-12-27).

Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-25.pdf (Hämtad 2021-02-18).

Socialstyrelsen (2020): *Direktåtkomst för den enskilde*, https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde (Hämtad 20-03-09).

Socialstyrelsen (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI).* https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/om-tidiga-och-samordnade-insatser/ (Hämtad 2021-04-09).

Socialstyrelsen (2021): Stöd till barn som är anhöriga www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-vard-och-omsorg/stod-till-anhoriga/stod-till-barn/ (Hämtat 2021-04-09).

Svenska Barnhälsovårdsregistret (2021): *Svenska Barnhälsovårdsregistret*. http://bhvq.se (Hämtad 2021-04-09).

Tilia (2020): *Om oss* https://teamtilia.se/om-oss/ (Hämtad 20-12-21).

UMO.se (2020): www.umo.se/

Vårdhandboken:(2021): www.vardhandboken.se/ (Hämtad 2021-02-05).

1177 Vårdgivarguiden (2021): *Barn- och ungdomspsykiatrins spädbarnsverksamhet i Skåne* https://www.1177.se/Skane/liv--halsa/psykisk-halsa/att-soka-stod-och-hjalp/barn--och-ungdomspsykiatrins-spadbarnsverksamhet-i-skane/ (Hämtad 2021-04-06).

Västra Götalandsregionen (2021): *Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård Borås, Regionhälsan*, www.vgregion.se/halsa-och -vard/psykologenheter-for-modra-och-barnhalsovard/sodra-alvsborg/ (hämtad 2021-04-09)

Övrigt

Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24) (CRC/C/GC/15).

Regeringens nationella psykiatrisamordnare (2012): *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*. Dnr S2012.006.

Regeringens nationella samordnare inom området psykisk hälsa (2018) *Ungas beställning till samhället (S2018/04669/FS).*

Regeringskansliet Socialdepartementet (2018): En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd.

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* S 2020/07505.

Regeringsuppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen, *Ändring av uppdrag att utföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga samt förlängd tid för uppdraget*, dnr U2020/00363.

Regeringsuppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*, U2017/01236/GV.

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer* S2019/04223/FST.

Regeringsuppdrag till Folkhälsomyndighet och Socialstyrelsen, *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention*, S2020/06171/FS.

Socialutskottet (2017): *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering.* (Dnr. 2017/18:RFR5).

Verksamhetschefsnätverket för BUP Sverige (2020): Skrivelse daterad 2020-05-28 om regeringsdirektivet.

Överenskommelse mellan staten och SKL om Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården 2018.

Överenskommelse mellan staten och SKL om God och nära vård En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019.

Överenskommelse mellan staten och SKR om Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020.

Överenskommelse mellan staten och SKR om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021.

Överenskommelse mellan staten och SKL om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020.

Kommittédirektiv 2019:93

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Beslut vid regeringssammanträde den 28 november 2019

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga som lider av psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, BUP.

Utredaren ska bl.a.

- utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll,
- i dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå,

- ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), och
- lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter. Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

Bakgrund

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska bl.a. den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa. Av patientlagen (2014:821) framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

I patientlagen anges att barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn. Vidare finns det särskilda bestämmelser om att barnet ska ges möjlighet att uttrycka sin inställning till vården och om att underlätta barnets delaktighet i hälso- och sjukvården med beaktande av ålder och mognad. Uppföljningar från bl.a. myndigheter och utredningar visar dock att vård inte alltid ges utifrån dessa förutsättningar och att tillgången till vård och samordningen av den varierar mellan olika regioner och vårdgivare.

Målgruppen för uppdraget är barn och unga. Regeringens barnrättspolitik tar sin utgångspunkt i FN:s konvention om barnets

rättigheter (barnkonventionen) och omfattar barn och unga upp till 18 år. Ungdomspolitiken omfattar unga mellan 13 och 25 år.

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. Antalet barn och unga med psykisk ohälsa har dock ökat kraftigt under de senaste tio åren. Totalt handlar det om närmare 190 000 barn och unga vuxna i Sverige som lider av någon form av psykisk ohälsa. Den enskilt största gruppen, drygt 63 000 personer, är unga kvinnor i åldern 18–24 år. Det är framför allt diagnoser för depressioner och olika ångestsyndrom som bidrar till ökningen av den psykiska ohälsan. Orsakerna till ökningen kan vara flera, bl.a. ökad skolstress och ökade krav på arbetsmarknaden. De första åren i ett barns liv är viktiga för barnets utveckling och framtida hälsa. Brister i spädbarnets omsorgsmiljö påverkar barnet både kognitivt och emotionellt på lång sikt. Tidiga insatser på olika nivåer är avgörande för att säkerställa späda barns rätt till hälsa och utveckling.

Det finns också skillnader i hälsa som beror på socioekonomiska faktorer. Det framgår bl.a. av delbetänkandet Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55) från Kommissionen för jämlik hälsa. Barn som lever i socioekonomisk utsatthet löper t.ex. mycket högre risk att skrivas in på sjukhus och att dö under barndomen än andra barn. Dessa barn har sämre hälsa och tandhälsa även i vuxen ålder och sämre förutsättningar för lärande, arbete och en egen inkomst. Även barn och unga som är placerade av socialtjänsten är särskilt utsatta. Det är centralt att barn och unga får tillgång till en sammanhållen vård som tar hänsyn till barns och ungas förutsättningar och behov så att de kan utvecklas och må bra även i vuxen ålder. Det gäller såväl hälso- och sjukvårdsinsatser som hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Uppföljningar, bl.a. från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen, visar att fragmentiseringen av och den bristande tillgången till hälso- och sjukvården samt otydlig ansvarsfördelning mellan de aktörer som erbjuder hälso- och sjukvård leder till att barn och unga ofta hamnar mellan stolarna. Det gäller särskilt barn och unga med psykisk ohälsa. IVO har i sin tillsyn sett att barn och unga med psykisk ohälsa riskerar att drabbas av brister i samordning och en osammanhängande vårdkedja samt att primärvården inte alltid har kapacitet och kompetens för att ta hand om barn och unga och familjer i kris. IVO lyfter även fram att det förekommer

att både primärvården och psykiatrin hänvisar barn och unga till elevhälsan med sina problem trots att elevhälsan inte är en vårdinstans. Samverkansproblem förekommer också mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, t.ex. när det gäller barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Problematiken med fragmentisering i vården drabbar också barn och unga med funktionsnedsättning och barn och unga med kroniska sjukdomar. Behovet av kontinuitet och samordning i vården är stort för dessa barn och unga och deras vårdnadshavare som ofta har många kontakter med vård och omsorg. Riksrevisionens granskningsrapport Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning (RiR 2011:17) visar att samordningen kring barn med funktionsnedsättning har stora brister och att alltför mycket ansvar för samordningen läggs på de anhöriga. Ingen aktör runt barnet anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan och ingen känner sig huvudansvarig för samordningen. Riksrevisionen pekar här på att det blir avgörande att det finns en stark och drivande anhörig för att samordningen ska fungera.

Svårigheter kan uppstå i övergången mellan barn- och vuxenvården. Övergången kan upplevas abrupt för många barn och unga och även deras närstående. Det handlar om att gå från en vårdkultur till en annan där det omhändertagande som finns i barn- och ungdomshälsovården upphör och den unga i högre grad förväntas ta eget ansvar. Det kan leda till otrygghet hos den unga. Övergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin kan vara särskilt svår. Även i övergångar mellan den nära och den specialiserade vården kan exempelvis bristande kommunikation och återkoppling göra att omhändertagandet upplevs osammanhängande.

Ansvaret för första linjens barn- och ungdomshälsovård är uppdelat på flera huvudmän och vårdgivare

Ansvaret för barn- och ungdomshälsovården är fördelat på flera huvudmän, regleras av olika lagar och har olika målsättningar. Regionerna är huvudmän för delar av primärvården inklusive mödravården och barnhälsovården. Kommuner är huvudmän för den kommunala hälso- och sjukvården, och kommuner och enskilda skolhuvudmän är huvudmän för elevhälsan. Ungdomsmottagningar kan organiseras av regioner och kommuner.

Primärvårdens uppdrag regleras i HSL och avser öppenvård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det finns en kärnverksamhet som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga regioner men samtidigt finns det variationer inom ramen för den gemensamma kärnan. Dessa variationer handlar t.ex. om på vilken detaljnivå uppdragen är formulerade och om åtagandenas omfattning inom det allmänmedicinska kompetensområdet samt om rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Mödravården och barnhälsovården ingår i primärvården. Mödravården ansvarar bl.a. för att följa hälsoutvecklingen för mödrar och foster under graviditeten. Det finns betydande skillnader i de lokala uppdragsbeskrivningarna för mödravården, och på vissa håll begränsas mödravårdens föräldrastöd till förlossningsförberedande kurser för föräldrar.

Barnhälsovården ansvarar för hälsovårdande insatser för alla barn från födelsen till start i förskoleklass. En central uppgift för barnhälsovården är att främja och följa alla barns hälsa, utveckling och livssituation. Barnhälsovård organiseras oftast i form av barnavårdscentraler. På barnavårdscentralen arbetar en eller flera legitimerade sjuksköterskor och läkare. Barnhälsovården erbjuder hälsovägledning, föräldrastöd och hälsoövervakning av alla anslutna barn enligt ett för barnhälsovårdsområdet lokalt eller regionalt fastställt program.

Kommunerna ska erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bl.a. för personer med funktionsnedsättning och i dagverksamhet. Vidare har samtliga regioner utom ett efter överenskommelse med kommunerna i länet överlåtit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende till kommunala huvudmän. I kommunen måste det finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Den kommunala hälso- och sjukvården inkluderar inte sådan vård som ges av läkare. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Ungdomsmottagningar är ett frivilligt åtagande för regioner och kommuner. Tillgången till mottagningar i landet varierar, liksom organisation, bemanning och innehåll. Det finns ingen övergripande

organisations- eller ledningsstruktur på nationell nivå för ungdomsmottagningarna, och nationella rekommendationer och kvalitetsindikatorer saknas. Mottagningarnas uppdrag kan se olika ut och det kan finnas lokala riktlinjer för verksamheterna. Ungdomsmottagningarna vänder sig huvudsakligen till ungdomar mellan 13 och 20 år men både den nedre och övre åldersgränsen kan variera mellan mottagningar. Ungdomsmottagningar tar emot unga som vill ha hjälp inom sexuell och reproduktiv hälsa samt fysisk och psykisk hälsa.

I flera regioner och kommuner finns också så kallade familjecentraler som erbjuder mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socionomer kan det även finnas andra yrkesgrupper representerade, såsom familjerådgivare, tandhälsopersonal och psykolog. Kännetecknande för verksamheten är att huvudmännen samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan.

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan. Av 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) framgår att det ska finnas elevhälsa för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsans arbete ska vara förebyggande och hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot målen. Vidare framgår att det ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator för elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.

Elevhälsan kan organiseras på olika sätt. Hos en del huvudmän är elevhälsan knuten till den enskilda skolan medan den hos andra är centralt placerad.

Enligt 2 kap. 27 § skollagen ska varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller, och för varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska det erbjudas minst ett hälsobesök. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden.

Av 2 kap. 28 § skollagen framgår att elever som avses i 27 § vid behov får anlita elevhälsan för enklare sjukvårdande insatser, t.ex. omplåstring eller liknande. Den medicinska personalen inom elevhälsan erbjuder även vaccinationer i enlighet med vaccinationsprogrammet för barn och unga (2 kap. 3 a § smittskyddslagen [2004:168]).

Regeringens insatser för en mer sammanhållen vård och utvecklad elevhälsa

För att främja utvecklingen av en mer samordnad vård har regeringen tillsatt flera utredningar och gett uppdrag till myndigheter. Regeringen har bl.a. gett en särskild utredare i uppdrag att stödja regioner, myndigheter och organisationer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård. I utredningens uppdrag ingår även att se över förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan som ett stöd för denna samordning. Utredningen har lämnat förslag på en färdplan som ska ligga till grund för en omställning från den sjukhustunga vården till en god och nära vård som utformas och erbjuder vård efter patienternas behov och förutsättningar. Primärvården ska vara navet i vården. Regeringen har också ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att stödja utvecklingen av denna vård.

I överenskommelsen från 2019 mellan staten och SKL om insatser inom området psykisk hälsa fördelades medel till regioner och kommuner för att genomföra utvecklingsinsatser inom området. Bland annat fördelades medel till regionerna för att stimulera och rusta nya initiativ för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen riktas bl.a. till barn- och ungdomspsykiatrin och första linjens vård för psykisk ohälsa. Även SKL har genom överenskommelsen tillförts medel för att samordna kommuners och regioners behov av erfarenhetsutbyte, stödja kommuner och regioner i arbetet med att genomföra lokalt och regionalt utvecklingsarbete, ge metodstöd, utveckla verktyg och stödmaterial samt genomföra uppföljningar.

Under 2018 och 2019 har regeringen ingått årliga överenskommelser med SKL om stöd till regionerna för ökad tillgänglighet i

barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet främst i socioekonomiskt utsatta områden.

Flera utredningar, bl.a. Kommissionen för jämlik hälsa, visar på att dagens barn- och ungdomshälsovård fortfarande är fragmentiserad med många olika aktörer och huvudmannaskap. Det leder i sin tur till att barn och unga inte alltid får sina behov tillgodosedda. Barn och unga är en särskilt utsatt grupp så till vida att de inte alltid kan föra sin egen talan i dessa frågor och att det finns en tydlig maktobalans mellan barnen och personal i vården. Därför behöver det tas ett samlat grepp om de vårdinsatser som erbjuds. Det är viktigt att täppa till de luckor som finns i dagens vårdsystem för att på så vis skapa förutsättningar för en mer sammanhållen vård. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga är också, enligt regeringens bedömning, en förutsättning för att den specialiserade vården ska kunna avlastas och att köerna till barn- och ungdomspsykiatrin ska kunna kortas.

Vidare har regeringen gett Statens skolverk och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans genomföra ett treårigt utvecklingsarbete som ska syfta till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (U2017/01236/GV).

I syfte att öka den genomsnittliga personaltätheten inom elevhälsan har regeringen beslutat förordningen (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser. Satsningen är permanent.

Skolverket har också haft regeringens uppdrag att genomföra insatser för att förbättra det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom elevhälsan i syfte att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål (U2016/02937/S). Skolverket redovisade uppdraget i januari 2019 och konstaterar att det genom insatsen blivit tydligt att elevhälsouppdraget behöver organiseras utifrån en skolgemensam kultur där betydelsen av ett hälsofrämjande arbete, och detta sätt att tänka och utveckla skolan, behöver genomsyra all verksamhet på skolan.

Regeringen har även tillsatt en utredning om elevers möjligheter att nå kunskapskraven bl.a. med uppdrag att analysera hur elevhälsoarbetet kan utvecklas och föreslå insatser som kan bidra till att

skapa ett mer aktivt och väl fungerande elevhälsoarbete och därmed stärka elevhälsans kompensatoriska roll. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag den 28 februari 2020 (dir. 2019:38).

Behovet av en utredning

Regeringen bedömer att det behövs ytterligare insatser för att tillgodose de behov som barn och unga har av hälso- och sjukvård inklusive hälsofrämjande insatser. De insatser som har genomförts för att stödja samordningen när det gäller barn- och ungdomshälsovården har hittills inte lett till önskat resultat.

Behovet att se över en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård har också lyfts fram i flera tidigare utredningar.

Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar föreslår t.ex. i sitt slutbetänkande Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2017:9) att en statlig utredning bör tillsättas med uppdrag att lämna förslag om hur en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 års ålder, som inkluderar tillgång till förebyggande och främjande arbete för alla barn och unga, bör utformas. Utredningen lyfter fram att hälsa har stor betydelse för ungas etablering i samhället och att den ökade ohälsan bland unga utgör en riskfaktor för att misslyckas i skolan och för att hamna utanför studier och arbete. Bland unga som varken arbetar eller studerar är det vanligare att känna sig deprimerad, ha lågt självförtroende och uppleva fysiska besvär. Många unga som varken arbetar eller studerar har haft hälsoproblem sedan tidig ålder.

Samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården har i sin slutrapport Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid (S2016/01023-3) bedömt att det finns behov av tidiga och samordnade insatser mellan fler intressenter för att utifrån olika tvärkompetenser bygga en hållbar kedja av tidiga och förebyggande insatser för barn och unga.

Även den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa föreslår i rapporten Ungas beställning till samhället (S2018/04669/FS) att regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att ta fram en modell för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård för barn och unga i åldern 0–25 år. På så vis säkerställs att barn och unga som är i behov av insatser från flera huvudmän kan få stöd och hjälp på

ett lättillgängligt sätt och att samhällets stödsystem utformas utifrån barns och ungas behov och villkor.

I slutbetänkandet från Kommissionen för jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa (SOU 2017:47), föreslås att en utredning ska tillsättas för att ta fram förslag på en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård där elevhälsan ingår. Kommissionen menar att om elevhälsans resurser samlas centralt och inte avgörs av varje skola skapas förutsättningar för en mer jämlik vård. Bakgrunden till förslaget är bl.a. den varierande tillgången till elevhälsan och elevhälsans lagstadgade professioner på skolor runt om i landet. Kommissionen menar vidare att man bör se över om även ungdomsmottagningarna kan och bör inkorporeras i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Kommissionen pekar dessutom på att de olika aktörer som arbetar med barn och ungdomshälsovård i påfallande grad är organisatoriskt och professionellt separerade från varandra, vilket bl.a. leder till fragmentisering av vården och till att det förebyggande arbetet förbises. Kommissionen anser att en sammanhållen organisation för barn- och ungdomshälsovården skulle öka förutsättningarna för en mer jämlik vård. Det skulle också öka möjligheten att möta barn behov utifrån deras utvecklingsnivå i stället för utifrån ålder samt säkerställa att barn med behov av samordnade insatser från flera aktörer får rätt vård och stöd.

SKL har också lyft behoven av en sammanhållen barn- och ungdomsvård. I rapporten Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar (2017) framför SKL att organiseringen av barn- och ungdomshälsovården behöver utredas för att på ett ännu mer träffsäkert sätt tillgodose alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa oavsett bakgrund.

Vikten av att alla elever får tillgång till en elevhälsa av god kvalitet har tidigare belysts av Skolinspektionen 2015 och i betänkandet Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning (SOU 2010:95), särskilt dess betydelse för elever i behov av särskilt stöd. Skolkommissionen konstaterar i sitt slutbetänkande Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35) att elevhälsan utgör en viktig resurs för skolans arbete med elevers välbefinnande, utveckling och lärande. Skolkommission anser vidare bl.a. att kunskapsuppbyggnaden och kunskapsspridningen av arbetssätt och metoder inom elevhälsoområdet behöver förbättras. Det handlar dels om hur skolors generella hälsofrämjande arbete kan ut-

formas för att ha effekt och vara en integrerad del i skolans verksamhet, dels om att utarbeta evidensbaserade program för att motverka psykisk ohälsa.

Enligt januariavtalet, som är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna behöver ansvaret för barns hälsa, från mödravård tills barnet fyllt 18 år, samordnas och en utredning om hur samordningen ska stärkas kring barn- och ungdomshälsan ska tillsättas.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

I dagens system med många aktörer och flera huvudmän riskerar vården för barn och unga att fragmentiseras, och det försvårar förutsättningarna för att hålla ihop och samordna vården för barn och unga med olika vårdbehov. Samordning av barnets eller den unges vårdkontakter får ofta hanteras av föräldrar eller andra närstående, när den i de flesta fall skulle hanteras bättre av en professionell person i den nära vården. Det finns därför behov av att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och hur en sådan reform skulle kunna genomföras. Utgångspunkten är att barn och unga ska få vård och behandling efter behov och att hälsofrämjande insatser erbjuds för att i möjligaste mån förebygga psykisk ohälsa eller kroniska sjukdomar. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga kan vidare avlasta föräldrar ansvaret att samordna vårdens insatser för sina barn.

Eftersom andelen barn och unga som upplever psykisk ohälsa har ökat på senare år, är det särskilt viktigt att se över hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd.

Regeringen har beslutat om tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (dir. 2019:49) med uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa, i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Det är viktigt att barn och unga som lider av psykisk ohälsa, och som inte behöver den specialiserade vårdens insatser, fångas upp i övergången från den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården till vård för vuxna. De båda utredningarnas uppdrag bör därför samordnas med varandra.

Ansvaret för de hälso- och sjukvårdande insatserna och de förebyggande och hälsofrämjande insatserna behöver renodlas genom att tydliggöra olika aktörers och professioners roller och ansvar.

Det finns också behov av att definiera vad som ingår i uppdraget att erbjuda en god och nära vård för barn och unga och att avgränsa uppdraget i förhållande till andra relevanta aktörer inom regioner och kommuner, t.ex. barn- och ungdomspsykiatrin och socialtjänsten. Dessutom bör samordningsansvaret tydliggöras för vård- och behandlingsinsatser för barn och unga gentemot andra aktörer såsom den kommunala hälso- och sjukvården. Även tandvårdens roll ska beaktas. Det är särskilt viktigt att tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser så att barn och unga som har behov kan erbjudas adekvata insatser.

I dag finns många olika aktörer som är inblandade i hälso- och sjukvården för barn och unga vilket kan bidra till otydlighet och risker för dessa individer att falla mellan stolarna. Lämpligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna) och ungdomsmottagningarna behöver därför övervägas. Även när det gäller de medicinska delarna av elevhälsan kan för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap övervägas. Skolsköterskornas roll i elevhälsan ska dock vara oförändrad, dvs. deras närvaro i skolan ska bestå, detta eftersom skolsköterskorna har en viktig roll i skolornas hälsofrämjande arbete och är en viktig del i elevhälsans samlade kompetens. Av 3 kap. 7 § skollagen framgår exempelvis att det vid utredning av behov av särskilt stöd ska ske samråd med elevhälsan, om det inte är uppenbart obehövligt.

För att möjliggöra en samordning av relevanta aktörer med betydelse för barn- och ungdomsvården är det också angeläget att det finns ändamålsenliga och effektiva kontaktvägar mellan de olika aktörerna så att barn och unga snabbt kan få hjälp hos rätt instans. Även i förhållande till specialiserad hälso- och sjukvård är det viktigt att kommunikation och återkoppling fungerar som den ska.

Även samordningen av barnhälsovården och ungdomsmottagningar med socialtjänsten och annan relevant verksamhet som riktar sig till barn i så kallade familjecentraler kan förbättras.

Framtidens verksamheter behöver kunna organiseras på ett mer sammanhållet och ändamålsenligt sätt, där det är klarlagt för vilka åldersgrupper den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården

ska erbjudas. En utgångspunkt för detta ska vara att förenkla dagens system och om möjligt minska antalet aktuella aktörer. Möjligheten att samordna vårdinsatser för barn upp till 12 år i barnhälsovården och för barn och unga från 13 år inom ungdomsmottagningarnas verksamhet skulle t.ex. leda till en sådan minskning.

Utredaren ska därför

- utreda försättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur reformen kan organiseras och genomföras på ett ändamålsenligt sätt, inklusive att överväga lämpligheten och möjligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för bl.a. aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna), ungdomsmottagningarna och de medicinska delarna av elevhälsan,
- kartlägga kontaktvägar mellan relevanta instanser inom barn- och ungdomsvården och vid behov föreslå hur dessa kan bli mer ändamålsenliga och effektiva så att barn och unga kan få sina samlade hälso- och sjukvårdsbehov tryggt omhändertagna,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå vad som ska ingå i uppgiften att erbjuda en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och vilka åldersgrupper som vårdens olika aktörer ska ha ett ansvar för,
- utreda samordningsansvaret gentemot andra aktörer, t.ex. den specialiserade vården, och hur samverkan med relevanta aktörer såsom familjecentraler kan stärkas,
- lämna förslag som bidrar till att vården utformas så att barn, unga och närstående ska kunna vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av stöd och insatser, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren utgå från ett barnrätts- och ungdomsperspektiv samt ta hänsyn till närståendeperspektivet. De insatser som utredaren föreslår ska syfta till att barn och unga erbjuds en jämlik hälso- och sjukvård och hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, i alla åldrar oavsett modersmål, bostadsort eller vårdgivare.

Informationsöverföring

För att få till en sammanhållen vård krävs ett fungerande informationsutbyte. Den mångfald av aktörer som barn och unga möter styrs av olika lagstiftningar och måste löpande hantera avvägningen mellan å ena sidan sekretessregler som värnar den enskildes integritet och behovet av informationsdelning för att kunna ge en god vård.

Utredaren ska därför

- föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas, både när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (EU:s dataskyddsförordning).

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta arbetet med patientkontrakt. I analysen ska även ingå att säkerställa att barn och unga som önskar och där så bedöms lämpligt, ska ha tillgång till sin egen hälsoinformation.

Nationell uppföljning av barn- och ungdomshälsovården

En central uppgift för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga bör vara att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid både individuellt och på aggregerad nivå. Som ett led i detta bör en sammanhållen journalföring övervägas som ska kunna följa barnets individuella hälsoutveckling från dagens mödra- och barnhälsovård

till elevhälsan och ungdomsmottagningarna, detta i enlighet med vad Kommissionen för jämlik hälsa föreslår i sitt slutbetänkande (SOU 2017:47). På så sätt samlas informationen om barnets eller den unges hälsoutveckling och det ger ett gott beslutsunderlag för eventuella åtgärder. En sådan uppföljning underlättar också kunskapsutvecklingen om barns och ungas hälsobehov på nationell nivå och kan bidra till att utveckla mer effektiva och tidiga insatser för att förebygga ohälsa hos barn och unga.

Utredaren ska därför

- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stöder utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta EU:s dataskyddsförordning.

Uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa

Både nuvarande regering och tidigare regeringar har genomfört omfattande reformer och satsningar på psykiatrin och inom området psykisk hälsa. I januariavtalet anges att ett mål om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska slås fast. För barn- och ungdomspsykiatrin har kapaciteten att ta emot fler patienter ökat, men ökningen av barn och unga som mår dåligt har ökat i högre takt vilket innebär att tillgången till vård ändå inte motsvarar behovet. Sedan 2014 har staten och SKL tecknat överenskommelser om insatser på området psykisk hälsa bl.a. för att stödja huvudmännens arbete med att möta den psykiska ohälsan hos barn och unga. För att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri behöver det finnas en väl fungerande första linjens vård som i ett tidigt skede kan fånga upp de barn och unga som behöver hjälp och stöd. Målet kan inte nås enbart genom en utbyggnad av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, utan en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård är en förutsättning även för detta.

För att stödja huvudmännen i deras nuvarande arbete med att utveckla en mer sammanhållen god och nära vård för att bl.a. möta

den psykiska ohälsan bland barn och unga ges utredningen även ett främjande uppdrag. Denna del av uppdraget ska ske i nära dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän. I dialogerna med dessa aktörer kan också deras respektive förutsättningar för att ge bra vård och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa, samsjuklighet, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar belysas. På så sätt kan utredaren få kunskap om i vad mån det nationella stödet från både myndigheter och SKL är ändamålsenligt utformat. Den kunskap och de erfarenheter som det främjande uppdraget ger utredaren utgör ett viktigt underlag för de förslag som utredaren har i uppdrag att lämna.

Utredarens främjande uppdrag innebär att, i dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän, stärka och stödja deras arbete med att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa hos barn och unga samt att förebygga samsjuklighet och kroniska sjukdomar. Arbetet ska stimulera och inspirera huvudmännen till att utveckla relevanta verksamheter för att på bästa sätt möta de utmaningar som finns.

Utredaren ska därför

- föra dialog med ett relevant antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän av varierande storlek och med en geografisk spridning med målet att ge aktörerna stöd och inspiration för att utveckla former för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga,
- bistå med goda exempel på framgångsrika arbetssätt från andra huvudmän, t.ex. samarbete mellan MVC, BVC, specialiserad hälso- och sjukvård, förskola, skola, socialtjänst och tandvård,
- fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer som identifieras i dialogerna och beakta detta i utredningsarbetet, samt
- föra dialog med SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom regionernas och kommunernas egna kunskapsstrukturer för att säkerställa att arbetet utgör ett konkret stöd för en kunskapsbaserad verksamhet och som en del av en samlad nationell kunskapsstyrning.

Utredaren ska därutöver

- i samråd med regioner, kommuner, enskilda skolhuvudmän, SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter, professioner och andra berörda parter, ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet, detta dels genom insatser inom ramen för överenskommelsen som riktas mot barn- och ungdomspsykiatrin i sig, dels genom utveckling av det främjande och förebyggande arbetet, så som omställningen till den nära vården, utvecklad elevhälsa och särskilda insatser riktade mot riskgrupper. Underlaget kan även användas för andra nationella insatser för att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri,
- inom ramen för arbetet med att ta fram underlaget till överenskommelse med SKL analysera och ge förslag på hur utökade nationella insatser kan bidra till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet. Förslagen ska vara skalbara.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön och vad gäller jämlik vård över landet.

Utredaren ska beräkna och beskriva de administrativa, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som motiverat förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Barnrätts- och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och konsekvenser för barn och unga ska särskilt belysas.

Utredaren ska särskilt

- belysa hur eventuella organisatoriska förändringar påverkar elevhälsan och ungdomsmottagningarna och förutsättningarna att stödja barn och unga, och
- belysa och analysera konsekvenserna av förslagen för barn och unga, med särskilt fokus på grupper som i dagens system inte får sina behov av sjukvårdande och hälsofrämjande insatser tillräckligt tillgodosedda, bl.a. späda barn, barn och unga med psykisk ohälsa och barn och unga med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet som har behov av samordnande insatser från olika aktörer.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i arbetet samråda med berörda myndigheter, vårdgivare och organisationer som företräder barn och unga och professionerna. Dialogen med barn och unga är särskilt angelägen. Utredaren ska utgå ifrån och samordna sina förslag med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) liksom med andra relevanta utredningar.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Den skriftliga redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

(Socialdepartementet)

Sammanställning av barns förslag till utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (SOU 2019:05)

Innehåll

Inledning **520**

Frågorna i enkäten på bris.se **522**

När mår barn och unga dåligt, och varför? **524**

Vart vänder sig barn och unga som mår dåligt? **527**

Vad vill barn och unga se för förändringar och förbättringar? **530**

Förbättringar inom skolan **536**

En bättre fritid – för alla **539**

Vad får barn och unga att må bra? **541**

> Jag brukar känna mig ledsen ibland men jag får ingen hjälp, det är därför jag chattar på Bris.
>
> *Tjej 11 år*

Inledning

Tack till alla som deltagit!

Bris och utredningen vill rikta ett varmt tack till alla barn och unga som delat med sig av sina egna erfarenheter, tankar och idéer för att förbättra vården för barn och unga som mår dåligt.

Att ni lagt tid och energi på att svara på våra frågor är ovärderligt och kommer vara till stor hjälp för utredningen. Tack!

Barns förslag ger vuxna nya perspektiv

Barn är experter på sina egna liv, och har rätt att komma till tals i frågor som rör dem. 700 barn har bidragit med egna erfarenheter, kunskap och förslag till utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (S 2019:05).

Barn har rätt till delaktighet och inflytande i frågor som rör dem och deras liv. Det slås fast i barnkonventionens artikel 12. För organisationer och verksamheter som jobbar med barn blir arbetet bättre om barnens egen åsikt beaktas och tillåts vara en del av verksamhetens utformning. Barns delaktighet ger vuxna nya perspektiv och kan hjälpa oss att se brister och lösningar som kanske inte hade uppmärksammats annars. Det viktigaste är att inflytandet blir på riktigt, användbart och meningsfullt för både barn och vuxna.

En sammanställning av 700 bidrag

I arbetet med den statliga utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (S 2019:05) har Bris och utredningen samarbetat för att möjliggöra för barn själva att komma till tals, och

berätta både om sina egna erfarenheter och sina idéer och förslag på förbättringar. Den här rapporten är en sammanställning av närmare 700 barns bidrag till utredningen.

Underlaget till sammanställningen har samlats in på olika sätt. Bris och utredningen har tillsammans genomfört expertgrupper enligt Bris metod **Expertgrupp barn**[1] på fyra högstadieskolor.

Expertgrupperna har jobbat strukturerat med utredningens frågeställningar under en halvdag. Dessutom har flera skolklasser på samma skolor svarat på frågor och gett viktiga inspel och bidrag.

Fyra skolor runtom i landet har deltagit. Bris har också genomfört en enkät på bris.se, där nästan 400 barn deltog under de två veckor som enkäten låg uppe. De som svarade var i åldrarna 8–18 år. Av de som svarade skattade 148 (38 procent) sin egen hälsa som bra eller mycket bra, och 244 (62 procent) uppgav att deras egen hälsa var dålig eller ganska dålig.

[1] Läs mer om Expertgrupp barn här: bris.se/om-bris/vart-arbete/utbildningar/expertgrupp-barn.

Frågorna i enkäten på bris.se

1. Ålder:
2. Kön:
3. Hälsa är att känna sig både frisk och glad för det mesta, men också att ha goda relationer med familj och kompisar. Har du en bra hälsa?
   a) Mycket bra
   b) Bra
   c) Ganska dålig
   d) Dålig

1. Vad är viktigast för din hälsa?

   _____

2. Kan du berätta om när du inte mådde bra och behövde hjälp? Fick du hjälp och hur gick det i så fall?

   _____

3. Vilka förändringar i hälso- och sjukvården skulle vara viktigast för dig om du fick önska? (inom t.ex. elevhälsan, ungdomsmottagningen, vårdcentralen, barnpsykiatrin etc.)?

   _____

4. Hur skulle du vilja vara med och påverka din hälso- och sjukvård i framtiden?

   _____

Frågorna vi använt vid genomförandet av skolträffarna

Vet du vem du skulle vända dig till i dag om du skulle må dåligt?

- När mår man dåligt? Vad kan vara symptomen, anledningarna?
- Vem pratar man med när man mår dåligt? Varför?
- Vart kan man vända sig när man mår dåligt och behöver stöd och hjälp?

För att barn och unga ska må bättre – vilka förändringar skulle du önska gjordes?

- Har ni någon ny idé på något som inte finns i dag? Vad skulle det kunna vara?
- Det som finns i dag, hur skulle det kunna bli bättre?

När mår barn och unga dåligt, och varför?

Barnen berättar om trötthet, stress, ångest och nedstämdhet, och beskriver att det kan finnas flera olika anledningar till att må dåligt. Det kan handla om situationen hemma, utsatthet i skolan eller problem i sociala relationer.

Stress, ångest och nedstämdhet

När de barn som deltagit beskriver hur det är att må dåligt berättar många om trötthet – att inte ha ork att göra något, att allt känns tråkigt. De berättar om en känsla av att inte vilja vara med, att isolera sig.

Andra berättar om stress, att märka att ens mående påverkar skolan och betygen, och att de känner stress över det. Stressen kan ge fysiska besvär, som att man mår illa och kräks. Det finns också berättelser om ångest, att känna sig deprimerad och ledsen och bara gråta.

I enkätsvaren är den mest förekommande anledningen att barn och unga inte vet varför de mår dåligt, utan att de känner sig nedstämda utan någon särskild anledning.

En 11-årig tjej förklarar:

> Jag mår inte bra och har inte fått hjälp. Jag är ledsen varje dag och det känns som ingen i hela världen gillar mig.

Några av barnen beskriver självmordstankar – att de känner att de inte orkar leva längre eftersom de mår så dåligt.

En 17-årig tjej berättar:

Jag ville dö och hade varit nedstämd i flera månader i sträck, så jag kontaktade min skolas kurator. Svaret jag fick var att det var normalt och inget mer. Det förvärrade bara min mentala hälsa då jag trodde det inte fanns någon väg ut ur att jag mådde så dåligt.

En 15-årig tjej skriver:

Jag mår inte bra nu och tänker inte ta hjälp. Jag vill dö.

Jag har inte tid att må dåligt jag behöver tänka på min framtid.

Tjej 15 år

Utsatthet i hemmet

Att ha det jobbigt hemma med föräldrar eller syskon ger upphov till dåligt mående för flera barn och unga. Det kan handla om både fysiskt och psykiskt våld i hemmet och en känsla av att inte ha en trygg punkt. Det kan också handla om föräldrar som själva har det svårt, exempelvis föräldrar som mår dåligt, som dricker för mycket eller använder droger. Eller om att det är mycket bråk hemma.

En 11-årig tjej berättar:

Det är många gånger vi bråkar och slåss hemma och det gillar inte jag. Men när jag inte bråkar med min mamma mår jag jättebra. Min mamma skriker hela tiden och jag vet inte om det är jag som gör något fel.

Dåligt mående kopplat till skolan

I skolklasserna berättar många barn om dåligt mående kopplat till skolan. Att vara stressad över prov, och inte få vardagen att gå ihop med pluggande, träning och pendling.

Barnen beskriver att den som börjar må dåligt kan få mindre gjort, somna på lektionerna, tappa motivationen och få dåliga betyg. Vad som skulle kunna ses som tidiga tecken på psykisk ohälsa ser skolan som att barnen ”latar sig” eller ”skiter i skolan” – trots att barnen gör sitt bästa.

När skolan påverkas, påverkas också resten av livet, vittnar barnen om. Man mår dåligt, vill inte äta och har svårt att sova. Man tänker att det är ens eget fel och känner sig nere eller ledsen. Man kanske

säger till sina föräldrar att man inte vill gå till skolan och att man är sjuk fast det inte är så.

Barnen upplever att skolan i dag behöver skolan fånga upp elever som verkar må dåligt, kunna se tidiga signaler. Den som mår dåligt kanske är tyst, trött och nere, och kanske inte beter sig som vanligt.

Att må dåligt av mobbning

Flera barn och unga skriver att de mår dåligt som ett resultat av den mobbning de blir utsatta för. Det är svårt att be om hjälp eller få hjälp för den som är utsatt, berättar de. Det finns vittnesmål både om att det känns svårt att prata med föräldrar, och om att lärare inte ser eller gör tillräckligt.

En 10-årig tjej berättar:

> Jag har inga klasskompisar, på rasterna känner jag mig osynlig och udda. Jag blir mobbad nästan hela tiden känns det som och andra barn säger jättefula saker till mig.

Ett barn skriver:

> Jag började att må sämre i 2:an eller 3:an för att jag blev mobbad varje dag, hade inte så bra eller många vänner och bråkade ganska mycket med min familj. I 3:an eller 4:an så började jag prata med skolsystern för att jag inte hade nån annan att snacka med, och det blev lite bättre.

Sociala medier

Sociala medier kan mata en med bekräftelse, beskriver barnen. Det är bra när man vill komma bort från verkligheten, men det kan också leda till man jämför sig med andra. De berättar om utsatthet på nätet, både att bli mobbad och kränkt men också till exempel rädsla för att information om en själv sprids utanför ens egen kontroll, vilket skrämmer och stressar. Det man skriver eller delar med sig av finns kvar där ute för alltid och går inte att ta bort.

Barn berättar om nära vänskap på nätet, relationer som betyder mycket. Kompisar som man kan prata om allt med, även om man inte träffas. Det är en trygghet att ha vänner på distans – då kan de inte skada en även om de skulle sprida vidare det man berättar.

Vart vänder sig barn och unga som mår dåligt?

Barnen berättar att de ofta börjar med att söka information på nätet, att det känns lättast att börja där. I vissa fall kan det kännas självklart att vända sig till föräldrar, men andra gånger eller i andra ämnen är det svårare att veta var man kan få stöd och hjälp. Återkommande hos barnen är upplevelsen av att vuxna inte riktigt förstår eller lyssnar.

Familj och vänner i första hand

Många barn berättar att de skulle vända sig till familjen i första hand, föräldrar eller syskon. Men de lyfter också att andra barn kanske inte har möjlighet att prata med sina föräldrar, om problemen är kopplade till hemmet eller om föräldrar har svårt att lyssna och förstå. Många får höra från sina föräldrar att de överreagerar och upplever att de inte tas på allvar när de försöker berätta om hur de mår.

En del killar kan också uppleva att det är svårt att söka hjälp på grund av manlighetsnormer, att de inte ska visa sig svaga. Även hedersnormer påverkar starkt – att ingen utanför familjen ska veta om ens problem och mående.

> Jag vill lösa det på egen hand och inom familjen först.

Bland de barn som svarade på enkäten är det vanligt att vända sig till föräldrar för att få vidare hjälp med kontakten till en kurator eller psykolog.

En 13-årig kille skriver:

> Mådde dåligt i skolan, fick prata med psykologer som mina föräldrar hjälpte mig få träffa. Fick bättre självförtroende och bytte skola och klass när jag började sjuan.

Andra vill helst prata med sina vänner, kanske av rädsla för att föräldrar förstorar och gör saker värre än de är. De vill i stället ha positiv energi från vännerna. De förstorar inte och vet hur det är – de lever i samma värld, det gör ju inte föräldrarna.

Stöd av andra viktiga vuxna

Andra viktiga vuxna som barn kan tänka sig att vända sig till är tränare, skolvärdar, fritidsledare eller andra vuxna i närheten som grannar eller vänner. En vuxen som barnet är bekväm med, som i sin tur kan hjälpa till med att kontakta psykolog eller barn- och ungdomspsykiatrin, BUP.

En 15-årig tjej berättar:

> Jag skulle aldrig gå till BUP eller ungdomsmottagningen för jag är en sådan person som gillar att prata med någon jag känner och som är nära mig. En familj, nära vänner, en lärare eller god granne. Jag skulle inte prata med en främling som jag inte litar på.

Skolan och kuratorn

Barnen upplever det olika lätt eller svårt att vända sig till lärare och skolpersonal för stöd. En del menar att det går att få hjälp om läraren får veta hur man mår och hur man har det hemma. Andra upplever att det inte finns någon att vända sig till, att lärare inte bryr sig på riktigt.

Barnen lyfter skolkuratorn som någon det går att prata med, men det är oklart för många vad som gäller. En del har hört att det inte råder tystnadsplikt och att det inte känns som om kuratorn går att lita på.

En elev berättar:

> Jag litar inte på kuratorn. Säger att det stannar här men sedan ringer de föräldrarna.

I enkätsvaren är det flera barn och unga som uppger att de har vänt sig till skolkuratorn eller kuratorer via ungdomsmottagningen när de mår dåligt. Däremot är det få av dessa barn som upplever att de har blivit tagna på allvar när de försökt upprätta kontakt med en kurator. Det kan handla om att de upplever sig bli avfärdade med motiveringen att ”må dåligt är en del av livet”, eller att kuratorn inte har tid att lyssna.

Flera barn och unga skriver också att det är svårt att få tillit till en kurator eftersom de många gånger tar kontakt med deras föräldrar efter samtalet.

Bris – när hjälpen inte finns

Flera barn som skriver att de mår dåligt nämner också att de inte får någon hjälp av sin omgivning. Då vänder de sig till Bris.

En 11-årig tjej berättar:

> Jag brukar känna mig ledsen ibland men jag får ingen hjälp det är därför jag chattar på Bris.

En 14-årig tjej skriver:

> Jag mår fortfarande inte alls bra men sist skrev jag här på Bris och det hjälpte i den situationen.

Svårt att ta professionellt stöd själv

Det kan upplevas svårt att själv ta sig till vårdcentralen eller BUP som minderårig. Då upplevs det lättare att ta kontakt med exempelvis Bris eller digitala vårdcentraler.

En del har fått råd och hjälp av lärare om vart man kan vända sig. Andra har haft kontakt med ungdomsmottagningen, UMO. Men många har också frågor och är osäkra på vilket professionellt stöd som är tillgängligt, och på huruvida det går att ta kontakt utan föräldrarnas vetskap.

> Vårdcentralen är för hur du mår fysiskt och inte psykiskt.
>
> *Tjej 15 år*

Vad vill barn och unga se för förändringar och förbättringar?

De barn och unga som bidragit med sina synpunkter har många idéer och förslag på förändringar. De tycker att vuxna behöver bli bättre på att se och förstå hur de mår.

Här presenteras tre områden som barnen lyfter fram: skola, vård och elevhälsa, samt fritid.

Ta psykisk hälsa på större allvar

Flera av de barn som deltagit berättar att de inte upplever att deras psykiska hälsa tas på allvar. Av de som svarat på frågan om förslag på förändringar i enkäten på bris.se är det 20 procent som lyft detta. Det kan handla om att de upplever att det läggs större fokus på den fysiska hälsan och att de sällan får frågor om den psykiska hälsan. Att de önskar att de fick regelbundna psykologsamtal för att kolla av hur de mår. Men också att det tar tid att kunna öppna upp sig och berätta om det som är svårt, att det gäller att få chansen och bli lyssnad på.

Barnen efterlyser också mer kunskap hos vuxna om orsakerna till psykisk ohälsa, att vuxna behöver se vad som ligger bakom ätstörningar, stress eller självskadebeteende. Att det också kan handla om neuropsykiatriska diagnoser som är oupptäckta, till exempel.

> Det tar tid att kunna öppna upp sig och berätta om det som är svårt, det gäller att få chansen och bli lyssnad på.

Skolpersonal kan inte bara förvänta sig att kuratorerna ska kunna prata med alla barn, utan lärare behöver kunskap för att kunna lyssna på och ta hand om barn som mår dåligt. Kuratorerna är ofta instängda på sina kontor och ser inte allt som händer i skolan.

En 14-årig tjej berättar:

> Hittills när jag har varit på hälsokontroller i skolan så känns det som att de bryr sig mer om min vikt och längd än om min psykiska hälsa. Jag skulle vilja att de fokuserade mer på hur jag faktiskt mår.

En 15-årig tjej skriver:

> Att vuxna på barn- och ungdomshälsan faktiskt skulle tro på det man säger. Ett av de största problemen som jag haft, och som många andra har, är att man inte vill öppna upp för folk för att man är rädd att de inte ska tro på en. När inte ens vuxna på barn- och ungdomshälsan tar mig seriöst, vet jag inte vad jag ska göra.

Vuxenvärlden måste förstå

Barnen beskriver hur de skulle vilja bli peppade för att bättre kunna prata med sina föräldrar. Men de efterlyser också mer kunskap och stöd till föräldrar, framför allt om tonåringars behov, om hur det är att växa upp i dag. Till exempel förståelse för att det ställs höga krav i skolan och att pressen på att skaffa en god utbildning är stor, eller om livet online och i sociala medier.

> Alla ungdomar i dag får någon gång höra att dagens ungdomar är stökiga, mobilberoende, kaotiska, bråkar. Det är inte allt vi är.

Förbättringar inom vården och elevhälsan

Välkomnande väntrum, stöd via en app och anonyma chattar är några av de konkreta förbättringsförslag barnen kommer med. De lyfter också vikten av mer information, kortare vårdköer, ökad tillgänglighet och individanpassad vård.

Mer information om psykisk ohälsa

De barn som deltagit vill ha mer information om psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Av de barn som gett förslag på förändringar i enkäten på bris.se är det 11 procent som önskar mer information. Precis som att det informeras om hur man själv kan upptäcka bröstcancer, behöver människor få veta vad som främjar och vad som ökar riskerna för psykisk ohälsa – ”som mammografi fast för psykiska sjuk-

domar”. Organisationer som arbetar med psykisk hälsa kan också komma och presentera sig i skolan.

Att inte veta vart man ska vända sig, hur man bokar en tid, eller vart man ska gå är också ett vanligt förekommande problem för barn och unga. Många önskar att det fanns mer tillgänglig information om var man kan ta vägen när man behöver prata med någon. Detta hänger ihop med en önskan om att föräldrar inte alltid ska behöva vara involverade i barnets hälsa.

En 14-årig tjej skriver:

> Jag visste till exempel inte om att det fanns en kurator i skolan förrän jag började högstadiet.

En elev föreslår:

> När jag mår dåligt så tycker vi att en ska få en mentor som tar hand om en hela vägen i vården och hjälper en med allt. Man ska träffas en gång i veckan och prata, ta en fika, prata och skapa relationer. Det vore också bra att kunna träffa andra i samma situation. Borde vara obligatoriskt för mentorer att ta upp var man kan söka hjälp när man mår dåligt. Typ när man börjar högstadiet.

Mer tillgänglig elevhälsa

Barnen önskar att skolsköterskan är på plats oftare, och är mer tillgänglig. Att det finns två personer på elevhälsan så att det går att välja den som eleven känner störst förtroende för, är också ett förslag som kom upp. Man ska få söka hjälp när man själv känner att man skulle behöva det, och kunna gå dit en gång i veckan om det behövs.

Det kan vara svårt och kännas pinsamt att gå till skolsköterskan och kuratorn, påpekar barnen. Då kan det underlätta med till exempel en brevlåda där man kan lämna att man vill bli kontaktad och få stöd och hjälp, eller anonyma chattar för de som inte vågar prata direkt med en vuxen. Barnen önskar också att även om de vuxna är utbildade och professionella så ska inte ha åsikter eller ge råd direkt – de måste öva på att bara ge stöd och lyssna.

En elev säger:

> Elevhälsan måste vara på skolan (inte bara tisdagar mellan 13 och 14 ojämna veckor).

En elev föreslår:

> Några av mina tankar för att förbättra ungas hälsa är att få hjälp nu. För om man väntar med de där psykologmötena så kanske det blir värre och värre och till slut kanske det brister över. Och för att förbättra det kan man ha fler timmar som skolsyster, kuratorer och psykologer på skolorna.

Kontinuerlig psykologkontakt för alla

Det är inte enkelt att öppna upp sig för en lärare, menar barnen. Ett förslag är därför att varje elev skickas till någon psykolog eller liknande där den kan fylla i en enkät som kan visa hur den mår – och sedan få hjälp om måendet blir sämre.

Tydlighet kring tystnadsplikt och tillgänglighet

Av de barn och unga som lyft förslag på förändringar i enkäten på bris.se handlar 40 procent om tystnadsplikt och tillgänglighet. Flera av barnen skriver att de inte vågar öppna sig, eller ens ta kontakt med en kurator eftersom de är rädda för att kuratorn sedan ska ta kontakt med föräldrarna. Det leder till att flera har blivit avskräckta från att ta kontakt eller att berätta det allra jobbigaste.

En 13-årig tjej skriver:

> Att även om man berättar om sina djupa tankar så ska de absolut inte säga till våra föräldrar. Fy fan vad jag blev arg när min kurator på ungdomsmottagningen ringde mamma och pappa för att jag berättade. Usch, nä, det skulle jag verkligen velat ändra på.

Det är inte tydligt för barn vart det går att vända sig i dag. Många beskriver erfarenheter av att hamna mellan stolarna. Att inte må tillräckligt dåligt, eller att må för dåligt och bli bollad mellan elevhälsan och psykologen. Att fastna i vårdköer och inte få hjälp i tid.

Korta köerna och gör det enklare att ta kontakt som minderårig

Barnen berättar också om hur de upplever att vården är begränsad, eftersom man inte är myndig och inte kan upprätta kontakt med vården på egen hand. En annan tillgänglighetsfråga hör ihop med svårigheten att få fatta vissa beslut om sig själva och sin egen kropp. Om du inte är myndig kan vuxna ta beslut åt dig, till exempel om abort.

Det finns också en missbelåtenhet i vårdens tillgänglighet vad gäller öppettider och väntetid, att det tar tid att få rätt hjälp. Och att 1–2 månader är väldigt lång tid i en ung människas liv. Även bristen på kontinuitet i vården får kritik, att man kan tvingas byta psykolog ofta till exempel. Barnen ställer frågan: Går det att öppna vårdcentraler med drop-in, men med anpassade välkomnande väntrum för barn och unga? Barnen lyfter också att de vill ha tillgång till sina egna journaler på 1177, i dag är det inte logiskt vilka åldersgränser som gäller, tycker de.

En 12-årig tjej säger:

> Det måste bli enklare att söka vård när man är barn. Man kanske inte vill prata med sina föräldrar.

En 14-årig tjej berättar:

> Jag tycker att allting är bra som det är, förutom att jag tycker att man borde kunna göra en diagnosutredning utan att föräldrarna behöver godkänna/ vara med.
>
> Det måste bli enklare att söka vård när man är barn. Man kanske inte vill prata med sina föräldrar.”

Anpassad vård

Individanpassad vård är något som barnen själva lyfter, att vården inte ska vara generaliserad och normativ. Till exempel behöver en person som har ätstörningar inte vara fixerad vid sitt utseende och sin vikt – det kan också vara en konsekvens av en obehandlad depression.

En elev föreslår:

> Jag tycker att det borde finnas mer personal på sjukhus så att det går fortare för dem som behöver hjälp. Så att man slipper att sitta och vänta i flera timmar tills man ens får hjälp.

En elev berättar:

> Ätstörningsmottagningen jobbar inte med orsaken till ätstörning, men det finns alltid en orsak. Barnet kan må bättre och förlora ätstörningen men orsaken är fortfarande där. Då kan det fortsätta under lång tid.

Utveckla det digitala stödet

Barnen efterlyser digitala möjligheter och stöd på deras villkor. Några skulle vilja få stöd via sms, andra efterfrågar en app.

Appen skulle kunna fråga hur man mår och ge ett peppande citat om dagen. Appen skulle även kunna hjälpa en att prata om sitt mående. Om appen ser att du mår sämre kan den ge dig tips och råd på vart du kan vända dig i ditt närområde och även hjälpa dig att kontakta BUP eller vårdcentralen. Appen ska ha utbildade personer som ger dig stöd och hjälp och som du kan prata med. Det ska vara tillgängligt och öppet alla timmar på dygnet.

Skolkuratorn och Bris i samarbete

Fler ställen dit man kan gå och prata anonymt, är förslag som kommer upp. Skolkuratorn och Bris skulle kunna ha ett samarbete – det kan finnas en person som eleverna kan prata med från Bris, som är utvald och ansvarar för ett visst antal skolor eller område. Man kan ha en Bris-app som visar hur det går att komma i kontakt med Bris.

> Det kan vara bra om man får säga allt man håller inom sig, annars skapar man bara en stor klump i magen som växer och växer.
>
> Det måste bli enklare att söka vård när man är barn.
>
> *Tjej 12 år*

Förbättringar inom skolan

Skolan är en stor del av barn och ungas liv. Här kan många förebyggande insatser göras. Barnen lyfter vikten av att ha trygga och närvarande vuxna i skolan som lyssnar, och att skolan kan jobba på att öka barnens självkänsla och minska pressen.

> Det är fel att skylla ungdomars stress, ångest och depression på sociala medier när det i själva verket är tvärtom och skolan är anledningen till att de flesta mår dåligt.

Skolan behöver bli bättre på att lyssna

Alla ska kunna ha någon att prata med i skolan, anser barnen. Lärarna behöver lyssna mycket mer på vad barnen behöver hjälp med. Personalen i skolan måste också kunna ta emot feedback från barnen om sitt bemötande och hantering. Barnen efterlyser fler vuxna i skolan att kunna prata med om hur de mår och om livet, inte bara kopplat till skolresultat och studier.

Minska pressen i skolan

Stress kopplat till skolarbete och prov är återkommande i barnens upplevelser. Om pressen i skolan minskade lite skulle det minska stressen, tycker många. Att barn är olika bra på olika saker skapar också en stress i form av en känsla att inte passa in i skolan. Att inte hänga med i skolan, menar barnen på kan leda till psykisk ohälsa.

Anpassa prov och examination

Barnen efterlyser också mer information om vilka anpassningar som kan göras för att minska stress och psykisk ohälsa när det gäller examinationer – att elever själva ska kunna ges inflytande över hur de genomför prov. Alla kan inte få hjälp hemma med skolarbetet, det är viktigt att det extrastödet finns i skolan.

Hjälp att öka barnens självkänsla

Skolan kan jobba på ett mer systematiskt och strukturerat sätt för att öka elevernas självkänsla, menar barnen, som föreslår lektioner i hur vi ska bemöta varandra och bete oss mot varandra. Men även hur man gör när en kompis mår dåligt, eller när man själv mår dåligt.

Kan man lägga upp komplimanger som post-it lappar överallt på skolan? Avsluta skoldagen med reflektionstid med alla elever kring dagen som varit? Skolan borde också bli bättre på att prata om att det är okej att må dåligt, och att det finns hjälp.

En elev berättar:

> Jag hade velat att det fanns flera vuxna i skolan som bara finns där och inte bryr sig så mycket om just skolan. Utan dom bara finns där för att vi ska kunna prata med dom om allt annat än skolan.

Många lyfter även livet i sociala medier som en svårighet där skolan och vuxenvärlden behöver komma ikapp. Att prata om hur man beter sig på sociala medier, och hur man skyddar sig.

Klasser anpassade efter intressen

När man börjar ettan, föreslår några av barnen, kan man berätta om sina intressen för läraren eller rektorn. Sedan kan skolan sätta ihop klasser med elever med samma intressen. Man ska också kunna byta klass lättare om man vill komma till en klass där fler har samma intressen.

Lärare och rektorer bör veta mer om barnen i klassen för att få till en bättre klassammansättning. I arbetslivet intervjuas man av ju sin chef och kan byta arbetsuppgifter eller arbetsgrupp vid behov. Motsvarande bör ske i skolan.

Öka tryggheten i skolan

Det behövs också åtgärder för att öka tryggheten i skolan och minska mobbningen, menar barnen. Framför allt handlar det om att vuxna behöver vara närvarande, se men också agera. Det är svårt att som barn själv slå larm, eftersom det kan finnas en rädsla både för att det kan bli värre om man skvallrar, och för att inget kommer förändras.

En elev skriver:

> Jag skulle önska att man jobbade mer och var hårdare med mobbning och att man pratar med elever ganska ofta om hur dom mår både på fritiden och i skolan.

Bättre skolmat för att orka

Om elever får bra mat orkar de mer i skolan, och mår bättre, menar barnen. Det gäller både tillgång till skolkafé och bättre skolmat. Eleverna tycker även att de ska vara delaktiga i val av maten som ska serveras.

En elev skriver:

> Mer mat i skolan för att man ska orka hela dagen.

En annan elev föreslår också:

> Det borde även finnas fler matalternativ i skolan så ungdomarna inte skippar maten i skolan och går och köper godis och läsk i stället.

En bättre fritid – för alla

Barnen lyfter själva att ojämlika uppväxtvillkor gör att alla inte har tillgång till meningsfulla fritidsaktiviteter – gratis busskort, öppna fritidsgårdar och gratis aktiviteter kommer upp som förslag.

Meningsfull fritid

Barnen beskriver att de vill ha fler aktiviteter i skolan, och mer varierande lektioner där de kan vara kreativa. På så sätt blir det enklare och roligare att lära sig. De önskar också fler aktiviteter på ungdomsgården och i närområdet som är kostnadsfria för alla barn.

Ungdomsgårdar i varje kommun

Fritidsgårdar och ungdomsgårdar ska vara obligatoriska och finnas i varje kommun och stadsdel, så att kommuner inte kan välja bort dem när det blir dålig ekonomi. Ungdomsgårdar är viktiga för att minska kriminalitet och droganvändande i ett område. Att ungdomsgårdarna är öppna varje dag och på helgerna är viktigt för att ungdomarna ska ha något att göra på sin fritid och hålla sig borta från torget och kriminaliteten.

En 15-årig kille skriver:

> Ungdomarna har väldigt tråkigt under helgerna, då borde fritidsgården vara öppen. Har vi jättetråkigt hänger vi i centrum och där hänger grabbarna som säljer och som kan locka en att göra kriminella saker. Många börjar kriminaliteten för att det är tråkigt och för att de inte har något att göra på sin fritid.

En elev säger:

> För att må bra ska man alltid vara sysselsatt. Sporta, sticka, pyssla, spela spel osv. Alltså det jag vill ska förändras för att barn ska må bättre är att alla barn ska ha minst en aktivitet att satsa på. Det kan vara från att använda hela kroppen till att vara praktisk med händerna.

Jämlika uppväxtvillkor

Barnen lyfter också att uppväxtvillkoren skiljer sig åt och att alla inte har möjlighet att till exempel idrotta eller ha tillgång till meningsfulla fritidsaktiviteter. Här finns förslag som gratis sommarlovsbusskort så alla barn kan ta sig runt i sin kommun och inte behöver vara beroende av sin familjs ekonomi eller behöva planka för att ta sig runt med kollektivtrafik.

Barn efterlyser också kostnadsfria läger, fritidsgårdar i alla städer som har öppet sent, och fler idrottshallar – där det går att idrotta gratis. Och mer pengar till skolorna som ligger i förorterna då de behöver mer stöd och hjälp att kunna hjälpa sina skolelever.

Vad får barn och unga att må bra?

När barnen fick frågan om vad som får barn och unga att må bra i dag lyfte de själva kost, motion och fysisk hälsa, men också nära och viktiga relationer och att ha någon att prata med.

> Du vet att du mår bra när du känner dig glad både inombords och utåt. När du har kompisar och familj att vända dig till när du inte mår så bra.

Kost, motion och hälsa

Många av de barn som deltagit uppger att kost, motion och den fysiska hälsan på många sätt påverkar välmåendet. Det kan handla om att få tillräckligt mycket sömn, att röra på sig varje dag och äta en hälsosam och varierad kost. Musik, sport, djur och natur lyfts också upp.

En 17-årig tjej svarar:

> Att jag känner att min kropp mår bra.

En 13-årig kille skriver:

> Att jag tränar mycket på fritiden och det gör jag.

Vänner, familj och relationer

Flera av barnen uppger att en god relation med både vänner och familj är viktig förutsättning för att må bra. Många skriver att det är lätt att må dåligt när man är ensam och att det därför är viktigt att de sociala relationerna fungerar i vardagen.

En 14-årig tjej beskriver:

> Jag har dåliga och bra dagar för jag har inte en bra relation med min pappa eller hans familj, då de alla lämnat mig. Men det gör inget för jag behöver inte dom längre för jag har hela min mammas och bonuspappas familj som finns för mig och älskar mig.

Att ha någon att prata med

Att ha möjlighet till att prata om sina känslor och kunna vända sig till någon för att få stöd och råd är också omständigheter som påverkar hur barn och unga mår. Flera skriver att möjligheten att prata med någon när det behövs är betydelsefullt för att en ska kunna må bra.

En 17-årig tjej berättar:

> Att ha bra vänner som jag kan lita på, och att kunna prata ut med någon. Det kan vara skolkurator eller någon annan, men att få prata ut.

Rapport God och nära vård

av Föreningen Tilia

Förord

Vi är tacksamma för möjligheten att få samarbeta med denna statliga utredning som genuint och på riktigt ser värdet av ungas egna röster. Unga bär på en unik kompetens, nämligen hur det är att vara ung i dag. Denna kompetens behöver vi lyssna in för att skapa aktuella förändringar i samhället och på individnivå.

Utredningens uppdrag möter Tilias grundtankar om att se människan utifrån ett salutogent holistiskt perspektiv. Utredningens hälsofrämjande- och förebyggande arbete, likväl som att i ökad grad se över tidiga insatser, är ytterligare en beröringspunkt. En ung deltagare från expertgruppen vi arbetat med, vars röst är en av dem som står till grund för denna rapport, uttrycker det så här: ”Det känns väldigt skönt att vi fått ta ett nytt perspektiv, jag har alltid sett att vården enbart är till för dom i nöden. Det känns väldigt bra att vi ska kunna hjälpa innan det blir akut, som exempelvis att förebygga och inte bara hjälpa dom som mår dåligt, utan även de som mår bra, så att de kanske inte behöver hamna där”.

Att sätta in stöd tidigt och tillgängligt är ett sätt att forma insatser efter målgruppens behov. Vi kan på detta sätt minska framför allt mänskligt lidande, men också ekonomiska kostnader, genom att möta barn och unga innan sjukdom uppstår. I dag väntar vi många gånger tills individen utvecklat sjukdom innan hjälp sätts in.

Vi vill därför rikta ett stort tack till Peter Almgren med kollegor som öppet, ödmjukt och med stor respekt har mött vår unga expertgrupp, lyssnat in och tagit vidare deras röster till faktiska förslag. Tillsammans skapar vi ett system där ungas behov styr.

Uppdrag Tilia / S 2019:05

Tilia har i den statliga utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” S 2019:05 bistått med en expertgrupp för att synliggöra brister, lyfta goda exempel och ge förslag på förändringar i vård och stöd vid psykisk (o)hälsa.

Bakgrund

Tilia har sedan 2012 arbetat för psykisk hälsa, på uppdrag av unga. Föreningen grundades utifrån ungas egna röster om vad som behövs, både direkt stödjande och på samhällsnivå.

Under våra verksamma år har vi fått en samlad bild av olika ungas upplevelser kring psykisk (o)hälsa, genom att vi möter dem dagligen.

Vi har även noterat att samhället förändras snabbt och därmed också ungas behov. För att vara förankrade i ungas verklighet och möta dem med insatser som tilltalar dem, krävs ett löpande och ständigt uppdaterat målgruppsarbete.

Vi ser också gemensamma nämnare som inte förändras nämnvärt över tid. Som att ungas hälsa och självkänsla ökar då de känner sig hörda och inkluderade. Enligt Tilia undviker vi slöseri med resurser om vi direkt möter det unga behöver, i stället för det vi tror unga behöver. Denna problembild råder allt för ofta på beslutsfattarnivå, där vuxnas uppfattning om vad unga behöver styr agendan, där unga inte får äga tolkningsföreträdet.

Metod ungas röster

Då vi på Tilia önskar agera föredöme och inspirera fler aktörer i samhället att i ökad grad inkludera unga i processer då beslut ska fattas, har vi formulerat en metod; ungas röster. Inom ramen för metoden bistår vi beslutsfattare med experter, alltså unga själva, samt facilitering kring detta.

Metoden avser att skapa utrymme åt unga att komma till tals i de processer som rör dem. Detta genom att låta unga vara de som primärt formar agendan utifrån sina behov, erfarenheter och önskemål. Detta formuleras sedan till förslag av och med unga med syfte att levereras direkt till beslutsfattare eller professionen som har i ansvar att formulera detta till konkreta förslag utifrån samhällets system.

Det är även av stor vikt att de som leder arbetet inom ramen för metoden har gedigen erfarenhet av arbete nära unga, en bred insyn i det dagliga stödet föreningen erbjuder samt att ledarna har erfarenhet av att leda men inte styra samtal. Det vill säga att skapa ett klimat utifrån öppna frågeställningar, där unga styr samtalet utifrån sina behov. För att detta arbete ska fungera så bra som möjligt krävs goda insikter i perspektiv som åldersmaktsordning, men också kunskap om hur vi i en grupp skapar utrymme för alla att komma till tals trots olikheter.

Vårt syfte med metoden är att vända på arbetsgången, som annars vanligen innebär att beslutsfattare tar fram underlag som unga i bästa fall får tycka till, alternativt får bistå med sin åsikt till en redan formulerad idé, formad utifrån ett vuxenperspektiv. Detta sker dessutom allt för ofta i miljöer där unga är underrepresenterade och i en kontext där vuxnas vokabulär och uttryck står i centrum. Vi vill genom vår metod bidra till att unga får trygga miljöer att tycka till och arbeta i.

Arbetssätt

Arbetssättet i metoden Ungas röster anpassas efter uppdrag, ofta med en grund i en förundersökning för att skapa utrymme åt en större mängd unga att komma till tals på ett övergripande plan.

Vi arbetar sedan vidare med ett mindre antal personer i djupintervjuer eller enkätformulär om den egna erfarenheten. Arbetet tas sedan vidare i workshops, då i mindre grupper med djupgående arbete

och ofta vid återkommande tillfällen. Syftet är att unga ska inkluderas hela vägen från idé till färdigt beslut eller förslag.

Exempel där metoden tidigare använts

- SOU 207:111 För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.
- Nationell samordning och utveckling på området psykisk hälsa (S 2015:09) ”Ungas beställning till samhället”.
- Nationell samordning och utveckling på området psykisk hälsa (S 2015:09) ”Studenternas beställning till samhället”.
- International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL) konferens, 2018 Stockholm. Uppdragsgivare: Folkhälsomyndigheten och Sveriges kommuner och regioner (SKR).
- ”Ungas beställning till samhället” Uppdragsgivare: Region Jämtland Härjedalen 2021.

Tilias ungas röster och God och nära vård

Förarbete

Vi genomförde förarbetet där 95 unga deltog, via Sociala medier, genom frågeställningar på Instagram story och live. Där ställde vi generella frågor om vad som behövs för att vården ska kunna vara god och nära samt riktade frågeställningar om hur olika insatser kan arbeta för att möjliggöra en så god vård som möjligt.

Frågeställningar:

Om du på något sätt söker stöd vid ett dåligt mående:

- Vart vänder du dig?
- Vad gör att du vänder dig dit, alternativt inte vänder dig dit?
- Hinder och möjligheter att söka stöd?
- Vad är viktigt för dig när du får stöd?
- Finns det några huvudfaktorer som hade gjort/skulle göra att du sökte stöd tidigare?
- Vad hade samhället kunna gjort?

Workshops med expertgrupp

Ansökningar från unga som ville medverka i expertgruppen togs emot av Tilia. Deltagarantalet bestämdes till en grupp om totalt åtta. Gruppen har träffats i två omgångar om två timmar per tillfälle. Gruppen bestod av unga med olika könsidentitet (med en majoritet cis-tjejer), i åldrarna 17–24 år, från olika delar av Sverige och med varierad erfarenhet av samhällets stödprocesser vad avser psykisk (o)hälsa. Vi har kommunicerat via skrift, i samtal samt i helgrupp och mindre arbetsgrupper.

Frågeställningar från utredningen:

Utredningen förmedlade nedanstående frågor till Tilia inför första workshopen. Tanken var att rikta frågorna mer direkt mot psykisk hälsa och erfarenheter av vården, särskilt de verksamheter som direktivet pekar på.

1. Hälsa är att känna sig både frisk och glad för det mesta, men också att ha goda relationer med familj och kompisar. Har du en bra hälsa?
   a) Mycket bra
   b) Bra
   c) Ganska dålig
   d) Dålig
2. Vad är viktigast för din hälsa?
3. Kan du berätta om när du inte mådde bra och behövde hjälp? Fick du hjälp och hur gick det i så fall?
4. Vilka förändringar i vården skulle vara viktigast för dig om du fick önska? (inom till exempel elevhälsan, ungdomsmottagningen, vårdcentralen, barnpsykiatrin etc.)?
5. Hur skulle du vilja vara med och påverka din vård i framtiden?

Framtagning av förslag

Workshopen hölls 2020-11-11 via det digitala verktyget Zoom, medverkade på mötet gjorde två medarbetare från Tilia, med syfte att leda och anteckna. Utredningen deltog kort i inledningen för att berätta om utredningen och syftet med fokusgruppen. Arbetssättet i detta första möte har formulerats av unga, där unga själva fått styra samtalen, utifrån vad de anser är relevant att lyfta.

Anteckningarna har sedan i två omgångar skickats ut till deltagarna som kunnat återkomma med ändringar, för att säkerställa att innehållet är korrekt enligt referensgruppen.

Anteckningar och förslag från de unga skickades sedan till utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga S 2019:05.

Uppföljning av förslag

Under ett uppföljande möte 2021-01-13 presenterade utredningen sina förslag preliminära förslag inom bland annat uppdraget psykisk ohälsa för Tilias expertgrupp. Efter presentationen delades expertgruppen upp i bikupor för att diskutera förslagen närmare och lämna utrymme även för utredningen att ställa frågor till expertgruppen, i syfte att få en djupare förståelse för feedbacken.

Expertgruppen från Tilia gav direkt feedback på vad som upplevdes som positiv riktning samt vad utredningen hade möjlighet att förbättra i sina förslag.

Frågeställningar till workshop

Del 1: Vad är psykisk (o)hälsa?

Inledande frågor som besvarades anonymt via verktyget Mentimeter.

- Vad är psykisk hälsa för dig?
- Hur stärker du din psykiska hälsa?
- Hur ser du på psykisk ohälsa?
- Nämn de tre ord som är viktiga för dig när du mår dåligt?

Del 2: Innan du söker stöd

Frågeställning: Vad behöver samhället göra för att du ska söka stöd? Diskuterades i bikupor, samt gemensam diskussion i helgrupp.

Del 3: Du som sökt stöd i vården

Individuellt frågeformulär, se bilaga 1.

Del 4: När du söker stöd

Frågeställning: Vad önskar du få ut av ditt stöd?

Bikupor:

Vad är viktigt för dig för att du ska fortsätta söka det stöd du behöver? Gemensam diskussion i helgrupp.

Bikupor:

1. Ungdomsmottagningar/Vårdcentraler/elevhälsa med flera. Hur kan de arbeta?
2. Specialiserad vård: BUP/Vuxenpsykiatri. Hur kan de arbeta? Gemensam diskussion i helgrupp.

Del 5: Avslut/medskick

Vårdkedja: samverkan/samarbete mellan olika vårdande aktörer Vad är viktigt för att de ska styra detta i en helhetslösning för så många som möjligt: Vad är viktigast att det satsas på systemmässigt? Mer sammanhållet/ändamålsenligt?

Del 6: Avslutande enkät några dagar senare

1. Hur önskar du att dessa aktörer (Umo, vårdcentral, elevhälsa med flera) ska arbeta enskilt eller tillsammans för att skapa den bästa vården för dig och andra unga?
2. Har du konkreta förslag du vill skicka med?

Resultat

Nedan följer en sammanställning av förarbetet och arbetet med expertgruppen. Resultat från både första mötet med öppna frågeställningar och diskussioner samt andra mötet med mer fokuserade frågor kring utredningens förslag är här sammanslagna.

Resultatet består av tre delar:

1. Innan vård.
2. Viktiga komponenter när en söker vård.
3. Specifik feedback till befintliga vårdinsatser.

1 Innan vård

I samråd med unga har denna workshop kategoriserats i behovet som finns innan en söker vård där flertalet unga upplever att det råder informationsbrist om psykisk ohälsa och hälsa samt hur och var en kan söka stöd. Många unga menar att detta förskjuter vårdprocessen och gör att en söker stöd först senare, när läget upplevs mer akut.

En annan viktig faktor för att en ska få rätt stöd handlar givetvis om vad som händer under stödet där flertalet unga identifierat bemötande, delaktighet och samarbete som viktiga faktorer för att en ska fortsätta söka stöd och komma till rätta med känslan som skapar de upplevda symtomen. Nedan följer två viktiga indikatorer för unga, två möjliggörare för att söka stöd.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser

En grundläggande del för att unga ska kunna söka adekvat hjälp tidigt är information. En viktig informativ insats är kunskap om den egna psykiska hälsan, men också om den psykiska ohälsan.

> Har jag inte ord för det, kan jag inte prata om det och därmed inte heller be om hjälp.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Många upplever att de inte får information om vad psykisk (o)hälsa är och inte heller att detta är något annat än psykisk sjukdom. Mycket av det stödet de känner till är till för de med komplex psykiatrisk problematik.

Unga önskar arbeta bort att en måste må på ett speciellt sätt för att ha rätt att söka stöd. En ska kunna söka tidigt, när det ”bara skaver”. Ett sätt är att inkludera psykisk hälsa och hur en stärker sin hälsa i undervisningen i skolan. När en får kunskap, får en också ord för hur en kan kommunicera kring det som pågår och ibland kan bara kunskapen i sig hjälpa till att stärka sin egen hälsa.

Utredningens förslag om en sammanhållen barn- och ungdomshälsa från graviditet till ung vuxen och ett nationellt hälsovårdsprogram med tydliggjort och skärpt hälsofrämjande, förebyggande och hälsoövervakande uppdrag, inte minst gällande den psykiska hälsan, fick enhetligt positiv respons från fokusgruppen.

Förslag

- Vara tydligare med vad det finns för olika typer av stöd att söka.
- I dag vet en sällan om vilka alternativ som finns samt vad dessa alternativ innebär. Förslag är att forma informationen tillsammans med målgruppen, så att informationen är anpassad för och tilltalar målgruppen samt finns på plattformar där målgruppen befinner sig.
- Avdramatisera, det är inte fel att söka stöd och hjälp. Det behövs förutom information om hur en söker stöd, också berättelser som kan avdramatisera hjälpsökande.
- Öka kunskapen om psykisk hälsa, genom att införa det på skolschemat.

Tillgänglighet och anpassning utifrån barn och ungas perspektiv

En viktig del i att möjliggöra hjälpsökande är tillgänglighet. Många menar att det är allt för komplicerat, att en inte vet var en kan söka för vad och att det är för långt borta, för att en ska söka stöd tidigt och därmed avvaktar tills det är akut. Stora skillnader i stödalternativ finns också över landet, mycket är storstadsbaserat. Vi är även medvetna om att några av förslagen finns regelverk kring, men att unga lyfter dem som att de inte görs på vissa vårdenheter, talar för att något är fel och att detta bör följas upp.

Förslag

- Ökad tillgänglighet att söka stöd digitalt, samt möjlighet att även boka tider digitalt då exempelvis telefontider kan kännas som ett stort steg och leda till att en inte söker stöd alls.
- Tydliggör direkt hur och om vårdnadshavare kommer att blandas in, tydlighet skapar trygghet.
- Utökade öppettider även kvällar och helger, kan göra att fler kan söka stöd. Ofta går en i skolan eller jobbar under dagtid. Att ta ledigt eller missa en lektion, kan kännas som ett stort hinder.
- Önskas bredare tidsgränser utifrån individens enskilda situation.
- En närvarande elevhälsa, som går omkring i skolan och skapar igenkänning och trygghet. Bör ingå i uppdraget.
- Kuratorn behöver vara mer synlig och bygga relation och förtroende, alltid finnas på plats, rimlig mängd kuratorer i förhållande till antal elever. Att bygga relation, skapa igenkänning bidrar till att sänka tröskeln till att söka stöd.
- Åldern 18–25 år är en svår tid. Men ändå försvinner mycket stöd här.
- Viktigt att ha med unga vuxna som en särskilt utsatt grupp som varken är barn eller vuxna, behöver beaktas som en heterogen grupp med varierande behov.

- Enhet för ungdomar/unga vuxna för att möta dessa på ett bra sätt, särskild kompetens samt ett minskat glapp (psykiatrin), genom ett utvidgat uppdrag till UMO inom ramen för första linjen.

2. När vård och stöd sökes

Andra viktiga faktorer som är frekvent återkommande när en söker stöd är bemötande, delaktighet och samarbete vilka presenteras närmare nedan. Dessa menas vara avgörande för att en ska fortsätta söka stöd.

Bemötande

En av de viktigaste faktorerna för den som söker stöd är just bemötande. Ett varmt, omtänksamt och empatiskt bemötande där den unga känner sig sedd, hörd och bekräftad och där tydlighet utgjorts. Utan detta spelar resterande väldigt liten roll och unga menar att detta behöver erkännas. Det mänskliga mötet är grunden för att en ska kunna ta emot samtalsbehandling eller annat stöd.

> Bra bemötande är viktigt, något av det viktigaste, men också ha i beaktning att bra bemötande innebär olika för olika individer. Gemensam nämnare för många (alla) är att det är av stor vikt att bli lyssnad på och inte dömd.
>
> – *Deltagare i expertgruppen*

Förslag

- Medvetande- och tydlig-göra maktförhållandet mellan behandlare och barn/ung, samt behandlare och patient. Detta bör ingå i alla utbildningar och något alla vårdande aktörer bör arbeta med, utvärdera och följa upp regelbundet.
- UMO bör utbilda andra enheter i att bemöta just unga.
- Kontinuitet behövs – för att bygga relation. Ge vårdpersonal tid för att få arbeta med detta.

- Se människan bakom och inte bara gå efter en mall. Att den professionella använder sitt handlingsutrymme, även om standardisering och mallar kan kännas begränsande

Delaktighet och kommunikation

Det är avgörande att de barn och unga som befinner sig i vården är inkluderande och känner att de har möjlighet att påverka sin behandling, att det snarare är ett samarbete mellan två individer, än något den unga enbart ska förhålla sig till. En annan viktig del är att en tydlig kommunikation med vården, då tydlighet många gånger skapar trygghet.

> Vården är ju till för oss. Då borde vi inkluderas. Få tycka, tänka och bolla tillsammans med behandlaren. Så att vi kan forma det bästa för oss. När jag fått vara med och påverka, har det gett mig större förståelse men också mer motivation.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Förslag

- Att göra tätare och mer konkreta vårdplaner, så att en vet vad en jobbar mot. Följa upp dessa, och samtidigt följa upp måendet. Göra en plan mellan barn/unga och den professionella. till exempel ”nu ska vi jobba med det här under den här perioden, sen följer vi upp det och gör en ny plan”.
- Ha en tydlig uppföljning av detta. Till exempel genom revisioner i vården där unga själva medverkar och utvärderar detta för utveckling av verksamheten. Unga, kan beskriva vad de ser och upplever utifrån sitt perspektiv.

Samverkan: runt barnet

En annan viktig faktor är samarbetet mellan vårdenheterna och patienten. De unga beskriver att de ofta samordnar vårdaktörer, får informera vem som gör vad och att mycket av ens egna tid går åt att berätta om samma sak om och om igen. Unga önskar att systemet rör sig runt dem, inte dem runt systemet, vilket är en grundläggande faktor för att stödet ska ge effekt samt vara av god kvalité.

Förslag

En aktör som ansvarar för att vara en oberoende uppföljare av en persons vård och insatser oavsett kommun- eller region, som ett ombud, som en kan bli tilldelad vid första vårdkontakt. Behöver en person/aktör som har ansvar för personens alla kontakter, och kopplar ihop/följer upp remisser osv så informationsansvaret inte hamnar på individen.

Uppgifter för denna aktör att ansvara för:

- Svårigheten mellan somatik och psykiatri som i dag är uppdelade.
- Synen på en delad människa gör det svårt att samverka och se hela människan.
- De stora problemen är inte i vården utan i samarbetet. Den som remitterar borde ha ansvar att följa upp att kontakten sker. Det behöver ställas krav på kommunikation mellan olika enheter som i dag ofta läggs över på individen. SIP fungerar inte riktigt, ytterligare ett sätt att lägga över ansvaret på varandra (ofta olika arbetssätt/metoder som krockar). Att psykiatrin ser problematiken på ett sätt, socialtjänsten det på ett annat osv. Våga se helhetsbilden, inte bara dela upp utifrån symtom. En oberoende verksamhet som har ansvar för uppföljningen/samordningen.
- Stärka möjligheterna för kommunikationen mellan till exempel elevhälsa och BUP, men också kommunikationen mellan patienten och vården. Detta för att som patient få vara delaktig, men också få information om hur vården tänker. Att få veta att det faktiskt händer något.

3. Feedback till specifika vårdinsatser

Expertgruppen har stor erfarenhet av olika vårdande insatser och deras uppdrag, nedan följer en specifikation med tillhörande förslag till varje specifik vårdenhet. Då arbetet varierar i olika kommuner och regioner följer nedan en generell bild av upplevelsen. Där vissa av förslagen genomförs på vissa platser redan, andra inte alls. Där vissa förslag också är helt nya för region- och kommun.

Elevhälsa

Elevhälsan är en viktig aktör som möter unga på en plattform där flertalet unga känner igen sig. Detta kan skapa en trygghet, till skillnad från exempelvis vårdcentralen som ofta känns långt borta och inte utgör ett stöd i elevernas arbetsmiljö. Det finns fördelar med att fånga upp barn och unga i den miljö de redan befinner sig i. För de unga är det inte avgörande i om det är kommun eller region som har huvudmannaskapet, vilket är en fråga som kom från utredningen. Det viktiga är att det finns hög tillgänglighet och närvaro på skolan.

> Vi behöver mänsklighet, kärlek och värme
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Elevhälsan bör ha ett aktivt uppdrag i att synas mer i skolan, samt att vara på plats i större utsträckning i ett vidgat uppdrag. Detta vidgade uppdrag bör även inkludera att anpassa tider för unga att söka stöd, till exempel på eftermiddagar och kvällar. Kuratorn är ofta tillgänglig under lektionstid, vilket inte nödvändigtvis gör denne tillgänglig för eleverna. Dessutom erbjuder elevhälsan främst samtalsstöd, där vissa elever kan behöva mer stöd än att ”bara” att prata av sig. För vissa elever finns ett behov att elevhälsan erbjuder ett utökat stöd.

Elevhälsan bör ha obligatoriska återkommande elevhälsosamtal där en också inkluderar samtal om den psykiska hälsan, precis som en väger och mäter eleven. Detta för att normalisera samtal, möjliggöra en lägeskoll samt etablera en naturlig dialog med elevhälsoteamet. Hälsosamtal önskas vara ett enkelt samtal utan krav.

> Vi behöver utrymme att få prata om vår hälsa, normalisera samtalet om den psykiska hälsa och göra det lika självklart som att väga, mäta och kolla vår ryggrad. För även vår inre hälsa kan kännas sne.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Förslag

- Psykosocial kompetens i undervisningen, för att ge unga kunskap och vokabulär för den psykiska hälsan.
- Psykiska hälsokontroller. Att få en kallelse från skolan, med syfte att prata om den psykiska hälsan för att exempelvis minska stigmatiseringen.
- Erbjuda kurser rörande psykisk hälsa.
- Utökat uppdrag hos elevhälsan med möjlighet till tydligt ansvar i samverkan med exempelvis BUP eller andra vårdande aktörer.
- Ökad närvaro genom förändrade öppettider (till exempel kvällar) samt inkludera i uppdrag att skapa kontakt med elever och synas i skolan.

Goda exempel

- Kurator som följt upp och kontaktat elev när andra elever som, denne har nära kontakt med, mått väldigt dåligt.
- Elevhälsa som haft bra kontakt med BUP och som haft kontakt med till exempel behandlare och läkare för att vara uppdaterad. Kontakterna rör sig runt den unga och inte tvärtom.
- Kunnat höra av sig till kuratorn utanför bokade tider, att vid behov kunnat gå till elevhälsan.
- Kuratorer som rört sig ute i skolan, till exempel på fiket och försökt skapa relation till eleverna. Gör det tryggare att söka stöd.
- Erbjudande av stödprogram/verktyg som stresshantering.
- Kontakten är frivillig och på elevens villkor.

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningen är den enhet med mest positiv återkoppling och feedback. Ungdomsmottagningarna är i dag den enda verksamhet som vänder sig till åldersgruppen 18–25, en viktig aktör för psykisk hälsa hos unga över 18 år.

Verksamheten får god återkoppling på bemötande, flexibilitet, anpassning utifrån individen, att de har ett fokus på helhetshälsa och en god kunskap om gruppen unga och unga vuxna. Det är en tillgänglig verksamhet där en kan boka samtal online, där det kan finnas möjlighet till kvällstider.

> Där kände jag mig sedd. Jag gick inte in på en vårdenhet utan på en mottagning för mig som ung vuxen. Den enda platsen för mig. Här känner jag att jag kan ha passerat 18 år och ändå må dåligt.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Denna verksamhet önskas få ett utökat uppdrag med målgruppen unga och unga vuxna, som ett komplement till elevhälsan, med syfte att arbeta desto mer med den psykiska hälsan. Ungdomsmottagningarna har inte ett lika stort upptagningsområde och finns främst i större städer. Ungdomsmottagningen skulle eventuellt kunna ha ett rörligt uppdrag i den egna regionen, för att komma närmare alla unga.

Ungdomsmottagningen upplevs som en trygg och avslappnad enhet, på den ungas villkor och sida. Här upplevs det finnas ett generellt bra bemötande av unga, där de som arbetar inte dömer ut en generation utan finns för att lyssna och förstå. De kan både hantera livets svårigheter generellt, men också till viss del finnas som Förstalinjen verksamhet. Att det är en plats för mer än psykiska besvär underlättar också, ofta finns en känsla att här finns plats för hela mig och min utveckling som ung och ung vuxen.

Förslag

- Tydliggöra information om deras verksamhet för psykisk hälsa och ohälsa.
- Stärka deras uppdrag som primär enhet för målgruppen unga och unga vuxna rörande psykisk hälsa.
- Psykisk hälsa-kurser/cirklar/grupper.
- Möjliggöra stödjande samtal i större utsträckning.
- Möjlighet till samtal digitalt för de som inte bor nära ungdomsmottagningen.

Goda exempel

- Fantastiska psykologer och kuratorer som sett människan genom att våga fråga kring och utforska personens situation, inte bara symtom.
- Haft tillit tills en själv varit redo, fått tillåtelse att ta det utifrån individens process. Att få stanna kvar har skapat en trygghet för vidare stöd.
- Möjlighet till tidsbokning via nätet, gör det lättare att söka stöd jämfört med att ringa.
- Bra förståelse och kunskap kring ungas situation. ”Det känns att de är specialiserade på vår situation.”
- Flexibla öppettider, kvällar och ibland helger.

Vårdcentral

Vårdcentralen visar sig vara den som minst antal personer önskar söka stöd hos. Dock uppger unga att det är bra om vårdcentralen har ett samlat uppdrag, med start från födsel. Det blir då stöd under hela barn- och ungdomsåren inte bara vissa åldrar och bitar. Viktigt att enheterna kommunicerar och samarbetar med varandra samt får god möjlighet till detta, då vårdcentralen skulle kunna utgöra en ”spindel- i nätet-funktion”.

> Det känns naturligt att vårdcentralen är en väg in. Där har vi lärt oss att söka stöd för allt det fysiska som allt ifrån halsfluss, allergi och magproblem. Det känns naturligt att vi också skulle söka oss dit när själen gör ont. Men de behöver få den kunskapen och de förutsättningar som de behöver för att axla det uppdraget.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Vårdcentralen som en väg in är en bra idé. De finns med redan från livets start och är den instans en ska vända sig. Vi har ett invant beteende att söka vårdcentralen, vad gäller vår fysiska ohälsa, väldigt bra att kunna söka även för den psykiska hälsan och därmed inte skilja på dessa, då de ofta hänger samman. Däremot krävs ökad kompetens på vårdcentralerna kring det psykiska måendet och hur en kan

bemöta detta. Det anses väldigt bra om vårdcentralerna får ett större ansvar och högre kompetens på området.

Förslag

- Tydliggöra vårdcentralens roll med information om hur en kan söka stöd för sin psykiska hälsa.
- Ha ett holistiskt perspektiv på människan.
- Öka den egna kunskapen om unga och psykisk ohälsa.
- Ge möjlighet att boka digitalt.

Goda exempel

- Upplevs bra när de har tagits på allvar och fått en remiss med tydlig uppföljning.
- Bra och tydligt samtalsstöd med konkreta verktyg från kurator.

Högspecialiserad vård: Psykiatri

Den instans flest känner till för stöd vid psykisk ohälsa är de specialiserade enheterna.

BUP bör var en del av en kedja som hänger ihop med de tidiga insatserna, där de tydligare bör samarbeta med exempelvis vårdcentraler.

> Just för att du inte blir vuxen enbart för att du fyllt 18 år. Inget förändras på en dag till en annan.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

En genomgående upplevelse är att det är många som faller mellan stolarna när de fyller 18. Om BUP släpper en vid ens födelsedag finns en känsla av att ”starta om allting igen” på ny enhet. Det är inget som en orkar när en själv mår dåligt. Det krävs en bättre överlämning, där övergången till vuxenvården planeras.

Glappet som skapas vid 18 år ålder är problematiskt. För individen i sig ändras inget över en natt. En enhet primärt riktad till unga vuxna, 18–25 år, men viss flexibilitet anpassat utifrån individens bästa, skulle kunna ta emot från cirka 15 års ålder beroende på personens

problematik och slutföra en påbörjad behandling även om en passerat 18 års ålder. Detta utifrån ett perspektiv om patientens bästa med trygghet och kontinuitet. En enhet för unga vuxna skulle minska det stora glapp som finns i systemet, samt vara en enhet som också är experter på att möta just unga och unga vuxna, en grupp som tydligt skiljer sig från både barn och vuxna.

Förslag

- Tydliggöra enhet (öppenvård) för unga och unga vuxna till exempel mellan 15–25 år för att minska glappet. Liknande Ungdomsmottagningen, men i syfte att ge specialiserad vård till ungdomar/unga vuxna.
- Möjlighet att tydligare hänvisa med ansvar till en allmän vård till exempel vårdcentral. Där ingen riskerar att hamna i ett glapp, utan i stället med tydlig uppföljning, lämnas över till enhet med tydligt uppdrag om psykiska insatser på primärvårdsnivå.

Goda exempel

- Bra bemötande, som varit det viktigaste av allt. Blivit tagen på allvar och blivit förstådd.
- Möjligheten att byta behandlare om det inte klickar.
- Flexibilitet, att ha kvar en kontakt trots att den bytt enhet och på så sätt få tid till avslut.
- Bra inledande information om hur en behandling går till.

Slutord

> Det känns äntligen som att våra erfarenheter når fram till de som bestämmer. Äntligen försöker vi fixa kommunikationen, så ingen faller mellan stolarna. Det var min främsta önskan att få föra fram och den känns verkligen besvarad av utredningen.
>
> – *Deltagare i expertgruppen*

Under Tilias verksamma år har vi utöver den dagliga kontakten med unga i stödverksamhet haft otaliga referens- och expertgrupper med unga, både i egen regi men också för andra verksamheter. Där finner vi att vissa resultat som var högst aktuella förr har passerat och nya behov har växt fram i nutid.

Dessa förändringar sker lika fort som i samhällets övriga takt. Men det finns också behov som varit konstanta. Återkommande uttrycks önskemål från målgruppen såsom att införa psykisk hälsa på skolschemat, få verktyg för hälsa, såsom självkänsla, vikten av att bli hörd och lyssnad till, samt att det bör erbjudas fler trygga sammanhang att få växa i.

Denna återkoppling avspeglar sig även i vårt påverkande arbete, där unga önskar bli hörda, respekterade och tagna på allvar i samhällets utformande av insatser

Det i sig möjliggör ett samhälle anpassat av och för unga, där unga får sina grundläggande behov tillgodosedda. Genom att inkludera unga från start bistår samhället dem med en känsla av att bli hörd och sedd. Vi ser ständigt hur detta påverkar och stärker varje enskild individ och leder till ökad psykisk hälsa. Ett win-win samarbete för och med unga.

Vi anser att vi behöver våga lyssna till unga, vara modiga nog att möta behoven och utforma målgruppsanpassade insatser, där det är avgörande att vi som är vuxna vågar och kan vara lyhörda. Det är inte

en-dagsarbete, utan ett ständigt pågående arbete och ett ansvar vi har för vår generation unga – nu, inte sen.

Innovation och kostsamma insatser önskas sällan. Unga ber om möjlighet att få sina grundläggande behov tillgodosedda: att bli lyssnade på, hörda, sedda och bekräftade.

Det är också ett ansvar att inte bara lyssna. Vi måste därtill agera på det unga säger, så att förändring blir till. Annars återstår dessa kloka förslag enbart som just det, i väntan på att uppfyllas.

När vi agerar skapar vi förändring och ringar på vattnet för närmare en hel generation.

Det gör skillnad.

Bilaga 1: Frågor, enkätundersökning

Har du sökt stöd hos elevhälsan?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något elevhälsan skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).

Har du sökt stöd hos ungdomsmottagning?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något UMO skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).

Har du sökt stöd hos vårdcentral?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något vårdcentralen skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt)

Har du sökt stöd hos psykiatrin?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något psykiatrin skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).
Om du har varit i kontakt med flera aktörer. Ex. både UMO och vårdcentral. Hur upplever du deras samarbete? Finns det saker de kan göra för att förbättra samarbetet och vården för dig?

Övrig feedback till dessa enheter. Finns det något de kan göra för att skapa förbättringar? Eller är det något du upplever fungerar bra som kan inspirera fler?

Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden

Underlagsrapport för den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S 2019:05.

Om samverkansmodeller för och hälsoekonomisk nytta av hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser för barn och unga med särskild fokus på psykisk ohälsa

Författare vid Uppsala universitet:
Anna Sarkadi
Camilla Nystrand
Kine Johansen
Jamile Marchi
Nina Johansson
Josefin Dahlström

Innehåll

Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden 569

Utgångspunkter 571

Ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa 578

Områden med god ekonomisk evidens för investering 584

Områden som har bra effektstudier, men saknar god evidens för kostnadseffektivitet 595

Vad är problemet med dagens organisation? 599

Goda exempel på samverkan – ”Workarounds” 607

Lyckade exempel på systemomvandlande samverkan 620

Det är inte brist på statlig satsning på området psykisk hälsa, men 631

Vägen framåt 634

Varför är en sammanhållen barn- och ungdomsvård en önskvärd modell? 643

Referenser 646

Utgångspunkter

Hälsans bestämningsfaktorer

En viktig utgångspunkt för arbetet är hälsans bestämningsfaktorer, vilket också återspeglas i folkhälsomålen som beslutades av Riksdagen. Hälsan hos en individ är beroende av faktorer hos individen (kön, ålder, ärftlighet, mm), hens nära relationer, levnadsförhållanden, som exempelvis boende, levnadsvanor, utbildning, inkomst, arbete och arbetsförhållanden samt den breda samhälleliga kontexten med dess lagar, regler, stödsystem och normer. Hälsan kan därtill ses som resultatet av individens resurser och handlingsfrihet och effektiva insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa bör syfta till att stärka individens resurser och därmed handlingsfrihet (SOU 2017:47).

I Sverige är en persons livslängd och upplevd hälsa socialt skiktat (SOU 2017:47). Det är skillnad i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, mellan män och kvinnor och geografiskt (SOU 2016:55). Ett barns hälsa följer tydligt den sociala gradienten i samhället och är kopplat till familjens ekonomiska och sociala status. Därmed har inte alla barn jämlika förutsättningar då uppväxtvillkor, resurser och chanser i livet är beroende och präglade av föräldrar och andra viktiga och närvarande vuxna under barnets uppväxt (SOU 2017:47).

Samhällets ökade segregering ger även avtryck både inom skolan, förskolan och boendeområden där familjens socioekonomiska position i samhället har en avgörande roll för de förutsättningar och möjligheter familjen har och får i livet (SOU 2017:47). Socialt utsatta områden är mindre attraktiva för arbetsmarknaden vilket avspeglar sig i förskolor och skolor som tenderar att skilja sig i kvalitet i jämförelse med mer attraktiva områden (SOU 2019:40). Skillnaderna påverkar barnens utvecklingsmöjligheter genom förskolepersonalens och skolans antal anställda samt deras kompetensnivå men också möj-

ligheten att erbjuda extra resurser för de barn som inte har möjlighet till utvecklande och stimulerande miljöer hemifrån. På så vis påverkas barn i mindre attraktiva områden ofta mer negativt och barn från mer gynnade socioekonomiska familjer får i sin tur oftare möjlighet att gå på en förskola eller skola av högre kvalitet. Mer privilegierade barn har även ett försprång i sin utveckling då familjens resurser och möjligheter till stimulerande miljöer och stöttning i utvecklingen ofta gynnas mer i familjer med högre socioekonomisk status.

Många samhällssektorer formar hälsans bestämningsfaktorer oavsiktligt, genom policy och olika program (Wismar *et al*. 2006, 2013). Insatser måste därför implementeras utanför hälso- och sjukvårdssystemet, till exempel i skolor, på arbetsplatser och i fritidsmiljöer, för att påverka folkhälsan generellt och den psykiska hälsan specifikt. Detta innebär ofta att man inte bara ska förlita sig på aktörer utanför hälso- och sjukvårdssektorn för ekonomiskt stöd, men också för effektiv förvaltning, administration och samordning för många hälsofrämjande insatser. Många kritiska policyområden kommer att ligga långt utanför hälsosystemens kontroll, såsom transportsäkerhet, miljö och stadsplanering, utbildning och finanspolitik. Naturligtvis är detta inte något nytt – vikten av sektorsövergripande samverkan och delat ansvar för hälsa har länge framhävts av dem som arbetar inom området (WHO 1986). Livsstil, sociala nätverk, levnads- och arbetsvillkor och allmänna socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden är alla mångfacetterade bestämningsfaktorer för hälsan som inte kan hanteras av enbart insatser inom hälso- och sjukvården, eller tillskrivas till en enda policy eller aktivitet utanför hälsosektorn (Dahlgren and Whitehead 1991).

Eftersom hälsans bestämningsfaktorer är ojämlikt fördelade har samhällets hälsofrämjande och förebyggande insatser ett kompensatoriskt uppdrag. Hälsa är ytterst ett resultat av resurser och handlingsfrihet. En effektiv organisation för barn och unga bör därför eftersträva att öka båda delarna. Detta är inte bara av betydelse utifrån mänskliga rättigheter och likvärdighet utan också ur ett ekonomiskt perspektiv.

Från ett folkhälso- till ett ekonomiskt perspektiv

Folkhälsoarbetet har till stor del sin grund i hälsans bestämningsfaktorer, med allt från genetiska risker till livsvillkor och levnadsvanor, där insatser, projekt och arbetssätt struktureras kring att minska riskfaktorer eller främja skyddsfaktorer. Ramverket för folkhälsoarbetet utgår ifrån att framtida hälsa och välmående i populationen beror på samspelet mellan en rad olika faktorer i dag och framöver.

Går man över till ett nationalekonomiskt perspektiv kan man använda sig av ramverk med liknande ansats, men där målet är att vi vill öka produktivitet och därmed driva ekonomisk tillväxt. Michael Grossmans modell från 1970-talet är central för att förklara och förstå hur hälsan har en avgörande roll för ekonomiskt tillväxt på individnivå, alltså ökad inkomst, eller på samhällsnivå (Grossman, 2000). Grossman-modellen har sin ansats i att varje individ föds med en viss mängd hälsokapital som sedan minskar ju äldre man blir, och i samband med negativa förändringar såsom sjukdom. Idén är att man kan upprätthålla eller öka sitt hälsokapital genom investeringar i hälsa över tid. Hälsa betraktas därför ha ett egenvärde och ett mervärde – människor mår bättre och det är en god investering för framtida hälsa och därigenom inkomst, det vill säga att det finns en finansiell avkastning för friskhet.

Därför kan man säga att individer både efterfrågar och producerar olika mycket hälsa utifrån dess förväntade avkastning, beroende på grundkapitalet. Vid ett lägre hälsokapital vid födseln och negativa förändringar i hälsa förväntas antalet arbetsdagar minska, därmed vår produktivitet och således inkomst. På en välfungerande marknad baseras individers inkomst på dess marginalprodukt (hur mycket extra vi producerar) och individer kan på så sätt påverka sin inkomst genom investeringar i sin hälsa. Grossman (2000) menar att den generellt viktigaste faktorn för människors investering i sitt hälsokapital är utbildning. Med utbildning kommer kunskap och lärdomar om vad som krävs för att investera i och förvalta sin hälsa – det vill säga resurser och handlingsutrymme. Däremot så fokuserar teorin på investeringar i hälsa bland vuxna och ser hälsokapital, medfödda förmågor samt dess utveckling som givna. Det betyder att hur hälsa påverkas av barns risk- och skyddsfaktorer inte kan tas hänsyn till, trots att

forskning visar att det spelar en viktig roll för produktiviteten längre fram.

Denna avsaknad av ett livscykelperspektiv är en nackdel när det gäller hur man kan tänka kring investeringar i barn och ungas hälsa. För att ta hänsyn till hur hälsa kan påverka barns utveckling och hur detta senare har en inverkan på produktivitet finns det alternativa teoretiska ramverk.

Humankapitalet

Becker (1975) beskrev tidigt att humankapital är aktiviteter som påverkar vår framtida monetära och fysiska inkomst genom att öka resurserna som människor kan bidra med (Becker, 1975). Humankapital är människors kunskaper, färdigheter, talanger och kompetenser, men också hälsa, som bidrar till deras produktionsförmåga. Likt teorier inom neurovetenskap, utvecklingspsykologi och närliggande områden inkluderar humankapitalteorin följande argument rörande barns utveckling:

- Barns utveckling är en process där senare färdigheter bygger på tidigare färdigheter
- Mängden färdigheter genererade i en period är kritiskt beroende av grunden av färdigheter som skapats under en tidigare period
- Människans utveckling är ett samspel mellan arv och miljö
- Människans möjligheter inkluderar flertalet dimensioner av produktiva färdigheter, både kognitiva (relaterade till inlärning, språklig förmåga och problemlösning) och icke-kognitiva (motivation, preferenser, självbild m.m.), erfarenheter, och hälsa.

Detta ramverk, som också den Nobelprisbelönade forskaren James Heckman utgår ifrån i sin ”Heckman-equation”, belyser vikten av att ta hänsyn till kritiska perioder under utvecklingen. Detta är speciellt viktigt då negativa händelser kan vara särskilt skadliga, eller då en specifik policy kan få särskilt stor effekt, vid vissa kritiska tidpunkter i barns utveckling. Hälsa, kognitiva och icke-kognitiva förmågor avgör alltså till stor del den kapacitet man har för att lyckas inom studier eller på arbetsmarknaden. Ett femte argument används också i humankapitalteorin, men den är beroende av hur starkt sam-

bandet är mellan de olika faktorerna som bidrar till humankapital under olika tidpunkter i livet:

> En investering i humankapital i livets tidiga skede kommer sannolikt att vara mer effektivt än att försöka ta hand om de problem som uppstår senare i livet. Forskning på ansatser där man försökt kompensera för avsaknad av färdigheter genom att satsa på humankapital senare i livet, såsom specialistutbildning på jobbet, har ofta sammanfattat att dessa försök till stor del varit förgäves (Heckman, 2000).

Centralt för förståelsen av humankapitalteorin är idén om att samtliga delar kompletterar varandra, vilket innebär att bra hälsa och goda förmågor i en viss period kan komma att höja produktiviteten av investeringar i nästföljande period. Därför kan utveckling av hälsa och olika förmågor och färdigheter påverkas på olika sätt genom politiska åtgärder. En åtgärd för att främja psykisk hälsa bland barn kan potentiellt öka lärande; ett större utbud att föräldraskapsstödsprogram skulle kunna leda till lägre sjukskrivning bland föräldrar; en investering i att öka barns förmåga att tolka, förstå och reglera känslor skulle kunna öka barns potential till högre utbildning och därmed bättre chanser på arbetsmarknaden.

Då humankapitalteorin gör det tydligt att effekten av en investering kan variera under olika perioder av livscykeln, kan såklart intäkterna från en investering skilja sig åt mellan prevention, behandling och åtgärder vid uppstådda problem. Liksom Grossman-modellen lyfter detta teoretiska ramverk fram att hälsa har betydelse för ekonomins tillväxt, med utbildning som avgörande faktor.

Effekten av att investera i barn och ungas psykiska hälsa på ekonomisk tillväxt kan således undersökas genom dess effekt på utbildning, arbetsutbud och inkomst. Av vikt är de relativt ”små” mekanismerna eller insatserna i utvecklingen av barns kapacitet som kan ha en betydande inverkan på deras hälsa och kan leda till stora socioekonomiska skillnader över ett livstidsperspektiv. Utifrån ett epidemiologiskt, folkhälso- och ekonomiskt perspektiv kan vi därför skapa förståelse för hur vårt medfödda hälsokapital, olika risk- och skyddsfaktorer, timing av investeringar och förändringar i hälsa kan påverka vår utveckling av kapacitet. Det betyder att viss negativ utveckling kan brytas med hjälp av samhällsinsatser, med mest lovande resultat om man vet för vilka, när och hur dessa investeringar gör mest nytta.

Det finns en bred forskningsgrund som tyder på att humankapitalteorin stämmer. Bland annat visade: Currie och Moretti (2003) att en policy som ökade utbildningsnivå bland mammor hade positiv inverkan på deras barns humankapital (Currie and Moretti, 2003). Reynolds, Temple, Robertson och Mann (2001) visade att Chicago Child-Parent Center (CPC) framgångsrikt främjade barns humankapital till en högre grad om man erbjöd barn insatsen redan i förskolan, till skillnad från tidigt i grundskolan. Barn som erbjöds CPC tidigare hade både mindre behov av speciallärare och klarade dessutom av skolan bättre (Reynolds *et al.*, 2001).

En svensk pärla som exempel

I början av 1930-talet avsattes 30 000 kronor, vilket i dagens penningvärde motsvarar cirka 800 000 kronor, för en försöksverksamhet med mödra- och spädbarnsvård. Mellan år 1931 och 1933 pågick försöksverksamheten i 59 utvalda kommuner på landsbygd och i städer. Verksamheten gick ut på att ge förebyggande vård utifrån tre huvudaktiviteter: (1) hälsoundersökningar, (2) information till mödrar om hur de bäst skulle ta hand om sitt barn och (3) hembesök.

Med hjälp av historiska data har man jämfört uppgifter om hälsa och humankapital bland de barn som fick ta del av mödra- och spädbarnsvården, med matchade individer som inte fått tagit del av försöksverksamheten (Karlsson and Nilsson, 2018). Resultaten visade att spädbarnsdödligheten var 24 procent lägre bland barn i försöksverksamheten, samt att risken för att dö senare i livet var sju procent lägre än bland matchade individer utanför verksamheten. Läs- och skrivkunnighet förbättrades också i försöksverksamheten, speciellt bland flickor. Resultaten från studier tydde på att klyftan bland pojkar och flickor som tog examen från realskolan minskade – signifikant fler flickor från försöksverksamheten tog examen än från kontrolldistrikten, medan någon signifikant skillnad inte sågs för pojkar. I medelåldern var inkomsterna i genomsnitt sju procent högre för individer från försöksgruppen, men det berodde helt och hållet på kvinnorna, vars inkomster var 20 procent högre. Resultaten visar sammanfattningsvis att tidig spädbarnsvård kan åstadkomma långvarig förbättring i människors liv, vilket inte minst kan ses från en ekonomisk synvinkel utifrån effekten på humankapital.

Eftersom humankapitalet är sammansatt och består av många olika kognitiva och icke-kognitiva färdigheter måste en organisation som är satt för att främja barn och ungas hälsa klara av ett helhetsperspektiv och att barn har olika förutsättningar och behov.

Ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa

Kostnaderna[1] för psykisk ohälsa

World Economic Forum uppskattade att den globala kostnaden för psykisk ohälsa år 2030 kommer att ha mer än fördubblas jämfört med 2010, med totala kostnader upp till 5,7 biljoner euro. Två tredjedelar av den ekonomiska bördan kommer från indirekta kostnader. Denna kostnad skulle stå för mer än hälften av de totala kostnaderna för icke-smittsamma sjukdomar globalt (Bloom *et al.*, 2012).

Stort fokus de senaste åren har legat på att skatta den finansiella bördan av psykisk ohälsa bland barn och unga. Dessa kostnader uppstår ofta inom hälso- och sjukvården relaterad till behandling och mediciner, utbildningssektorn, socialtjänst och den frivilliga sektorn. Kostnader kan också bero på spill-over effekter på familjer. Med ett livstidsperspektiv kan kostnaderna fortsatt öka genom att problem fortskrider, eller genom de ökade riskerna för konsekvenser, inkluderat kriminalitet, substansberoende eller arbetslöshet. Ackumulerade under en livstid riskerar räkningen att bli skrämmande hög.

Blygsamma skattningar för barn i åldrarna 3–8 år med beteendeproblem har visat att resursförbrukning inom offentlig sektor uppgår till ungefär 3,5 gånger så mycket som för barn utan problem (Scott *et al.*, 2001). Om problemen dessutom kvarstår och utvecklas till en diagnos ökar kostnaderna markant. Uppskattningar från Storbritannien visade att resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, utbildning och socialtjänst för barn i åldrarna 5–15 med en psykiatrisk diagnos uppgick till i genomsnitt 3 900 euro per barn årligen (Snell *et al.*, 2013). Foster et al. (2005) jämförde resursförbrukning

[1] Samtliga priser återges i den valuta som presenterats i den ursprungliga studien.

bland barn med trotssyndrom eller uppförandestörning med barn utan denna problematik, och fann att kostnad per barn över en 7-årsperiod översteg 68 000 euro för uppförandestörning och över 18 000 euro för trotssyndrom (Foster and Jones, 2005). Över sextio procent av utgifterna låg hos utbildningssektorn.

De sistnämnda kostnaderna är relativt låga i jämförelse med de extra resurser som elever med psykiska problem får i skolan i Sverige. Utifrån data från Uppsala län skattade Wellander et al. (2016) att den genomsnittliga kostnaden per elev med ADHD, psykosociala problem eller ångest/depression låg på cirka 18 500 euro årligen (Wellander, Wells and Feldman, 2016). I denna skattning har författarna inkluderat kostnader för extra lärare, elevassistenter och specialklass, men exkluderat kostnader för elevhälsa.

Det ekonomiska och sociala värdet av tidiga insatser

En snabbt växande forskningsgrund för utvärderingar av tidiga insatser visar på stor potential för besparingar bland flera av samhällets sektorer som väldigt ofta kan väga upp för de initiala kostnaderna för insatser och producera bättre hälsa.

Ekonomisk utvärdering

Två olika typer av ekonomiska utvärderingar är av relevans vid beslutsfattande – *kostnadsnyttoanalyser* och *kostnadsintäktsanalyser*.

Kostnadsnyttoanalyser är rekommenderade och används ofta som stöd vid resursprioritering inom hälso- och sjukvård. I kostnadsnyttoanalyser ställs *hälsorelaterad livskvalitet* (Quality Adjusted Life Years, QALY) i relation till nettokostnader. Livskvalitémått är något som används istället för kliniska utfall, dels för att de är enklare att förstå för beslutsfattare oavsett klinisk kompetens, men också för att de möjliggör för jämförelser av insatser mellan olika områden. En insats i öppenvård för barn med en viss typ av problematik kan därför jämföras med en insats i specialistsjukvården för barn med andra typer av problem. Likaså kan vi använda dessa för en bredare jämförelse – hur kostnadseffektivt är det med en aktivitetsfrämjande insats bland barn i förskolan, i jämförelse med en antimobbningsinsats i gymnasiet?

Det finns ytterligare ett argument för att använda hälsorelaterad livskvalitet, nämligen att det finns rekommendationer eller gränsvärden för hur mycket samhället är villig att betala för en förbättring av livskvalitén. Detta är ett oerhört försprång i jämförelse med ”områdestypiska” eller kliniska utfall, där vi inte vet om en viss hälsoförbättring för en viss kostnad är på rimlig nivå, eller för kostsam. Vad är vi till exempel villiga att betala för att en ytterligare person ska få behörighet till gymnasiet, för att en mindre person ska utsättas för mobbning eller för att undvika ungdomsbrottslighet? Mäter vi hälsorelaterad livskvalitet kan vi använda oss av rekommenderade gränsvärden och därmed avgöra om en insats är kostnadseffektiv i relation till någon annan insats om den kostnaden är lägre än gränsvärdet. Vi kan därför svara på frågor såsom ”vad ger mest nytta (hälsa) för pengarna” och ”är det värt den extra kostnaden för att implementera en mer effektiv insats, i relation till vad vi är villiga att betala för denna extra effektivitet?”.

Kostnadsintäktsanalyser. Utanför hälsoekonomin återfinns exempel på ekonomiska utvärderingar där man ställer kostnader i relation till *intäkter*, snarare än hälsa. Dessa är så kallade kostnadsintäktsanalyser. Kostnadseffektiviteten av till exempel ett infrastrukturprojekt beskrivs ofta i termer av hur mycket man kan få tillbaka per investerad krona, eller hur stor avkastningen är över tid. Sociala insatser kan rimligtvis också utvärderas utifrån ett liknande perspektiv.

Den främsta förebilden för att ”räkna hem” tidiga insatser för barn och unga utgörs av de ekonomiska modeller som utvecklades av Washington State Institute of Public Policy (WSIPP) (Washington State Institute for Public Policy, 2020). WSIPP sammanställer forskning kring effekter av metoder och insatser inom olika områden relaterade till barn och unga. Analyserna ger en övergripande bild av evidensläget gällande folkhälsoinsatser, dels för att utröna vilka effekter man kan förvänta sig, dels för att slå hål på luftslott, då evidensen inte alltid pekar i den riktning man vill eller förväntar sig. WSIPP använder därefter samhällsekonomiska analysmodeller, skräddarsydda för olika insatsområden, för att beräkna den samhällsekonomiska lönsamheten av olika typer av interventioner. Detta genom att länka insatsernas effekt på riskfaktorer (såsom beteendeproblem) till långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser. WSIPP har bland annat beräknat den långsiktiga avkastningen för preventiva insatser

inom ungdomsbrottslighet, barns psykiska hälsa och missbruk, och inom olika arenor såsom förskola, skola, hälso- och sjukvård.

I Storbritannien har man påbörjat en variant av WSIPPs modellen, med relevanta insatser och kostnader för brittisk offentlig sektor. I Sverige finns ett liknande arbete för att stödja kommunernas beslutsprocess om sociala investeringar, med stöd av stiftelsen Idéer för Livet och framtagen av forskare på Uppsala universitet (Nystrand, Feldman and Sarkadi, 2020). Initiativet tillkom eftersom det både i Sverige och internationellt finns en mångfald av insatser, både med och utan evidens, som erbjuds inom kommunal verksamhet och som syftar till att förebygga eller minska psykiska problem bland barn och unga. Däremot finns det inget stöd för beslutsfattare att sortera mellan dessa metoder, delvis för att svensk forskning saknas och delvis för att det är svåråtkomligt för lokala beslutsfattare.

Sociala konsekvenser av psykisk ohälsa i barndomen

Inverkan av psykisk ohälsa bland barn och unga på utbildning, arbete och inkomst har studerats flitigt. Med hjälp av registerdata och longitudinella kohortstudier har man kunnat följa barn med olika psykiatriska diagnoser och problem upp i vuxen ålder. Man har i dessa studier kunnat kontrollera för en mängd bakomliggande faktorer som också kan komma att påverka utfallen. I vissa studier har man även haft möjlighet att göra långsiktiga uppföljningar av tvillingar, för att kunna kontrollera för genetik och uppväxtförhållanden. Dessa studier är speciellt intressanta, då de ger en bild av den kausala inverkan av psykisk ohälsa på långsiktiga utfall, såsom akademisk förmåga, arbete och inkomst.

Konsekvenserna av psykisk ohälsa i tidig ålder kan uppkomma redan i skolåldern i form av problem med sociala relationer, mobbning och utanförskap. Senare i tonåren ökar även risken för bland annat rökning och alkoholanvändning, och i vuxen ålder en ökad risk för beroendeproblematik eller andra psykiska problem och kriminalitet. I de kohortstudier som nämnts tidigare har man funnit att barn med beteendeproblem löper högre risk för beroendeproblematik, arbetslöshet, problem med sociala relationer och kriminalitet än barn utan underliggande problem. Även svenska registerbaserade studier visar liknande mönster av negativa konsekvenser på humankapi-

talet relaterat till psykisk ohälsa i tidig ålder (Lundborg, Nilsson and Rooth, 2014).

Många studier har följt upp barn med ADHD och uppförandestörning (conduct disorder) eller beteendeproblem (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005; Le *et al.*, 2005; Currie and Stabile, 2006; Breslau *et al.*, 2008; Webbink *et al.*, 2012; Fletcher, 2014). Erskine *et al*. (2016) sammanfattade litteraturen rörande ADHD och uppförandestörning och beräknade den genomsnittliga inverkan av dessa problem (Erskine *et al.*, 2016). Författarna såg att ADHD resulterade i 3,7 gånger högre odds att hoppa av skolan, och 2 gånger högre odds att hamna i arbetslöshet, i jämförelse med barn utan ADHD. Oddsen för att hoppa av skolan för barn med uppförandestörning var 2,7. Skattningar från Nya Zeeland och Storbritannien där man följt barn under 25 respektive 40 år, visar att barn och ungdomar med beteendeproblem har 4 gånger högre odds att få ofullständiga betyg i skolan (Colman *et al.*, 2009), och större risk att vara beroende av ekonomiskt stöd vid 25 års ålder (33 procent av de barn med högst problematik, i jämförelse med 9 procent för barn utan problematik) (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005).

Barn med beteendeproblem löper en 10 gånger högre risk att hamna i olika typer av kriminalitet, eller en 3,8 gånger högre risk att hamna i narkotikaberoende (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005). Register- och kohortdata har också visat att barn med ADHD och trotssyndrom mer frekvent hamnar i beroendeproblematik och en kriminell bana (Fletcher and Wolfe, 2009; Knop *et al.*, 2009; Dalsgaard *et al.*, 2014; Sundquist *et al.*, 2015), med en svensk studie som tyder på kausala samband mellan ADHD som barn och beroendeproblematik i vuxen ålder (Sundquist *et al.*, 2015).

Studier har funnit liknande, om än mindre, negativa samband mellan ångest och depressionsdiagnoser bland barn och unga och arbetsmarknadsutfall (Duchesne *et al.*, 2008; Fletcher, 2013). Problematik gällande alkoholberoende i vuxen ålder har också setts bland barn och unga med depression och ångestsymptomatik (McKenzie *et al.*, 2011).

Det vetenskapliga underlaget är därför entydigt när det kommer till de förhöjda riskerna samt de ekonomiska och sociala konsekvenserna relaterade till tidig psykisk ohälsa. Men det finns ytterligare fördelar med att arbeta med tidig prevention för att minska risken för dessa negativa utfall i vuxen ålder. Å ena sidan är den underliggande problematiken inte något som bara påverkar individen i fråga,

utan också familj, vänner, skolkamrater och lärare. Kan vi förebygga eller minska problemen för dessa individer idag har vi möjlighet att påverka många individers framtid. Å andra sidan kommer de problem vi vill förebygga och de långsiktiga konsekvenserna också med en prislapp. I praktiken innebär det att man med tidiga insatser inte bara bör se till hur humankapitalet och därmed samhällsproduktionen kan komma att påverkas, men också hur tidiga insatser slår mot offentlig sektor, speciellt intäktssidan. Med ett brett perspektiv kan ofta samhällsbesparingar vägas upp mot kostnaden för tidiga insatser, där investering i tidiga insatser ofta resulterar i en ekonomisk lönsamhet utifrån ett långsiktigt perspektiv.

Områden med god ekonomisk evidens för investering

Perinatal depression

Argumentationen för tidiga insatser utifrån ett ekonomiskt perspektiv börjar redan under graviditeten. Mellan 10 procent och 20 procent av kvinnor upplever prenatala depressiva symtom (Gavin *et al.*, 2005; J.Y. *et al.*, 2017). Bättre hantering av psykisk ohälsa under graviditet kan också bidra till att mildra problem som ångest, psykos och posttraumatisk stress. Män upplever också psykiska påfrestningar kopplat till graviditet; nyligen genomförda studier i Storbritannien och Italien rapporterar att 4–6 procent av nyblivna pappor upplever depressiva symtom (Epifanio *et al.*, 2015; Nath *et al.*, 2016) och upp till 18 procent lider av ångestproblematik (Leach *et al.*, 2016). Prenatal psykisk ohälsa kan ha långvariga konsekvenser för barns psykiska hälsa, liksom för fysisk och kognitiv utveckling.

För samhället kostar prenatal depression och ångest för mammor och barn upp till 112 300 respektive 51 600 dollar utifrån ett livstidsperspektiv. Kostnader relaterade till utbildning och rättsväsendet överstiger här kostnader för hälso- och sjukvården (Bauer, Knapp and Parsonage, 2016). Dessa kostnader visar ett tydligt ekonomiskt incitament för att investera i åtgärder för att identifiera risken för depression hos nya och blivande föräldrar. Allt fler länder, inklusive Sverige, Australien, Nya Zeeland och Storbritannien, har i dag program eller riktlinjer för att screena för pre- och postnatal depression. Ett antal ekonomiska utvärderingar visar att det är kostnadseffektivt att förebygga och/eller behandla tidig prenatal depression (Gurung *et al.*, 2018).

Föräldraskapsstödsprogram

Föräldraskapsstödsprogram erbjuds i en majoritet av kommuner i Sverige som förebyggande insats (mödravård, förskolor, socialtjänsten m.m.), både på universell nivå och som riktad eller indikerad insats. Inom många regioner ska föräldraskapsstödsprogram enligt riktlinjer erbjudas som första-linjeinsats för föräldrar vars barn uppvisar beteendeproblematik eller fått diagnoser, som ADHD, trotssyndrom eller uppförandestörning. Det finns även föräldrastöd som är specifikt utvecklade för föräldrar som har underliggande problematik, som missbruk eller psykiska problem, eller för barn med andra diagnoser, till exempel autismspektrumdiagnos.

Föräldraskapsstödsprogram erbjuds i olika format, vilket kan inkludera individuella möten, telefonmöten, gruppträffar och/eller föreläsningar, både online och genom fysiska träffar. Syftet med föräldraskapsstödsprogram är att ge föräldrar verktyg för att förstå och hantera barns beteenden, vilket i sin tur leder till minskade beteendeproblem bland barn, minskad stress bland föräldrar och känsla av ökad föräldrakompetens och allmänt välmående.

Det finns en stabil forskningsgrund när det kommer till den ekonomiska evidensen för föräldraskapsstödsprogram, speciellt då man de senaste fem åren sett en tydlig ökning i antalet publicerade artiklar inom området. I en systematisk litteraturöversikt från år 2020 sammanfattade Sampaio *et al.* kunskapsläget utifrån 45 ekonomiska utvärderingar av föräldraskapsstödsprogram (Sampaio, F., Nystrand, C., Feldman, I., Mihalopoulos, 2020). För att förebygga och minska beteendeproblem hos barn är dessa program kostnadseffektiva, och evidensen ser också lovande ut gällande emotionella problem, som ångest och depression, där dessa insatser ofta är kostnadseffektiva i förebyggande eller lindrande syfte.

Fler av dessa studier har uppföljningstider på längre än sex månader, varpå man kan säga något om hållbarheten av effekten från insatserna. I en nyligen genomförd ekonomisk utvärdering i Storbritannien hämtade man data från fem studier som undersökt föräldraskapsstödsprogrammet de Otroliga Åren, som också finns tillgänglig i Sverige, för föräldrar med barn i 5-årsåldern (Gardner *et al.*, 2017). Med hjälp av ekonomisk modelleringsteknik uppskattade man framtida kostnader och intäkter upp tills barnen blev 30 år, med ekonomiska skattningar för hälso-, socialtjänst- och utbildningssektorn

samt rättsväsendet. Forskarna skattade en avkastning på 4,57 dollar för varje dollar spenderad.

Ekonomiska utvärderingar utförda av WSIPP i USA visar på avkastning mellan 0,6–30,5 dollar per investerad dollar för föräldraskapsstödsprogram, där några av de inkluderade programmen finns tillgängliga i Sverige, bland annat de Otroliga Åren och Triple P (Positive Parenting Program). Dessa skattningar går i linje med vad som setts i svenska studier, där avkastningen varierat mellan 6,3–39 kronor per investerad krona för programmen Cope, Connect, Komet och de Otroliga Åren (Nystrand *et al.*, 2020). Intäkter i den svenska studien inkluderade poster för utbildning och hälso- och sjukvården, samt framtida livstidsinkomst.

I två andra svenska studier använde man livskvalitémått för att skatta insatsernas effekt, något som föredras för hälsoekonomiska utvärderingar utifrån det inbyggda ”värdet” för livskvalitet, som beslutsfattare kan använda som riktlinje för att bedöma kostnadseffektivitet. Dessa utvärderingar inkluderade Cope, Connect, Komet och de Otroliga Åren, självhjälpsboken *Fem gånger mer kärlek*, och programmet Alla Barn i Centrum, ABC (Ulfsdotter, Lindberg and Månsdotter, 2015; Nystrand *et al.*, 2019). Föräldrar till barn i åldrarna 3–12 randomiserades till insatserna, och kostnader beräknades för 5–12-åringar fram tills 18 års ålder. I utvärderingen av de fem förstnämnda gjordes en långtidsuppskattning av de potentiella intäkterna kopplade till minskning av beteendeproblematik bland barn, med fokus på kostnadsbesparingar för utbildningssektorn och hälso- och sjukvården. För insatsen ABC ställdes insatsens kostnader i relation till livskvalitet. Vad båda utvärderingarna visade var en tydlig bild – samtliga insatser var kostnadseffektiva utifrån rådande betalningsvilja, dvs. ”värde” för livskvalitet, som beslutsfattare kan använda som riktlinje. Man såg också besparingar för olika sektorer. Analyser visade också på att ett långsiktigt perspektiv där intäkter ackumuleras över flertalet år inte vad nödvändigt för att uppnå kostnadseffektiva resultat. Detta är särskilt viktigt eftersom den kommunala ekonomin och det politiska klimatet har betydligt lättare att hantera korta tidsperioder mellan insats och effekt.

Evidensen är mer otydlig när det gäller föräldraskapsstöd för andra psykiska problem, för att främja generellt välmående och som specifik selektiv insats. Exempelvis varierar evidensen gällande kost-

nadseffektiviteten av föräldraskapsstödsprogram för föräldrar med missbruksproblematik eller för barn som adopterats.

Skolan som arena för insatser

Skolan är en arena med stor potential för främjande och förebyggande arbete för psykisk hälsa. Få svenska ekonomiska utvärderingar av insatser i skolan har gjorts, men evidens från grannländer, övriga länder i Europa och internationellt är entydiga när det kommer till de ekonomiska argumenten för att arbeta med vissa typer av förebyggande insatser i skolan. Svenska läkarsällskapet (SLS) sammanfattade nyligen i en rapport *Kraftsamling för ungas psykiska hälsa* fem generella insatsområden där det finns en god vetenskaplig grund för att kunna påverka ungas psykiska hälsa och skolresultat. Dessa fem områden innefattar:

1. Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet
2. Balans mellan tid på digitala medier, skola, fysisk aktivitet och sömn
3. Socialt och emotionellt lärande för att stärka självkänsla, hantera stress och skapa positiva förändringar
4. Anpassning av kunskaps- och betygskraven till elevers utveckling och förutsättningar
5. Tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa.

Några av dessa med god ekonomisk evidens tas upp nedan, nämligen fysisk aktivitet, socialt och emotionellt lärande och tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa, som självskada, ångest och depression.

Fysisk aktivitet

Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) har i sin rapport från 2018 ”Physical Activity Guidelines Advisory Committee” sammanfattat evidensen av fysisk aktivitet på kognition, livskvalitet, självkänsla och depressiva symptom hos unga i skolåldern. Högre grad av fysisk aktivitet och lägre nivåer av stillasittande bland unga 5–18 år ökar självskattad livskvalitet (3), samtidigt som det finns stark evidens för att fysisk aktivitet har måttlig till hög effekt gällande minskning av depressiva symtom hos barn och ungdomar, med eller utan diagnostiserad depression. Träning har också visat måttlig effekt för att förbättra självkänslan (Das *et al.*, 2016). Cöster *et al.* (2018) visar en studie från Sverige att behörigheten till gymnasiet kan öka för pojkar med en insats som syftar till att öka den fysiska aktiviteten bland skolungdomar (Cöster *et al.*, 2018).

Argument för satsningar inom fysisk aktivitet på befolkningsnivå baseras i allt högre grad på beräkningar av kostnaderna för inaktivitet. Enligt skattningar från WHO är en fjärdedel av den vuxna befolkningen i EU otillräckligt aktiva, och fyra femtedelar av ungdomar. Över 500 000 dödsfall per år kan relateras till fysisk inaktivitet, vilket kan förebyggas genom livsstilsförändringar. Stora kostnadsposter är relaterade till de ökade hälsorisker som fysisk inaktivitet resulterar i, både för hälso- och sjukvården men också gällande samhällsproduktion, då många av dessa resulterar i för tidig död. Direkta kostnader för hälso- och sjukvården utifrån de fyra största riskerna relaterade till fysisk inaktivitet; hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, kolon- och bröstcancer och indirekta kostnader kopplat till depression och ångestproblematik, uppgår till 80 miljarder euro årligen för EU-länderna. Detta motsvarar 6,2 procent av utgifterna för hälso- och sjukvården i Europa; fem miljarder euro mer än hela världen spenderar på cancerläkemedel varje år eller hälften av den årliga BNP för Irland eller Portugal. Ser vi framåt kommer denna ekonomiska kostnadsbörda att öka – konservativa uppskattningar för år 2030 är att dessa kan uppgå till årliga kostnader på över 125 miljarder euro (ISCA/Cebr, 2015).

Fyra översiktsartiklar har publicerats där man bland annat tittat på den ekonomiska evidensen för fysisk aktivitet bland barn och unga. Laine *et al.* (2014) och Wu et al. (2011) konkluderade att insatser i skolan för att främja fysisk aktivitet generellt är kostnads-

effektiva. Båda översikterna inkluderade dock en mängd olika skolbaserade insatser (från hälsoutbildning till miljöförändringar) som varierade väsentligt när det gäller storleken på kostnadseffektiviteten (Wu *et al.*, 2011; Laine *et al.*, 2014).

Lehnert et al. (2012) inkluderade främst skolbaserade insatser som främjade aktivitet i samband med resa till/från skolan (Lehnert *et al.*, 2012). I denna översikt ansågs inte dessa insatser vara kostnadseffektiva. Lewis et al. (2010) undersökte insatser för fysisk aktivitet i familj- och hemmiljö, skola och samhället. Översikten sammanfattade att vissa insatser var kostnadseffektiva (t.ex. danslektioner och program för vandringsgrupper i stället för skolskjuts), medan andra endast visade sig vara kostnadseffektiva för en viss grupp barn (t.ex. endast för tjejer), eller inte kostnadseffektiva alls (t.ex. gratis simlektioner) (Abu-Omar *et al.*, 2017). Få av dessa ekonomiska utvärderingar har gjort långsiktiga prognoser av insatsernas inverkan på framtida hälsa och humankapital. Däremot kan vi anta än bättre kostnadseffektivitet och potentiella kostnadsbesparingar om dessa skulle ha inkluderats.

Socialt och emotionellt lärande (SEL)

”Sociala och emotionella färdigheter” avser förmågan till att reglera ens tankar, känslor och beteende. Dessa färdigheter skiljer sig från kognitiva förmågor såsom läskunnighet eller förståelse för matematik eftersom de huvudsakligen berör hur människor hantera sina känslor, uppfattar sig själva och interagerar med andra, snarare än deras förmåga att bearbeta information. Sociala och emotionella färdigheter har stor inverkan på ens egna mående, kognitiva utveckling och kan ha en inverkan på mer långsiktiga utfall, såsom skolprestation och framtida fysiska och psykiska hälsa.

Heckman och Kautz (2012) jämförde studenter som hoppat av gymnasiet och fick högskolebehörighet genom att genomföra så kallade ”GED”-tester, med studenter som fått ut en vanlig gymnasieexamen (Heckman and Kautz, 2012). Deras kognitiva förmåga skiljde sig inte åt, men man såg att avhopparna hade sämre sociala och emotionella färdigheter. Det som dock skiljde dem mest åt var inte dessa färdigheter, utan hur det gick senare för dem i livet. Eleverna med sämre SEL färdigheter hade lägre sannolikhet att klara av uni-

versitetsstudier, kortare anställningar, lägre timlön, högre skilsmässonivåer, sämre hälsa, och högre sannolikhet att hamna i kriminalitet. I en studie av Roberts *et al.* (2007) såg man att SEL färdigheter hade en något lägre inverkan än IQ på arbetsrelaterade utfall, men en högre effekt än vad föräldrars inkomst och socioekonomisk status hade (Roberts *et al.*, 2007). Flera studier har tittat mer specifikt på vilka SEL färdigheter som driver olika typer av direkta och mer långsiktiga utfall. Forskningen sammanfattas väl i en nyligen publicerad rapport av OECD (OECD, 2018)

Många SEL-insatser har utvecklats i USA och en del av dem har översatts och kulturanpassats till andra språk och länder. Flera av dessa visat sig vara effektiva både i USA och i andra länder, och för vissa av dessa har det även utförts ekonomiska utvärderingar. Ett exempel på den potentiella ekonomiska lönsamheten när det kommer till SEL-program är från insatsen Good Behavior Game (GBG), som i Sverige går under namnet PAX Samspelet eller Höjaspelet, och som är olika varianter av programmet. GBG syftar till att främja positivt och prosocialt beteende bland barn genom ett belöningsbaserat ”spel”. Då mycket forskning om GBG har visat effekter på både psykisk och fysisk hälsa bland barn, med positiv inverkan på skolresultat som leder till en rad andra förbättringar på sikt, har man skattat att GBG kan leda till en avkastning på upp till 63 dollar per investerad dollar i USA. Detta är om man gör prognoser av individer på sikt som fått tagit del av GBG som barn, där man inkluderat intäkter för bland annat hälso- och sjukvården, arbetsmarknaden och rättsväsendet. GBG har implementerats på flera platser inom och utanför USA, men också i Sverige i olika versioner. Just nu pågår en stor randomiserad studie av GBG i Sverige för att primärt mäta de hälsorelaterade effekterna på lärare i skolan, samt de ekonomiska konsekvenserna för att bedöma kostnadseffektiviteten.

Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) är en annan SEL-intervention där man gjort ekonomiska utvärderingar, speciellt i Storbritannien. PATHS är ett av de mer kända evidensbaserade SEL-programmen. Det manualbaserade programmet riktar sig till barn i åldern 4–11 år och består av separata lektioner för varje årskull, där SEL-färdigheter lärs ut i olika steg som bygger på varandra.

Tre ekonomiska utvärderingar av PATHS från Storbritannien visar att PATHS knappt genererar bättre hälsorelaterade effekter än en kontrollgrupp (Berry *et al.*, 2016; Humphrey *et al.*, 2018; Turner

et al., 2020). Detta beror dock främst på att man i skolor i Storbritannien arbetar mycket med SEL-komponenter i ordinarie läroplan, bland annat med programmet SEAL (Bywater och Sharples, 2012). Att man i samtliga tre studier därför såg små eller inga effekter av insatsen är inte förvånande. Däremot använde två av studierna hälsorelaterad livskvalitet som utfallsmått, och såg, om än små, effekter av insatsen, och att PATHS utifrån dess låga kostnader (cirka 18 pund vid nationell implementering) var kostnadseffektiv. En anledning till kostnadseffektiviteten och den låga kostnaden är att man inte räknat med löner för lärare, utan endast utbildning och materialkostnader. Detta för att lärare arbetar med PATHS under ordinarie lektionstid, varpå inga extra personalresurser krävs. Detta är något som gäller de flesta SEL-insatser, varför de utifrån programmens effektivitet ofta ses som väldigt kostnadseffektiva.

Suicidförebyggande insatser

Den vetenskapliga grunden gällande huruvida suicidförebyggande insatser är kostnadseffektiva för barn och unga är begränsad. Suicid och självskadebeteende beräknades kosta mer än 58,4 miljarder dollar i USA år 2013, varav endast 1,7 miljarder dollar representerar kostnader för hälso- och sjukvården (Shepard *et al.*, 2016). En majoritet av dessa kostnader var relaterade till självskada.

Forskare har tagit fram många effektiva insatser för att förebygga suicid, suicidtankar och självskadebeteende (Zalsman *et al.*, 2016), men det finns fortfarande bara begränsad litteratur gällande dess kostnadseffektivitet. I SEYLE-projektet testade man tre suicidpreventiva insatser i 10 EU-länder med över 10 000 medverkande elever, där Sverige var koordinator för projektet (Wasserman *et al.*, 2015). Insatserna var (1) professionell screening, (2) gate-keeper träning eller (3) Youth Aware of Mental Health program (YAM). Den enda insatsen som visade signifikant minskning av nya suicidförsök (över 50 procent) och allvarliga självmordstankar jämfört med en kontrollgrupp var YAM. YAM är ett program för skolelever som främjar diskussion och utvecklar färdigheter för att möta livets svårigheter och öka kunskap om psykisk hälsa. I en nyligen publicerad studie såg man att YAM också var den mest kostnadseffektiva insatsen, med en kostnad på mellan 47 000–48 000 euro per QALY

för att förebygga ett fall av suicid eller allvarliga suicidtankar (Ahern *et al.*, 2018). Med en sådan kostnad kan YAM anses vara en kostnadseffektiv insats, utifrån rådande riktlinjer för betalningsviljan för en QALY. I studien ställde man endast insatskostnader i relation till hälsoeffekten, och därför exkluderades de långsiktiga fördelarna med att minska suicidtankar och försök, både hälsorelaterade samt ekonomiska. Hade man inkluderat dessa hade insatsen troligen ansetts vara än mer kostnadseffektiv.

Insatser för att förebygga ångest och depression

Flera systematiska översikter och meta-analyser utförda av forskare i Sverige har visat att förebyggande insatser, både universella och riktade, inom ångest och depressionsproblematik har mycket lovande effektivitet, både om de utförs inom ramen för skolans arbete eller hälso- och sjukvården (Ahlen, Lenhard and Ghaderi, 2015; Ssegonja *et al.*, 2019).

Den ekonomiska evidensen inom området är något varierad. I en nyligen publicerad systematisk översikt utförda av forskare på Uppsala universitet, såg man att insatser i skolan inom området har visat på varierad kostnadseffektivitet. De studier som inkluderades i översikten var enbart kostnadsnyttoanalyser där man undersökt kostnaden per QALY. Utifrån de inkluderade studier som utvärderade insatser för barn och unga, var hälften av de som implementerats i skolan inte kostnadseffektiva, oavsett teoretisk utgångspunkt eller komponenter inkluderade i insatserna. Enbart två utvärdering inkluderades där man använt hälso-och sjukvården som arena för att ge förebyggande insatser. I dessa utvärderingar hade man främst implementerat insatser som inkluderade kognitiv beteendeterapi, och båda visade på kostnadseffektiva resultat. Många ekonomiska utvärderingar inom området har använt kliniska utfallsmått, vilka exkluderats från översiktsartikeln.

Barn med ADHD och autism

Autismspektrumtillstånd och ADHD är två av de vanligaste neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna bland barn, där ADHD och autism drabbar 7 procent respektive 1–2 procent av barn världen över (Thomas *et al.*, 2015). Då båda problemen börjar vid tidig ålder krävs tidig identifiering och insats. Tidig intervention för barn med utvecklingsneurologiska och neuropsykiatriska svårigheter har visat sig vara effektiva (Johnston, 2009; Ulrich, 2010; Guralnick, 2011; Zwaigenbaum *et al.*, 2015). Hjärnas formbarhet de första åren gör att man generellt kan säga att det är lättare att främja utveckling och inlärning samt förebygga problem när barnet är mycket litet (Dawson, 2008; Ozonoff *et al*., 2008; van der Meer, 2016). Tidig upptäckt är avgörande för att möjliggöra tidiga insatser för att optimera barnets utveckling samt att förebygga eller minimera utvecklingsförseningar och sekundära problem (Johnston, 2009; Ulrich, 2010; Guralnick, 2011; Zwaigenbaum *et al*., 2015). Men barn med utvecklingsneurologiska och neuropsykiatriska problem/svårigheter ofta upptäcks och får hjälp sent (Tuominen-Eriksson, Svensson och Gunnarsson, 2013). Detta får konsekvenser både för individen och ekonomin.

Studier visar att den samhällsekonomiska bördan av ADHD och autism bland barn är stor: den årliga genomsnittskostnaden för ADHD per barn i Europa ligger på mellan 5 700 euro och 14 400 euro, med höga kostnader för psykologiskt stöd och medicinering. Bland indirekta kostnader beror en majoritet på produktivitetsförlust för vårdnadshavare (Pelham, Foster and Robb, 2007; Le *et al.*, 2014; Quintero *et al.*, 2018). ADHD bland vuxna är också kopplat till stora ekonomiska förluster, relaterade till brottslighet, arbete, problem i sociala relationer och andra psykiatriska problem.

Autism är också kostsamt. Barn i åldrarna 3–17 år med autism kostar hälso- och sjukvården årligen cirka 2 100 euro och 10 000 euro för andra sektorer, i jämförelse med barn utan autism. För utbildningssektorn uppgår kostnaderna årligen till 6 100 euro mer än för barn utan diagnosen (Lavelle *et al.*, 2014). Kostnader förknippade med autism kvarstår till vuxen ålder på grund av de stora kostnaderna för vuxenomsorg och förlorad produktivitet för personer med autism och deras föräldrar.

I en systematisk översikt som nyligen accepterades för publikation, utförd av forskare på Uppsala Universitet, sammanfattades evidensläget rörande kostnadseffektiviteten av insatser för barn och unga med ADHD eller autism (Sampaio *et al.*, 2021). Studien fann endast fyra ekonomiska utvärderingar av tidiga insatser som inte utvärderade kostnadseffektiviteten av medicinering. Hälften av dessa konkluderade att specifika insatser (såsom föräldrastöd och kommunikationsfrämjande individuella insatser) inte var kostnadseffektiva, då insatserna dels kostade mer än de ordinarie tjänster som gavs, och inte visade sig vara mer effektiva. Två av utvärderingarna visade kostnadseffektiva resultat. Speciellt intressant var en utvärdering som utifrån ett livstidsperspektiv inkluderade potentiellt undvikbara kostnader relaterade till utbildning, specialiserad hjälp i hemmet, hälso- och sjukvård, barnens framtida produktivitet samt en skattning av den tid som föräldrars lade ner för att ta hand om barnet. Utvärderingen visade på stora kostnadsbesparingar (upp till 53 000 dollar) över ett livstidsperspektiv, för insatser till barn som visat tidiga varningssignaler relaterade till autism (Penner *et al.*, 2015).

Områden som har bra effektstudier, men saknar god evidens för kostnadseffektivitet

Barn med kommunikations- och inlärningssvårigheter

Tidiga svårigheter med tal, språk och kommunikation kan ha en stor inverkan på framtida liv, välmående och på samhället. En stor kohortstudie som följde barn som vid fem års ålder hade kommunikationssvårigheter upp till vuxen ålder, fann att barnen hade fyra gånger högre risk för lässvårigheter, tre gånger högre risk för psykisk ohälsa och dubbelt så hög risk att hamna i arbetslöshet (Law *et al.*, 2009). I en rapport från Storbritannien uppskattar man att utökat stöd för barn med kommunikationssvårigheter kan generera en avkastning upp emot £ 6,43 per investerad krona, genom dess effekt på livstidsinkomst (Marsh *et al.*, 2010). En systematisk översikt visar dock att mycket evidens saknas, och att rekommendationer utifrån kostnadseffektiviteten av insatser därför är svåra att dra (Law *et al.*, 2012).

Angående tidiga och förebyggande insatser för barn och unga med inlärningssvårigheter, utöver de insatser som finns riktade till barn med autism, rekommenderar bland annat the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannien att gruppbaserade föräldraskapsstödsinsatser bör erbjudas föräldrar till barn under 12 års ålder med inlärningssvårigheter, men även att man i förskolan kan arbeta med olika insatser för att stödja dessa barn (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2015). Dock finns det för få ekonomiska utvärderingar inom området för att kunna dra slutsatser om kostnadseffektiviteten.

Antimobbningsinsatser

Ett lovande område där mer forskning behövs gäller mobbning. År 2019 utsattes uppemot hälften av barn och unga för kränkningar i Sverige (Friends, 2019), och Skolinspektionen rapporterar om en negativ trend gällande trygghet i skolan från 2013 och framåt för elever i årskurs fem, nio och årskurs två på gymnasiet (Skolinspektionen, 2019).

Forskning från Storbritannien visar att barn som har blivit mobbade inte bara har högre risk för psykiska problem utan upplever också långvariga negativa effekter på framtida hälsa, sysselsättning och inkomst (Brimblecombe *et al.*, 2018). Medan de mekanismer som relaterar mobbning till psykisk ohälsa i vuxen ålder inte är helt klarlagda, inkluderar möjliga mekanismer stress – unga människor som utsätts för mobbning har större sårbarhet för stress och psykisk ohälsa när de växer upp (Singham *et al.*, 2017). Ett annat argument är att ungdomar som utsätts för mobbning kan ha en högre risk för att utsättas för mobbning som vuxna, med direkta konsekvenser för deras psykiska hälsa (Arseneault, 2017).

Effektiva insatser för att förebygga och minska mobbning kan vara kostnadseffektiva med tanke på dessa kort- och långsiktiga konsekvenser. En framstående insats för ekonomisk analys är KiVA, en skolbaserad antimobbningsinsats utvecklat i Finland. KiVA fokuserar på att lära ut och stärka empati, handlingsförmåga och attityder kring mobbning bland elever, med fokus på mobbning och nätmobbning. En randomiserad studie i Finland och en efterföljande icke-randomiserad studie med mer än 150 000 studenter visade lägre risker för att mobbas (22 procent minskning) och bli mobbad (18 procent minskning) (Kärnä *et al.*, 2011). KiVA är också effektiv för att hantera nätmobbning (Williford *et al.*, 2013).

Med denna bevisgrund har KiVA nu implementerats i över 90 procent av finska skolor och testas i andra länder, inklusive Storbritannien, där en ekonomisk analys tillsammans med en randomiserad kontrollerad studie pågår (Clarkson *et al.*, 2016). Ekonomiska modelleringar i Storbritannien har också genomförts där man antar effekten man uppmätt i Finland är överförbar, men man använt implementeringskostnader skattade för Storbritannien. Modellen uppskattar att nettobesparingar för en kohort på 200 barn fram till 50 års ålder, inklusive långsiktiga effekter på arbetsmarknaden,

skulle vara cirka 66 100 dollar. Det saknas emellertid fler ekonomiska utvärderingar av KiVA och andra antimobbningsprogram, varför det är svårt göra policyrekommendationer.

Mindfulness

Ett annat område där det krävs mer forskning för att dra slutsatser är universella mindfulness-insatser och mindfulness-baserade program som terapiform. Det vetenskapliga underlaget gällande effektiviteten för att främja välbefinnande och förebygga psykiska problem är långt ifrån konsekvent, men vissa översikter pekar mot att det kan vara ett effektivt alternativ till konventionella metoder för att hantera (prenatal) depression och ångest (Lever Taylor, Cavanagh and Strauss, 2016).

I Storbritannien pågår nu en skolbaserad insats som involverar mer än 5 700 elever, och inkluderar en kostnadseffektivitetsanalys, för att testa om mindfulness kan främja psykisk hälsa och välbefinnande (Kuyken *et al.*, 2017). Mindfulness-baserad kognitiv beteendeterapi har också visat sig vara effektiv för att minska risken för återkommande depression (50), men kostnadseffektiviteten återstår att fastställa (Kuyken *et al.*, 2015).

UVAS/Hemmasittare

Övergången från tonåren till vuxenlivet är en period som präglas av psykiska utmaningar. Unga vuxna som varken arbetar eller studerar (UVAS) riskerar långsiktiga ekonomiska konsekvenser och socialt utanförskap. Risken för att hamna i gruppen UVAS är bland annat relaterad till psykisk hälsa (Rodwell *et al.*, 2018).

Innovativa och inkluderande program har utvecklats för att förebygga ungdomars sociala utanförskap. I Finland använder man Time Out!, en modell för unga män med hög risk för socialt utanförskap (Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, 2010). Time Out! har visat sig vara kostnadseffektiv i en randomiserad studie, främst tack vare dess positiva inverkan på möjlighet till anställning. Tröskelvärdet eller ”break-even” för kostnadseffektivitet var en ökning av sysselsättningsgraden med 3–4 procent i gruppen som fick insatsen (Reini, 2016). Dock finns det få andra vetenskapliga underlag från

Europa för att underbygga det ekonomiska argumentet för tidiga och förebyggande insatser för UVAS, och mer forskning krävs därför för att kunna rekommendera investeringar inom området.

Umeå Universitet har tillsammans med stiftelsen Idéer för Livet tagit fram en beräkningsmodell för att kunna skatta de ekonomiska vinsterna relaterade till insatser för UVAS (Umeå Universitet, 2020). Modellen bygger på registerdata där man skattat livsbanor för UVAS i jämförelse med övrig befolkning i Sverige. Vilka insatser som vetenskapligt bevisat ger effekt på UVAS i Sverige finns inte i modellen, men om man som användare kan göra en rimlig och väl argumenterad skattning för en viss insats inom områden, kan beräkningsmodellen användas för att skatta dess ekonomiska inverkan på olika samhällsaktörer och humankapitalet.

Ekonomisk evidens för samverkan

Den ekonomiska evidensen för samverkan inom psykisk hälsa för barn och ungdomar är begränsad. Internationellt finns det få studier generellt som studerat det ekonomiska värdet av samverkansmodeller inom psykisk hälsa, än mindre för den yngre populationen. I Sverige publicerades nyligen två rapporter som Uppsala universitet tagit fram på uppdrag av Länsstyrelsen Stockholm, där det förebyggande och främjande arbetet i två kommuner i regionen samverkat tvärsektoriellt med insatser för barn och unga. Dessa presenteras i detalj under goda nationella exempel på systemomvandlande samverkan i rapporten.

Vad är problemet med dagens organisation?

Psykisk ohälsa bland barn och unga bidrar inte bara till stort lidande för individer, deras familjer och närstående, kamrater och lärare. Det finns också stora risker för att lidandet fortsätter upp i tonåren och in i det vuxna livet, om problemen inte förebyggs, minskar eller behandlas. Teorier som bland annat humankapital ligger till grund för att förstå hur avsaknaden av vissa färdigheter eller företeelsen av vissa problem kan leda till stora samhällsekonomiska konsekvenser senare i livet. Avsaknad av tidiga förebyggande insatser kan därför bidra till betydande kostnader för offentlig verksamhet, men också för familjer och arbetsmarknaden.

Det finns ett flertal problem i dagens vård och service för barn och unga som vi nu ska titta på. Bland problemen återfinns ojämlikhet, en fragmenterad och okoordinerad vård och stort spill av vårdresurser.

Ojämlik vård och välfärd för barn och unga

En god vård är jämlik, något som innebär att hälso- och sjukvården inte skiljer i kvalitet beroende på personliga egenskaper som kön, ras, etnicitet, geografiskt läge eller socioekonomisk status (Socialstyrelsen, 2009; SFS 2017:30). Men tillgången till hälso- och sjukvård samt kvaliteten på vården skiljer sig mellan olika utbildningsgrupper och personer med olika nationaliteter (SOU 2017:47). Även om barnhälsovården i Sverige når 97 procent av alla barn i ålder 0–5 år med universella insatser (Wallby and Hjern, 2011), har man svårare att nå ut med riktade insatser till barn i migrant- och låginkomstfamiljer (SOU 2017:47).

Barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har ojämlik och varierande tillgång till vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2019a), och socioekonomiska faktorer rapporteras att påverka barn och ungas tillgång till vård (Magnusson *et al.*, 2016). Stödet till unga med exempelvis neuropsykiatrisk problematik varierar kraftigt mellan olika kommuner och regioner (Socialstyrelsen, 2019a), och tillgången till barnpsykiatriska/neuropsykiatriska utredningsteam, synen på neuropsykiatriska tillstånd och graden av samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn, elevhälsa och socialtjänst varierar. Flickor utsätts för tvångsåtgärder inom barnpsykiatrin oproportionerligt oftare än pojkar: för tvångsvård, avskiljning, fastspänning och läkemedelstillförsel under fastspänning (Socialstyrelsens statistikdatabas, 2014).

Skillnader i stöd, bemötande och insatser kan bero på kunskapsskillnader inom området, men även tillgången till jämlika och enhetliga rutiner för upptäckt, utredning och behandling (Socialstyrelsen, 2019b). Det bristande helhetsperspektivet och samverkan mellan berörda aktörer bidrar till att barn och familjer ofta upplever att de inte får det stöd de behöver (Socialstyrelsen, 2019a), något som leder till ett minskat förtroende för vården både hos barnet och familjen (Nowak, Broberg och Starke, 2013; Carlsson *et al.*, 2016).

Det är inte bara inom vården som det finns omotiverade skillnader i tillgång till stöd och service. Utsatta barn som far illa på grund av eget riskbeteende eller fysiskt våld riskerar att inte få den hjälp och stöd de behöver då endast en minoritet får tillgång till insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården (Vårdanalys, 2018). Av de anmälningar som kommer in i ämnet är det endast en tredjedel som leder till utredning och hälften av dem som leder till insatser. Det finns även omotiverade skillnader i bedömda behov av insatser samt beviljade insatser av socialtjänsten (Vårdanalys, 2018). Det är exempelvis färre pojkar med utländsk bakgrund som bedöms ha behov av insatser jämfört med andra grupper.

Under 1900-talet har idéen om att ökad specialisering leder till större effektivitet och högre produktivitet varit ledande (Tyrstrup, 2014). Genom att dela upp både arbete och befogenheter har man ansett att verksamheter och utförare som fokuserar på väldefinierade uppdrag och moment blir snabbare och mer tidseffektiva i att utföra en bestämd aktivitet. Centralt i denna modell är hur uppgifter och ansvar delas upp, och gränser och gränsdragningar blir viktiga.

Denna vertikala organisering har lett till det vi idag känner som ”stuprör”, en av de mest använda metaforerna när vi talar om organisering av svensk välfärd idag. Uppdelningen i många olika organisationer som styrs separat har gjort att det i praktiken blivit svårt att koppla samman olika tjänster till en helhet.

Barn och unga i behov av insatser från fler vårdgivare eller fler samhällsinstanser utgör en utmaning för välfärden. Att ha flera behov eller behov inom fler än ett område samtidig som vårdens och välfärdens aktörer har blivit mer specialiserade och mer fokuserad på olika diagnoser och olika typer av utsatthet, har lett till att barnet, ungdomen och deras familjer som regel har många kontakter inom olika verksamheter. Att organisera välfärden i stuprör resulterar inte bara i en fragmenterad vård och omsorg, men ökar också risken för att välfärdstjänsterna som erbjuds blir ineffektiva och ibland motsägelsefulla för barnet och familjen. Organiseringen lägger också en stor börda på familjer som måste samordna och kämpa för adekvat vård, skola och omsorg (Carlsson *et al.*, 2016; Westman Andersson, Miniscalco and Gillberg, 2017).

Det skapas organisatoriska mellanrum

En nästan lika vanlig metafor som ”stuprör” för att beskriva organisering av välfärdstjänster är ”hängrännor” som beskriver vägar för att fånga upp barn och unga som inte får sina behov mötta inom respektive stuprör. Ett annat sätt att beskriva metaforen ”hängrännor” ges av Mats Tyrstrup (2014), nämligen *organisatoriska mellanrum*. Ett organisatoriskt mellanrum uppstår när integrering av aktiviteter till värdeskapande tjänster uteblir, eller misslyckas mellan olika verksamheter (Figur 1).

Figur 91 Organisatoriska mellanrum

Där dagens välfärd definieras av det typiska, huvudsakliga och det som kan förberedas inom varje verksamhet, hamnar undantagen, detaljerna, det oförutsedda och det komplexa i de organisatoriska mellanrummen. De organisatoriska mellanrummen kan vara svåra att identifiera, men de är högst kännbara för de individer eller grupper som drabbas av att de finns. Det är också i dessa organisatoriska mellanrum som vi hittar välfärdens utvecklingspotential. Inte minst blir detta uppenbart när man tar en närmare titt på olika lyckade samverkansprojekt som har blivit framgångsrika just eftersom de lyckas överbrygga, kringgå eller bygga bort ett organisatoriskt mellanrum, något som vi återkommer till längre ned.

Välfärd är inte en produkt – det är en tjänst

Det är lätt att tänka att stora organisationer inom vård, skola och omsorg bedriver storskalig produktion. Men enligt organisationsläran är det arbete som utförs i välfärdssektorn att betrakta som tjänster (Tyrstrup, 2014). Enligt Svenska Akademins ordlista är en tjänst när någon gör något som någon erhåller nyttan av. Välfärdstjänster innebär alltså att någon gör något för att någon annan, till exempel patienten, eleven eller klienten, ska dra nytta av den. Om

välfärdssektorn ses som tjänster är det rimligt att den som tjänsten riktar sig till är den vars perspektiv är viktigast. Således bör brukarperspektivet vara det centrala för hur man organiserar välfärdstjänster och välfärdssektorn (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011) (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011).

Om vårt mål är att utveckla välfärden och förbättra dess kvalitet bör fokus ligga på aktiviteterna som utförs. Det är samordningen av dessa aktiviteter som är själva kärnan i produktionen av välfärd (Tyrstrup, 2014). Därtill bör ett helhetsperspektiv och hänsyn till brukarens behov vara vägledande. Utgångspunkten bör således inte vara hur aktiviteter och resurser ska delas upp, utan hur de kan fogas samman till en meningsfull helhet. Det krävs alltså integrering: en synkronisering av processer och tjänster, och en samordning av hur olika aktörers expertis och kunnande ska tillvaratas (Holmberg and Tyrstrup, 2010). Det är denna synkronisering som skapar helheten som välfärdssektorn erbjuder. Genom samproduktion och integrering av aktiviteter och kompetenser skapar vi välfärdstjänster av hög kvalitet (Tyrstrup, 2014). För välfärdens fortsatta utveckling är integrering av välfärdstjänster och samverkan nödvändig (Tyrstrup, 2014).

Integrering av hälso- och sjukvårdstjänster

Integrerade hälso- och sjukvårdssystem är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) ett tillvägagångssätt för att stärka personcentrerad hälso- och sjukvård (WHO, 2016). Det sker genom att erbjuda tjänster av hög kvalitet som har utformats efter befolkningens och individens behov och som ges av multidisciplinära team som samverkar på olika arenor och på olika vårdnivåer (WHO, 2016). Genom att integrera vårdtjänster är målet att förbättra patienters upplevelse av vården, samt uppnå ökad jämlikhet, tillgång och effektivitet och på så sätt få ut mer av satsade resurser på hälso- och sjukvårdssystemen (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011).

Även om värde skapas genom integrering, så är det inte alltid så att all integrering skapar värde (Tyrstrup, 2014). Integrerad hälso- och sjukvård kan bara anses framgångsrik om den leder till förbättrad upplevelse av vården och förbättrade hälsoutfall (Goodwin and Smith, 2011). Det finns många exempel inom kvalitetsförbättrings-

litteraturen att bättre kvalité i form av förbättrad upplevelse av vården och förbättrade hälsoutfall går hand i hand med förbättrad kostnadseffektivitet (Waters *et al.*, 2011), till stor del på grund av undvikande av olika former av spill.

Det skapas spill inom hälso- och sjukvården

Argumentationen kring att en betydande del av utgifterna för hälso- och sjukvården kan anses vara spill påbörjades systematiskt för drygt tio år sedan (Bentley *et al.*, 2008; Berwick and Hackbarth, 2012). Även om olika definitioner av spill används, handlar det främst om spill som uppstår när:

- Tjänster och processer antingen är skadliga eller inte levererar den nytta de avser
- Kostnader uppkommer till följd av att vi väljer mer kostsamma alternativ för identiska utfall

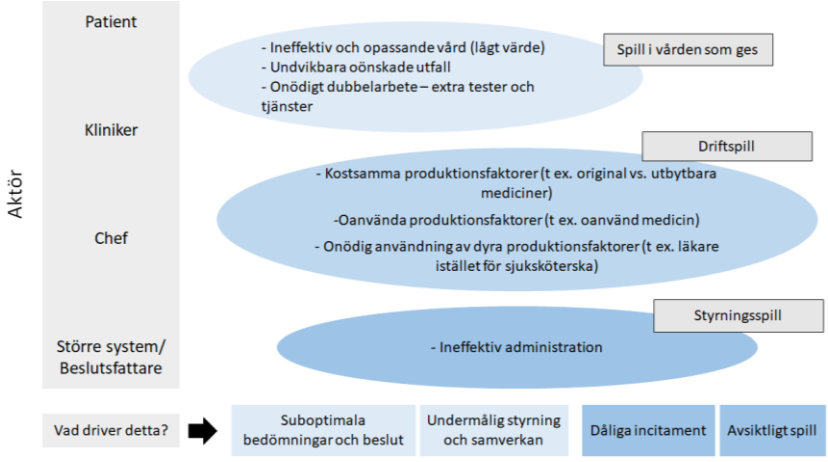
Spill uppkommer i alla organisationsformer och sektorer, men skattningar för hur mycket spill som ackumuleras har främst utförts inom hälso- och sjukvård. En uppskattning i USA tyder på att spill utgör mer än 20 procent av de totala utgifterna inom hälso- och sjukvården; i vissa fall upp till 50 procent (Berwick and Hackbarth, 2012). I Australien visade en undersökning att nästan en tredjedel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården kan ses som onödiga (Swan and Balendra, 2015). En studie i Nederländerna uppskattade att 20 procent av budgeten för akutvård skulle kunna sparas genom att minska onödigt nyttjande av resurser och öka samverkan inom vården (Visser, 2012).

Teorin om spill presenteras i figuren nedan, tillsammans med tre kategorier av spill. Dessa inkluderar (1) spill i den vård som ges, (2) driftspill och (3) styrningsspill.

Spill i vården som ges handlar om spill relaterat till den vård som ges och omfattar fall då patienter inte får rätt vård. Detta inkluderar negativa utfall eller biverkningar som skulle kunna förebyggas, suboptimala beslut och organisatoriska faktorer, särskilt dålig samordning mellan olika vårdprofessioner och enheter. Dessutom inkluderar spill i den vård som ges även ineffektiv och olämplig vård, eller

vård av lågt värde. Denna är främst driven av suboptimala beslut och dåliga incitament. Till sist inkluderar denna kategori även spill relaterat till onödigt dubbelarbete, där bedömningar upprepas utan medicinska skäl eller extra tester och undersökningar ordineras som är onödiga och kostsamma.

Figur 2 Tre huvudsakliga former av spill inom hälso- och sjukvård



Översättning av figur från: OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris.

Driftspill uppstår när vård kan produceras med färre resurser samtidigt som patientnyttan bibehålls. Exempel är situationer där lägre priser hade kunnat förhandlas för inköpta medicintekniska produkter, där dyra produktionsfaktorer (t.ex. dyrare vårdpersonal) används i stället för mindre kostsamma utan någon fördel för patienten, eller där produkter kasseras utan att användas. Denna typ av spill involverar oftast chefer eller den större organisationen/beslutsfattare och speglar undermålig organisation, styrning och samordning.

Styrningsspill handlar om ineffektiv administration. Det första är administrativt spill som kan handla om allt ifrån mikro (chef) till makronivå (enheter eller större organisationer). Återigen handlar det om ineffektiv organisation och avsaknad av samordning.

Samtliga aktörer inom hälso- och sjukvården kan generera spill och kan placeras i fyra kategorier: patienter, professionella, chefer (som arbetar på enhetsnivå eller på en mer makronivå – t.ex. inom

hälso- och sjukvårdens systemadministration) och större system eller beslutsfattare (detta kan vara en enda enhet eller flera). Fyra huvudskäl kan förklara varför enskilda aktörer kan bidra till spill av resurser:

- För det första *vet* de inte bättre: fördomar, kunskapsbrister, riskaversion och vanor leder till suboptimala bedömningar och beslut som avvikelser från bästa möjliga praxis.
- För det andra *kan* de inte göra bättre: systemet är inte optimalt organiserat, styrningen är undermålig och samordningen är svag.
- För det tredje kan aktörer *förlora genom att göra rätt*; detta inträffar när ekonomiska incitament inte är justerade efter organisationens mål – till exempel när professionella betalas för att tillhandahålla tjänster oavsett om tjänsterna tillför mervärde.
- För det fjärde *vill* de inte bättre: alla kategorier av aktörer generera spill avsiktligt, med det enda syftet att tjäna deras egenintresse.

I de första två situationerna har aktörerna för det mesta inte för avsikt att generera spill och gör sitt bästa, men med ett suboptimalt resultat. Men det finns tillfällen då aktörer medvetet genererar spill på grund av dåligt utformade incitament. Den sista punkten är i själva verket en variant av den tredje (ineffektiva incitament) men det involverar mer uttryckligen bedrägeri och korruption.

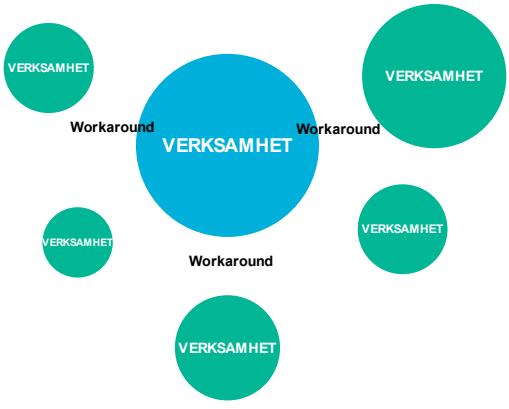
När det gäller den svenska välfärdssektorn framstår en viktig form av spill vara *styrningsspill* – man *kan* inte göra bättre då systemet inte är optimalt organiserat, styrningen är undermålig och samordningen svag. I verksamheter som behöver ständig situationsanpassning har den hierarkiska modellen betydande begränsningar i det operativa arbetet (Tyrstrup, 2014). Om organisationen är uppbyggd enligt den hierarkiska modellen, med många enheter och gränser, kommer medarbetare och chefer ständigt att behöva kompensera för det formellas tillkortakommanden genom informella lösningar på diverse olika frågor och situationer: något vi valt att kalla ”workarounds”.

Goda exempel på samverkan – ”Workarounds”

Svenska exempel

Verksamheter som bygger på utförande av kvalificerade tjänster där den professionella individen själv har ett ansvar för stora delar av arbetsdelningen och merparten av besluten är vertikal styrning alltså snarare en nackdel än ändamålsenlig. Organisationer som ska utföra kvalificerade välfärdstjänster lämpar sig därför i stället för en nätverks- eller projektmodell, där det snarare är horisontellt än vertikalt som flödena måste hanteras. Goda exempel på samverkan är därför ofta lokala och tillfälliga lösningar på samordningsproblem och försök att minimera spill och bristande personcentrering – därav vår benämning ”workarounds”.

Figur 3 Organisatoriska mellanrum som täcks av Workarounds



I de nationella exemplen (Tabell 1) är det är tydligt att förskola och skola är med i nästan varje projekt, vilket innebär att dessa verksamheter ofta är del i organisatoriska mellanrum. Att förskolan figurerar i flera projekt är föga förvånande med tanke på att det helt saknas elevhälsa för barn i förskolan. Kontakten mellan förskola och BVC är helt oreglerad och hänger oftast på föräldrarna. Därför blir det ofta stora utmaningar och glapp kring barn som har utmaningar på förskolan där det finns ett behov av såväl specialpedagogiska insatser som specialiserad bedömning och kanske insatser från vården och/eller habiliteringen. Flera projekt berör också barn med multipla eller komplexa behov – det är ju de som lättast hamnar i de organisatoriska mellanrummen.

Det är tyvärr också tydligt att de allra flesta projekten saknar effektutvärdering. Det saknas också undersökning av huruvida dessa projekt bidrar till större jämlikhet i hälsa. Däremot ligger det på ett sätt i sakens natur att barn med sämre förutsättningar och föräldrar med svagare resurser har en större risk att fastna eller försvinna i de organisatoriska mellanrummen. På så vis kan projekt som framgångsrikt täppt igen ett sådant organisatoriskt mellanrum en möjlighet att bidra till att utjämna hälsoskillnader och förbättra barns villkor och livschanser.

Ett intressant exempel nationellt är Region Kronoberg där man sedan 2018 utvecklat nya arbetsformer för en ökad samverkan med varandra i arbetet för barn och unga med inspiration från skottlandsmodellen GIRFEC (Anderberg, Forkby and Thelin, 2020). En beskrivning av den skotska förlagan finns längre ned i rapporten.

”Barnens bästa gäller! – i Kronobergs län” har som syfte att tidigt identifiera barn och unga med behov av samhällsstöd och skapa en välfungerande ansvarsfördelning mellan berörda aktörer vid insatser. Man har anammat några delar från den skotska modellen, till exempel en tydlig samordnare som ser till att alla insatser, från förskola, socialtjänst och sjukvård samordnas och att föräldrar samtycker till att de olika förvaltningarna delar information med varandra. Dock har man inte implementerat essensen i den skotska modellen – gemensamma politiker, gemensam budget och gemensam förvaltning för alla aktörer.

Barnahus och Familjecentraler

Slutligen bör vi nämna Barnahus och Familjecentraler som två etablerade samverkansformer som har funnits över en längre tid. Exakt utformning och vilka aktörer som är med varierar över landet och modellerna har också kritiserats för detta. Men det är trots allt verksamheter som fungerar relativt väl och där kärnuppdraget är just samverkan.

För familjecentraler är det den öppna förskolan som är hjärtat i verksamheten: här träffas föräldrar, pedagoger, socialtjänstens öppna verksamhet och ibland tandvården. Barnmorskemottagning och BVC finns vägg i vägg i de samlokaliserade familjecentralerna. Det finns många processutvärderingar som har visat på fördelar, men ingen effektutvärdering av vare sig samverkan eller resultat för brukarna (Ramböll, 2014). Resultatet av Rambölls utvärdering av familjecentraler på uppdrag av Socialstyrelsen 2014 talar för att familjecentrum genom samverkan kan bidra till att få personer i kontakt med rätt yrkeskompetens.

> Familjecentrumen har däremot sämre förutsättningar för samverkan framför allt när det gäller resurser, roll- och ansvarsfördelning respektive organisatoriskt lärande. I många fall saknas till exempel en gemensam bild av roller och ansvar, samtliga parter tar inte heller sitt ansvar i samverkan och det råder därtill brist på tid och resurser samt lämpliga lokaler. Vidare indikerar studien att den operativa ledningen många gånger är bristfällig vad gäller att stimulera samverkan”, skriver man.

När det gäller Barnahus är samverkan inriktad på att samordna den utredning som Åklagarmyndigheten, polisen och socialtjänsten är ålagda att göra när ett barn misstänkts ha utsatts för våld. Även sjukvården är en aktiv part och undersöker barnet på Barnahus för att undvika att barnet utsätts för nya stressiga miljöer med okända vuxna. En utvärdering av Barnahus visar att det finns många välfungerande Barnahus men att det förekommer regionala skillnader i organisation och verksamhet (Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum, 2019). Det finns regionala skillnader och en knapp fjärdedel av kommunerna saknar Barnahus. De främsta brister som lyfts fram i utvärderingen gäller riktlinjerna kring styrning (tex. sekretess och den särskilda företrädarens kompetens och roll) samt tillgång till rättsmedicinsk, barnmedicinsk och barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens.

Det verkar med andra ord som att, även om man lyckas skapa öar av samverkansformer, så blir de lidande av att de ständigt tvingas förhålla sig till diverse moderorganisationer som inte har samverkan som sin uppgift eller ens prioritet. De är som permanentade Workarounds som fungerar så länge det finns eldsjälar som orkar med striderna och de eviga förhandlingarna om villkoren, styrningen, avtalen, målen och innehållet.

Tabell 1 Nationella exempel på lyckade samverkansprojekt som rör barn och unga

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
Team Agera[1]	Skola, socialtjänst	Barn i familjer med missbruks-problematik, psykisk ohälsa eller våld	Grästorp kommuns tre grundskolor, 600 elever	Tvärprofessionell, ut-ökad och fördjupad elevhälsa	Projektets tillgänglighet har stärkts vilket har ökat tilliten till arbetet bland barn och unga.
Essence-team	Psykolog, logoped, fysioterapeut, läkare.	Långa väntetider, många vårdkontakter, ostrukturerade utredningar, ett icke-värdeskapande resurs-användande.	Barn och unga med en sammansatt Essence-problematik (*Early symp-tomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations).*	Berörda aktörer från olika instanser arbetar tillsammans.	Antalet besök under pilotstudiens första 21 veckor halverades för barnen[2 3] Deltidsutvärdering visar att familjer och team-medlemmar är nöjda med arbetet hittills.[4]

[1] www.hv.se/globalassets/team-agera.pdf.
[2] www.mynewsdesk.com/se/regionvasterbotten/pressreleases/kortare-utredningstid-med-effektivt-team-3054827.
[3] https://meetingsplus.vll.se/welcome-sv/namnder-styrelser/regionstyrelsen/mote-2020-09-29/agenda/halso-och-sjukvardsnamnden-protokoll-ssss-78-91pdf?downloadMode=open.
[4] www.srat.se/Logopederna/Nyheter/20172/2017/essencemottagning.

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
					Projektet Optimus har genererat att föräldrar känner sig nöjda och trygga med den utredning som gjorts, att utredningstiden förkortades från många månader till drygt 5 veckor med färre besök och tidigare remiss (> 3 år) till habilitering för insatser.[5 6]
Tidig upptäckt, tidiga insatser.[7]	Förskoleverksamhet och barnhälsovård.	Omständlig processkedja: från upptäckten av utvecklingsmässiga svårigheter till att barnet får korrekt hjälp. Processgången medför risk för glapp, tidstapp och dubbelarbete.	Små barn med breda utvecklingsmässiga svårigheter, Södra Älvsborg.	Skapa en modell för arbetsformer och samarbetsformer mellan berörda verksamheter för att upptäcka, utreda och samordna insatser för barnen.	Projektet har lyckats ta fram en arbetsmodell för tidiga upptäckter och en mer sammanhållen vård.

[5] www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1318262/FULLTEXT01.pdf.
[6] www.fysioterapeuterna.se/globalassets/_sektioner/habilitering-och-pediatrik/kurserutbildning/optimus-barnklinikdagarna-april-2018.pdf.
[7] https://ju.se/download/18.7d241c5015334a41afbaaf9/1520578716298/TUTI Rapport till Socialstyrelsen.pdf.

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
SIMBA-team[8]	Primärvård, elevhälsa, socialtjänst.	Barn och unga med lindrig psykisk ohälsa.	Barn och unga i Tjärn, Ale, Stenungsund och Kungälv.	Representanter från institution/myndighet möts på veckobasis för att samverka runt barn som behöver kommunala och regionala insatser.	Majoriteten av respondenterna anser att samverkan i SIMBA-teamet varit till nytta för barnet och familjen.
Bryggan Gästrikland [9]	Region Gävleborg samt förskola/skola i Gävle, Sandviken, Hofors och Ockelbo kommun.	Barn med svårigheter kan få en lättare start och närvaro i förskola/skola om de har kännedom om barnets särskilda behov.	Barn med tidiga utvecklingsrelaterade svårigheter i åldrarna 4–6 år.	Samverkansarbetet ska fungera som en brygga mellan förskola och skola, vårdnadshavare och lärare samt mellan kommun och region för att stötta barnet.	Bryggornas väntetid för läkarbesök har varit omkring 2–6 månader och det pedagogiska arbetet har påbörjats.
”Barnens bästa gäller! – i Kronobergs län”[10]	Region Kronoberg och Alvesta, Lessebo, Ljungby, Markaryd, Tingsryd, Uppvidinge, Växjö och Älmhults kommun.	Tidigt identifiera barn och unga i behov av samhällets stöd.	Barn och unga med behov av samhällsstöd.	Ha barnet i centrum för bedömnings-, planerings- och stödprocesser.	Uttalat behov av nya arbetssätt och en ökad samverkan i arbete med barn och unga.

[8] https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/1ebf953d-2943-4065-99be-0c6c0f39b399/ Uppföljningsrapport - SIMBA-teamen våren 2019.pdf?a=false&guest=true.
[9] www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/fou-valfard/fou-rapporter/fou-rapport-2019_4-arbetet-med-foraldraskapsstod-i-gavleborgs-lan.pdf.
[10] www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/folkhalsa/barn-och-unga2/barnens-basta-galler-i-kronobergs-lan/.

Internationella exempel

Tabell 2 Internationella exempel på lyckade samverkansprojekt som rör barn och unga

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
AIDES initiativet[11]	Kanada, AIDES – Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (Intersektoriell insats för barns utveckling och välfärd).	Att främja och stödja samarbetet mellan föräldrar och professioner som arbetar med målgruppen: barn, i åldrarna 0–17, som växer upp i utsatta miljöer. Syfte: att tillgodose barnens behov – med hänsyn till barn- och föräldraperspektivet, samt främja deltagande i analys och besvarandet av behoven.	Föräldrar och professioner som interagerar med barn i åldrarna 0–17 år, som växer upp i utsatta områden.	Den experimentella insatsen tog form av en familjebedömning som inkluderade en fullständig analys av barns utvecklingsbehov. Barn och familjer i kontrollgruppen fick nuvarande service, och mottog inte familjebedömningsinsatsen.	Minskningen av föräldrars riskfaktorer mellan Tid 1 och 2 var förknippad med en förbättring i socioemotionell utveckling, medan förbättring i hemkvalitén var kopplad till bättre prestation i kognitiv/språktest.

[11] https://initiativeaides.ca/?page_id=24891.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Early Childhood Mental Health[12]	Kanada, Mental Health Commission of Canada.	Att stödja aktiviteter och konversationer som underlättar en mer samordnad och stödjande miljö som främjar positiv utveckling, psykisk hälsa och motståndskraft under hela livet.	Spädbarn och tidig barndom – I kontexten av familj, samhälle och kultur. Från födsel till fem år.	Konsultera med vårdnadshavare och personer som arbetar med små barn och familjer. Identifiera större utmaningar och möjligheter inom service, policys, program och miljöer som stöttar spädbarn, småbarn och deras vårdnadshavare. Identifiera nationella prioriteringar i tidiga barndomens psykiska hälsa. Stödja och sprida bästa praxis och program för tidiga barndomens psykiska hälsa.	De frågade (i enkäter och intervjuer) vad människor såg som de största utmaningar och möjligheter i den tidiga barndomens psykiska hälsa i Kanada.

[12] https://mentalhealthcommission.ca/English.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Partnering For Change (P4C)[13]	Kanada. Som del i CanChild (där ett antal olika studier också kan hittas).	Initialt utvecklades en stödmodell för barn med Developmental Coordination Disorder (DCD), dock har P4C servicemodellen visat sig vara av värde för barn med många olika behov.	Barn med särskilda behov – barn i skolålder.	Tidig identifiering av barn med särskilda behov. Bygga kapacitet hos lärare och familjer för att förstå och hantera barns behov. Förebygga sekundära konsekvenser och underlätta själv- och familjehantering. Förbättra barns möjligheter att framgångsrikt delta i skolan, samhället och i hemmet.	Detta projekt har visat framgången som är möjlig när starka partnerskap skapas mellan forskare, hälso- och sjukvårdssystemet och skolsystemet. Forskning är integrerat i aktuell praxis och leder till hållbarhet och systemförändring.

[13] https://canchild.ca/en/research-in-practice/current-studies/partnering-for-change.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Connecting Care for Children (CC4C)[14]	England (London). Pediatrikläkare på Imperial College Health-care NHS Trust.	Att förbättra tillvägagångssättet för hur barnhälsovården och öppenvården organiseras och levererar vård för barn. Det behandlar de oproportionerligt höga nivåerna av pediatrisk akutvård och sjukhusvård inom regionen.	Barn	En barnläkare besöker den samlade gruppen allmänläkare var fjärde till var sjätte vecka för att delta i ett multi-disciplinärt team-möte, med fokus på barnhälsa. På så sätt kan de stödja ärendehanteringen utan att det behöver ske en separat remittering av patienten. Dessutom hålls en specialistklinik under besöken, där patienten kan bokas in för en gemensam bedömning.	På grund av de lyckade resultaten har CC4C modellen upptagits av fler aktörer inom Stor-britannien. Tidiga resultat har visat på lovande utfall inom patientnöjdhet, ökat lärande och minskat användande av sjuk-husvård.

[14] www.cc4c.imperial.nhs.uk/.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
The Icelandic Prevention Model[15]	Island	ANDT-användning (alkohol, narkotika, droger och tobak).	Barn och ungdomar.	Förebyggande insatser för barn och ungdomars ANDT-användning. Exempel kontinuerlig mätning av ungdomars uppväxtmiljö, allmänna mående och droganvändning, mer organiserade fritidsaktiviteter, mer tid tillsammans med familjen, gemensamma regler för hemgång, föräldrar kommer överens med varandra.	Efter ett pågående arbete i över 20 år visar statistik från åren 1998–2017 att alkoholanvändning minskat från 42 % till 5 %, narkotikaanvändning från 17 % till 2 % och rökning från 23 % till 6 %. Modellen kan anpassas efter olika kontext och kulturer.

[15] https://planetyouth.org/.

De internationella exemplen (Tabell 2) är brokigare och rör sig om alltifrån breda preventiva insatser, som Islands alkohol- och drogpreventiva ansats till systematisk brukarmedverkan kring insatser för barns hälsa och utveckling och rena förbättringsprojekt för bättre, mer effektiv, jämlik eller kostnadseffektiv hälso- och sjukvård för barn i vissa områden eller med vissa särskilda eller komplexa behov. Dessa utvärderingar har oftare en beskriven utvärdering.

Lyckade exempel på systemomvandlande samverkan

Det finns några få exempel både nationellt och internationellt på samverkan som inte är projekt utan där man har bestämt sig för att organisera sig för samverkan och där det också finns utvärderingar tillgängliga.

Svenska exempel

Norrtälje

I Norrtälje samlas det förebyggande arbetet i en gemensam avdelning, vilken går under namnet Trygg i Norrtälje kommun, Tink (Nystrand, Gebreslassie and Feldman, 2020). Med uppdrag och mandat från politik och ledning leder, samordnar och utvecklar avdelningen trygghetsarbetet i Norrtälje kommun. I Tink har övriga kommunala förvaltningar en stödfunktion, och avdelningen har ansvar för samordningsstrukturen mellan kommunala och regionala samverkansplattformar och andra samhällsaktörer, såsom polis och hälso- och sjukvård. Plattformarna finns på olika nivåer, från chefsnivå till operativa nivåer.

Genom Tink fokuseras arbetet på att minska riskfaktorer och främja skyddsfaktorer, för att förebygga eller minska framtida problematik. Det systematiska trygghetsarbetet utgår från strategiska inriktningar och ett jämlikhetsperspektiv. Ett stort fokus i det förebyggande arbetet som bedrivs av Tink är på barn och unga. Enligt en nyligen publicerad rapport från Uppsala universitet kan det förebyggande arbetet i Norrtälje kommun till stora samhällsbesparingar.

Den årliga budgeten för Tink (cirka 10 miljoner kronor) kan jämföras med exempelvis:

- En tioårsbesparing till följd av minskade våldsbrott vid skolavslutning (16–28 miljoner kronor)
- En årlig besparing utifrån minskat narkotikaberoende (5,7 miljoner kronor)
- En femårsbesparing i och med minskat riskbruk av alkohol bland vuxna (21 miljoner kronor) där 10 miljoner av kostnadsbesparingarna tillfaller kommunen.

Framgångsfaktorer för arbetet i Norrtälje kommun är bland annat:

- Strategiskt förebyggande funktioner har grupperats i den gemensamma avdelningen under kommunstyrelsen, Tink
- Det kommungemensamma förbyggande arbetet leds av Tink utifrån samverkansplattformarna på chefsmässig, strategisk och operativ nivå
- Kommunen arbetar med insatser och metoder som har stöd i forskningen och beprövad erfarenhet.

Botkyrka

På liknande sätt har Botkyrka kommun utformat sitt främjande och förebyggande arbete utifrån sin lokala problembild (Nystrand, Feldman and Gebreslassie, 2020). Information och data från skola, fritidsverksamhet och ungas egen utsago har vittnat om ett hårt klimat bland barn och unga. Socialtjänstens bokslut visade på barn- och ungdomsärenden med våldsinslag. Därför fokuserade samverkansarbetet på just våld genom insatser i förskola, grundskola och gymnasium. Arbetet samordnas genom Botkyrkas Våldspreventiva center, som likt Tink har uppdrag, resurser och mandat att leda samverkan. Utifrån beslut från kommunfullmäktige bedrivs och finansieras det våldsförebyggande arbetet inom ramen för den ordinarie verksamheten, för att säkerställa ett långsiktigt arbete. Inom Våldspreventiva centret i Botkyrka kommun samverkar och samordnas socialtjänst, förskola, fritidsverksamhet, grundskola, polis, räddningstjänst och aktörer i civilsamhället (Figur 4).

Modellen bygger på:

- Samverkan mellan polis, socialtjänst och Åklagarmyndigheten för att arbeta med kriminalitet och det faktiska våldet
- En hela-kommunen-ansats genom förskola, skola, socialtjänst, polis, räddningstjänst och civilsamhälle för att arbeta våldsförebyggande
- Samverkan med civilsamhälle, näringsliv, myndigheter och högskolor för att arbeta med kunskap och metodutveckling. I denna del arbetar man även med att möjliggöra för statliga myndigheter att samverka med lokala aktörer, långsiktigt och strukturerat.

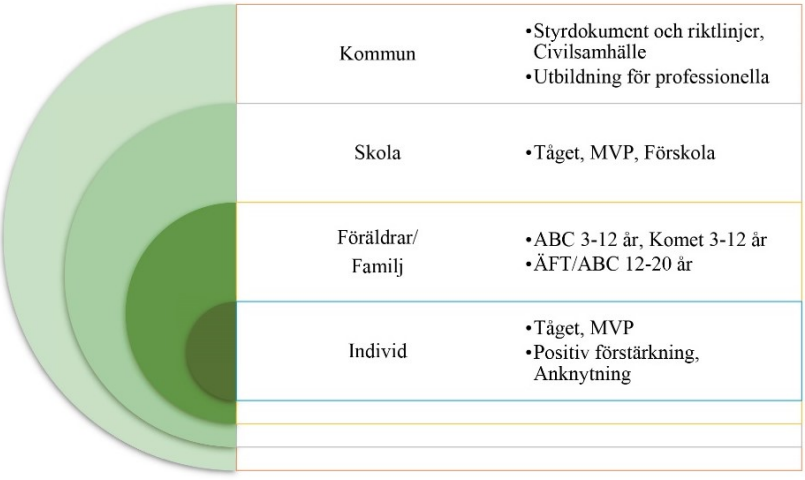
Socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen i Botkyrka kommun har sedan 2014 utvecklat det universella våldspreventiva programmet TÅGET, ett program för barn och unga med ett tydligt genus- och åskådarperspektiv (Länsstyrelsen i Stockholm, 2018). Fokus i programmet är även att lyfta människors styrkor och handlingskraft. Grunden till arbetet är bland annat den svenska grundskolans läroplan kring kunskapsområdet jämställdhet. I programmet arbetar socialförvaltningen, utbildningsförvaltningen, polis, räddningstjänst och civilsamhälle tillsammans för ett våldsfritt samhälle. Programmet drivs i Botkyrkas 10 skolor och är ett arbete som löper över både låg- och mellanstadiet. Programmet TÅGET arbetar utifrån fyra principer:

- **Åskådarperspektivet** som syftar till att aktivera omgivningen kring våldet och utmanar normen att inte lägga sig i
- **Utmana stereotypa könsnormer** genom att synliggöra och diskutera föreställningarna om hur tjejer och killar bör vara, och vad konsekvenserna kan bli av det
- **Ledarskap** genom att skapa en tro på delaktighet och förebilder, och att få unga att vara med och forma sin egen framtid
- **Anknytning** där alla barn ska känna att de har en vuxen på skolan att vända sig till

Resultatet av gjorda utvärderingar visar på en försiktigt positiv utveckling. Då programmet har en universell utformning, är det svårt att påvisa en större effekt. Dock är idén att ett universellt program

som har en liten effekt på många kan vara betydelsefull ur ett befolkningsperspektiv. Programutvärderingen indikerar att TÅGET resulterar i en mer genomarbetad och enhetlig värdegrund och begreppsapparat. Att jobba utifrån en hela-skolan-ansats där elever, lärare och föräldrar involveras har identifierats vara viktiga komponenter för ett förebyggande arbete mot våld och kränkningar i skolmiljö. Detta har konstaterats från stadsrevisionen i Stockholms stad och av Skolinspektionen.

Figur 4 **Botkyrka kommuns tolkning av den socioekologiska modellen och hur de olika insatser som ingår i det våldspreventiva arbetet platser in den**



Källa: Botkyrka kommun

Enligt en rapport från Uppsala Universitet kan det våldsförebyggande arbetet i Botkyrka kommun leda till samhällsbesparingar för olika sektorer vid olika tidpunkter (Nystrand, Feldman and Gebreslassie, 2020). Misstanke om våldsbrott har minskat sedan kommunen började arbeta våldsförebyggande, samtidigt som fler elever blivit behöriga till gymnasiet och tagit gymnasieexamen. Störst besparing kan ses utifrån ett ökat antal elever med gymnasieexamen, som kan generera framtida kostnadsbesparingar på upp till 66 miljoner för kommunen, 40 miljoner för regionen och 107 miljoner för staten.

Malmö

Rapporter om att det finns allt fler barn och unga bland de som utövar dödligt våld har duggat tätt. Sedan 1990-talet har vapenvåldet ökat i Sverige (Ivert and Mellgren, 2021). Våldet har ökat kontinuerligt, med en högre ökningstakt de senaste åren. Mellan 2011–2015 ökade antalet skjutningar i Malmö med 50 procent. Ökningarna kan relateras till ett ökat antal kriminella grupper och nätverk, vilket kan kopplas till utsatta stadsdelar. Vapenvåldet är koncentrerat till få områden. I 10 av Malmö stads 136 stadsdelar skedde det 10 eller fler skjutningar. I hälften av Malmö stads stadsdelar skedde det inga skjutningar under samma tidsperiod.

I Malmö inledde man 2018, efter den amerikanska strategin Group Violence Intervention (GVI), projektet ”Sluta skjut!” (Ivert and Mellgren, 2021). GVI är en problemfokuserad strategi som inkluderar lokala aktörer, som rättsväsendet, kommunen, socialtjänsten och civilsamhället, för långsiktiga förändringar. Strategin använder sig av fokuserad avskräckning och beteendeförändring genom att öka förståelsen för vad som driver våldet, tydliggöra konsekvenser av fortsatt våldsanvändning samt erbjuda stöd och hjälp till individer som vill sluta använda våld/hoppa av en kriminell livsstil. Projektet Sluta skjut infördes i hela Malmö stad. Effektutvärdering av projektet visar en minskning av skjutningarna i Malmö. Vapenvåldet var dock redan i en nedåtgående trend, vilket gör det svårt att med säkerhet säga om projektet har haft effekt eller ej.

Malmö har även tagit initiativ och inför en modell som heter Communities that Care, CTC, ”ett styrsystem för ett långsiktigt och systematiskt preventionsarbete” i fem stadsdelar (Malmö stad, 2021). Utgångspunkten är hälsans bestämningsfaktorer och Malmökommissionens rapport om hur dessa är fördelade lokalt. Centralt i CTC är anpassning efter lokala behov, samverkan, evidensbaserade insatser och lokalt engagemang. Samverkan sker mellan förskola, skola, socialtjänst, polis, räddningstjänst, civilsamhälle, boende och näringsliv. Utvärdering av modellen pågår.

Det skotska exemplet

I Skottland har man sedan 2009 ett nationellt förhållningssätt för att arbeta för barn och ungas hälsa genom modellen Getting It Right For Every Child (GIRFEC) (Anderberg, 2020). Modellen syftar till att förbättra barn och ungas välbefinnande, genom att ha barnet i centrum för bedömnings-, planerings- och stödprocesser.

Målet med förändringsarbetet GIRFEC är att komma ifrån ”stuprörsarbetet” och ge organisatoriska förutsättningar för samverkan för en brukarcentrerad välfärdsinsats för varje barn och familj. En av de stora förändringarna var att de inte bara skapade samverkansteam utan att också *slog ihop olika budgetar* så att budgetarna för socialt arbete, hälsa och utbildning samfinansierar arbetet.

Uppdrag Psykisk Hälsa besökte Perth i Skottland 2014 och tog med sig GIRFEC tillbaka som gott exempel på att arbeta med tidiga insatser för barn och unga. Man beskriver följande kärnkomponenter i GIRFEC (Uppdrag Psykisk Hälsa, 2018).

- **Förskola och skola –** har en samordnande roll i allt arbete kring barn/unga och utgör en del av ” första linjen för barns psykosociala hälsa”. Volontärer och socialarbetare finns på skolorna för att tillsammans med elevhälsan finnas för barnen/ungdomarna och stärka lärarnas möjligheter att bedriva undervisning.
- **Föräldrastödsgrupper –** såväl för blivande föräldrar som de som fått barn.
- **En sammanhållande chef –** för allt samverkansarbete mellan skola, socialtjänst och hälso-och sjukvård.
- **Integrated service co-ordinators –** samordnare, utgör länken mellan hälsa, utbildning och socialt arbete. Skaffar sig en överblick över de olika institutionerna, vilka som gör vad samt utmaningar och förutsättningar för regionen.
- **Integrated service officers –** socialarbetare som finns i skolan som en del av socialtjänstens öppenvård. De ger råd om vad som är bra för barnen. I frågor där det finns oro kring ett barn bedömer de i vilket forum som oron ska hanteras. Detta är ett mindre steg än att ta direktkontakt med socialtjänsten i ett ärende vilket skapade skillnad i skolornas inställning till sitt arbete då de började fokusera mer på ”vad kan vi göra” i stället för att lämna över

ärendet till den delen av socialtjänsten som arbetar med Child protection.

- **”Named person” –** namngiven person för alla barn eller unga. Är en *första kontaktperson* i frågor när det finns oro för barnet eller ungdomen och agerar utifrån detta. För de små barnen brukar det vara BVC-sköterskan, för skolbarn är det oftast rektorn eller någon annan med överordnad funktion i skolan. När behov finns sammankallar ”named person” till ett möte kring barnet och utser en ”lead professional”.
- **”Lead professional” –** utses av ”named person” för att samordna insatser när barnet eller ungdomen har behov av mer än en insats från skola, hälso- och sjukvård eller socialtjänst
- **”Child”s plan” –** när barnet eller ungdomen behöver insatser från fler än en verksamhet ska en ”Child”s plan” upprättas. Planen är en gemensam dokumentation där verksamhetsföreträdare kan skriva och läsa hur man planerar kring barnet eller ungdomen för att denne ska få sina behov tillgodosedda.
- **Samtycke –** föräldrarnas samtycke om informationsdelning i ”Child”s plan” löper från barnets födelse till dess att ungdomen är 18 år.

Arbetet med barn och unga är organiserat med förskolan och skolan som bas. I samma organisation finns verksamheter för barn med funktionsnedsättning, kultur och fritid samt social barn-och ungdomsvård och inte minst primärvården. Utanför organisationen ligger den del av hälso- och sjukvården som innebär inskrivning på sjukhus samt den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Dessa delar drivs av NHS (National Health Service). Samverkan med polis och frivilligsektorn utgör också en viktig del i det kommunala samverkansarbetet, men ingår inte i samma budget.

Utvärderingar har visat att gemensamma politiker med gemensam budget ger förutsättningar för att effektivt implementera GIRFEC. Modellen har lett till ett flertal initiativ som bygger på de förutsättningar för effektiv samverkan som organisationen har skapat. Dessa kännetecknas av att de adresserar viktiga utmaningar som också hänger samman med hälsans bestämningsfaktorer, exempelvis våld i när relationer, nutrition under graviditet och späd-

barnstid, barnfattigdom och barns tidiga utveckling och lärande (Tabell 3). Det finns en tydlig jämlikhetsaspekt och en kompensatorisk ansats.

Initiativen finansieras av statliga medel och hela tiden finns där en ansats att utvärdera och skala upp om modellen visar sig ha goda resultat. Eftersom organisationen för samverkan redan finns där behöver det inte skapas särskilda projektgrupper för att bygga upp samverkan. I stället kan man fokusera på innehållet och utvecklingen av den aktuella välfärdsinsatsen. Flera av de här utprövade modellerna sprids också internationellt.

Tabell 3 Olika initiativ för att påverka hälsans bestämningsfaktorer för barn i det skotska systemet

Modell/arbetssätt	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat
Equally Safe: A National Strategy. Skottlands strategi för att förebygga och utrota våld mot kvinnor och flickor.[1]	Att förebygga och utrita våld mot kvinnor och flickor.	Kvinnor och flickor	Primärt förebyggande, bygga förmåga och kapacitet, rättvisa, tydliggöra ansvar. Mer information går att finna här.[2]	Skottland har gjort stora framsteg, men det finns fortfarande mycket att göra. Mer information går att finna här.[3]
Förbättra nutrition hos gravida och spädbarn: ett insatsramverk [4]	Att förbättra gravida kvinnors och spädbarns nutrition för att ge dem den bästa starten i livet.	Gravida kvinnor, spädbarn och barn upp till tre års ålder.	Ett antal olika program och strategier – mer information går att finna här.[5]	

[1] www.gov.scot/publications/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/.
[2] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2018/04/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/documents/00534791-pdf/00534791-pdf/govscot%3Adocument/00534791.pdf.
[3] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2018/04/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/documents/00534791-pdf/00534791-pdf/govscot%3Adocument/00534791.pdf.
[4] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2011/01/improving-maternal-infant-nutrition-framework-action/documents/0110855-pdf/0110855-pdf/govscot%3Adocument/0110855.pdf.
[5] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2011/01/improving-maternal-infant-nutrition-framework-action/documents/0110855-pdf/0110855-pdf/govscot%3Adocument/0110855.pdf.

Modell/arbetssätt	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat
The Keeping Childbirth Natural and Dynamic (KCND) programme.[6]	Främja normal födsel och öka andelen vaginala förlossningar.	Gravida kvinnor.	Tillhandahålla evidensbaserad vård, minska onödiga ingrepp och införa barnmorskeledd vård som norm för friska gravida kvinnor. De med mer komplexa behov ska ha ett barnmorsketeam som leds av en obstetriker, medan kvinnans allmänläkare har ett övergripande ansvar för den medicinska vården.	Det finns en publikation tillgänglig: "Empowering change: realist evaluation of a Scottish Government programme to support normal birth".
The Early years Framework.[7]	Att bygga lokal kapacitet, förståelse, självförtroende under de tidiga åren för att minska ojämlikheter och främja förbättrade resultat genom användandet av aktivt lärande som verktyg.	Innan födseln upp till åtta års ålder.	Principen om tidiga insatser uppmuntrar till en helhetssyn för att möta behoven hos barn och familjer. Detta omfattar lek, lärande, sociala relationer, känslomässigt och fysiskt välmående tillsammans med hälsa, näring, tillväxt, utveckling och säkerhet.	Det finns en rapport tillgänglig, en publikation från 2011.[8]

[6] www.maternal-and-early-years.org.uk/the-keeping-childbirth-natural-and-dynamic-kcnd-programme.
[7] www.maternal-and-early-years.org.uk/early-years-framework.
[8] www.webarchive.org.uk/wayback/archive/20180521005527mp_/ www.gov.scot/Resource/Doc/337715/0110884.pdf.

Modell/arbetssätt	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat
Projektet Healthier, Wealthier Children (HWC).[9]	Att reducera barnfattigdom genom att hjälpa familjer med ekonomiska svårigheter.	Familjer som upplever barnfattigdom.	Initiativ för ekonomisk integration. Ett antal publikationer med mer detaljerad information går att hitta i den slutgiltiga utvärderingsrapporten.[10]	Överlag har projektet HWC haft en positiv effekt på gravida kvinnor och familjer med småbarn. Det har gett effekt på maximerad inkomst, reducera och hantera skulder samt bistå med stöd i att öka ekonomisk förmåga, självförtroende och välmående.[11]

[9] www.nhsggc.org.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/#.
[10] www.nhsggc.org.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/documents-and-publications/.
[11] www.nhsggc.org.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/documents-and-publications/.

Det är inte brist på statlig satsning på området psykisk hälsa, men …

En nationell samordnare tillsattes i slutet av år 2015, på beslut av regeringen, för att stödja och samordna myndigheter, kommuner, dåvarande landsting och organisationer i deras arbete för psykisk hälsa (SOU 2018:90). Det treåriga uppdraget resulterade i en utredning som samlat in erfarenheter och åsikter från relevanta aktörer.

Sedan slutet på förra millenniet har den svenska staten försökt stärka arbetet inom psykiatri och psykisk (o)hälsa. Majoriteten av satsningarna har varit kortsiktiga, vanligen under en tidsperiod på två till fem år, och mot olika målgrupper. Oberoende sittande regering har prioritet varit att ta fram olika former av satsningar, handlingsplaner och strategier för att öka kapaciteten, kompetensen och innovationen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dock har arbetet, i låg grad, gjorts med hjälp av statens traditionella styrmedel. Arbetet har i stället gjorts genom så kallade mjuka styrformer så som riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser. Det tycks ha funnits en långtgående tilltro till goda exempel vilket har gjort att staten gärna främjat försöksverksamheter, pilotprojekt och andra former av projektverksamheter på kommunal och regional nivå (SOU 2018:90).

Inte minst inom området barn och ungas hälsa och föräldraskapsstöd har det skett nationella satsningar. Man har satsat på tvärsektoriell samverkan för hälsofrämjande insatser för barn och unga, statliga stimulansmedel för en tillgänglig barnhälsovård och förbättrad mödrahälsovård, första linjens insatser för barn med psykisk ohälsa, stärkt suicidpreventivt arbete, m.m., m.m.

Trots det nationellt prioriterade och långtgående riktade arbetet inom området psykisk ohälsa, har den nationella styrningen alltså karaktäriserats av kortsiktighet och styrning utifrån projekt. Efter-

som våra system som har hälsofrämjande och förebyggande uppdrag inom barns psykiska hälsa inte är organiserade för samverkan eller en brukarcentrerad och holistisk syn på välfärdstjänster har många av projekten försökt att åstadkomma just detta. På så vis har staten finansierat ett antal kreativa och lokalt uppskattade – just det – Workarounds, utan möjlighet till vare sig långsiktighet eller skalbarhet.

Satsningen på föräldrastöd är ett exempel där Folkhälsomyndigheten har följt upp arbetet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Man har exempelvis gått tillbaka till projektkommunerna två år efter avslutat projekt. Resultat från dessa kartläggningar visade att arbetet med föräldraskapsstöd fortgick i ganska hög utsträckning, men att det också fanns kommuner där arbetet inte längre bedrevs med samma intensitet. Exempelvis minskade andelen som hade strategier för att samordna arbetet med föräldraskapsstöd. Eftersom organisationerna inte är byggda för samverkan behövdes alltså en person, en samordnare som hade samverkan som sitt uppdrag och kunde driva frågorna och överbrygga de organisatoriska mellanrum som hade förhindrat samarbetet. Men trots att samordningen var så prioriterad att alla projektkommuner valde att anställa en samordnare för projektmedlen försvann dessa resurser i och med projektets slut. Och eftersom även framgångsrika projekt som åtar sig att arbeta i organisatoriska mellanrum – Workarounds – är beroende av en samordnare och fortsatt engagemang var det få om några samverkansmodeller som lyckades hålla sig fast på sikt i de givna strukturerna.

Ovan är också ett exempel på andra eventuella risker med statliga kortsiktiga satsningar: att den temporära supporten i ett system kan skapa brister i ett annat, vilket kan leda till en spiral av att punktinsatser måste göras inom olika system. Vid avsaknaden av en systemanalys uppstår alltså risken att staten, trots sin ambition att bidra till hanteringen av enskilda problem, är medaktörer i att skapa hinder i lokala och regionala prioriteringar vilket i sin tur leder till negativa effekter för brukare, patienter och medborgare på individnivå.

Under de senaste tio åren har alltså över 10 miljarder satsats på att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa. Det är dock svårt att utvärdera eventuella effekter av detta, då satsningarna många gånger varit med korta tidshorisonter och otydliga målsättningar. Då det många gånger inte samlats in eller sammanställts

grunddata eller indikationer, är det inte möjligt att följa den långsiktiga utvecklingen inom området. Man skriver att:

> Nära nog samtliga utvärderingar som har gjorts av de olika satsningarna pekar på att de olika statliga handlingsplanerna och strategierna har satt fokus på viktiga frågor men att dess effekter är oklara eftersom satsningarna har varit ryckiga, kortvariga och i egentlig mening saknar mätbara mål. (SOU 2018:90):s. 126.

Således är staten i högsta grad villig att satsa pengar på området psykisk hälsa och relaterade hälsofrämjande och förebyggande insatser. Frågan är närmast hur dessa pengar investeras på klokast möjliga sätt.

Utredningen ”För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt” (SOU 2018:90) ger bland annat följande rekommendationer:

- Genomgripande förändringar inom området psykisk hälsa kräver ett tydligt politiskt ställningstagande, långsiktighet och uthålliga satsningar
- Strategier och handlingsplaner bör förenas med utvecklingsmedel, vara sammanhållna, konkreta och möjliga att utvärdera
- Det finns stora samhälleliga och personella vinster med att inrikta arbetet på förebyggande och främjande insatser.

I tidigare kapitel har vi tittat på de ekonomiska argument som finns för tidig investering och vilka områden som har god evidens när det gäller kostnadseffektivitet av specifika insatser. Vi har också berört de organisatoriska förutsättningar som idag hindrar helhetssyn, jämlikhet, samverkan och en syn på hälsofrämjande och förebyggande som självklart viktiga investeringar för framtiden, oavsett vilken sektor eller organisation som får del av vinsten i form av sparade kostnader och ökade intäkter. Nu ska vi titta på några sammanställningar av vad som kännetecknar en organisation som förmår att erbjuda välfärdstjänster enlig de principerna.

Vägen framåt

Enligt Mats Tyrstrup är nyckeln till att vidareutveckla välfärdstjänsterna i Sverige en välfärdssektor med en samordnad kravbild på välfärdsverksamheterna med en stödjande infrastruktur för lokal kunskapsöverföring och kreativitet (Tyrstrup, 2014). Han skriver:

> Arbetskraftsintensiva tjänster med stort kunskapsinnehåll behöver frihetsgrader och mandat lokalt för att kunna utföras med hög kvalité och bra resultat. En central tes är att det lokala sammanhanget, där välfärdens tjänster dagligen produceras och skapar värde, måste stödjas av centrala nivåer.

Med andra ord menar Tyrstup att genom att göra horisontell koordinering till huvudsak kan vi skapa förutsättningar för det han kallar för en ”gränsomvandlande verksamhetsutveckling”. Hur vi organiserar den centrala, vertikala ledningen beror på hur mycket horisontell samordning som behövs i verksamheten. Styrningen av verksamheten bör vidare ha samordnade och tydliga krav med stort tillit till professionella och engagemang av brukare (Tyrstrup, 2014).

> Genom samproduktion och integrering av olika specialisters aktiviteter och kompetenser skapas välfärdstjänster av hög kvalitet, bra service och ett respektfullt bemötande.

Om en organisation organiserad för och inriktad på samverkan är lösningen på välfärdens utmaningar idag, vilka utmaningar innebär då att arbeta interprofessionellt och i samverkan?

Möjligheter och utmaningar med interprofessionell samverkan

Under det senaste decenniet har det varit ett större fokus på att organisera samverkansarbete inom vården, för att minska de klyftor som finns (Nooteboom *et al.*, 2021). En sammanfattning av resultaten från olika studier (n=55) presenteras i rapporten ”Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals”, som ett försökt att tydliggöra vilka faktorer yrkesverksamma upplever som möjliggörande och försvårande när de arbetar med samverkan inom vården.

För att skapa en övergripande förståelse för olika sammanhang och professionella discipliner inkluderades studier med olika metoder, population, typ av barn- och ungdomsvård samt olika typer av samverkan. Rapporten identifierade sju olika teman av möjliggörande och försvårande faktorer bland yrkesverksamma inom barn- och ungdomsvård. Figur 5 har extraherats från den systematiska översikten, och illustrerar dessa teman (Nooteboom *et al.*, 2021).

Trots skillnaderna mellan de inkluderade studierna visade evidensbedömningarna att faktorerna för möjliggörande och försvårande ofta var konsekventa genom studierna, och var därför applicerbara i olika kontext. Översikten visar tydligt att samverkan är en komplex process med flera komponenter, vilket kännetecknas av flertalet försvårande och möjliggörande faktorer för yrkesverksamma (Nooteboom *et al.*, 2021).

Utifrån teman och underteman drar studien slutsatsen att både de flesta utmaningar och möjliggörande faktorer återfanns inom interprofessionellt samarbete (den högra sidan av Figur 5). Även om detta i grunden uppfattades positivt krävdes mycket arbete, till exempel tid för interprofessionell grupputveckling, utbildning i interprofessionellt samarbete, och konsten att dela information med andra yrkesverksamma som använder sig av olika begrepp och/eller teorier.

På figurens vänstra sida återfinns faktorer som relaterar till styrning och organisation samt själva barnets miljö och förutsättningar. Man föreslår att breda bedömningar av barnets och familjens problematik och tidsmässigt identifierande av intensitet och typ av vård som familjer behöver, är viktiga aspekter av vårdsamverkan.

Figur 5 Översikt av möjliggörande och försvårande faktorer som yrkesprofessionella inom barn- och ungdomsvård upplever vid vårdsamverkan

Figur extraherad från "Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals".

I linje med tidigare arbeten visar studien att samverkan i huvudsak påverkas av processer på professionsnivå (figurens högra sida). Översikten föreslår därför att framtida utveckling av vårdsamverkan som koncept ska fokusera på att involvera yrkesverksamma i den samverkande vården på daglig basis, i stället för att enbart överväga interprofessionellt samarbete på organisationsnivå (Nooteboom *et al.*, 2021). Man föreslår följande:

- **Bedöma och prioritera problem**: För att förbättra yrkesverksammas kompetens inom problemprioritering och delat beslutsfattande rekommenderas diskussion av prioriteringar med familjer och därmed inkludera deras perspektiv i vårdprocessen. Översikten bekräftar, i linje med tidigare studier, att efterlevnaden av riktlinjer förbättras när man har särskilt fokus på strukturerad och anpassad implementering i samarbete med brukarna.
- **Professionella roller och ansvar**: Det är viktigt att kontinuerligt utvärdera roller och ansvar under vårdprocessen, där samtliga intressenter involveras. Dock är det ännu oklart hur och hur länge yrkesverksamma ska arrangera dessa utvärderingsmöten
- **Tid att investera i samverkan:** I försöken att optimera vårdsamverkansprocesser och på sikt spara in tid, är det nödvändigt att investera i längre besökstider, tid för interprofessionell grupp-

utveckling och utvärderingsmöten. Det är viktigt att yrkesverksamma stöttas i effektiv organisering och prioritering av dessa aktiviteter, exempelvis av deras chef eller genom riktlinjer utifrån praxis. Översikten rekommenderar även att utvärdera långtidseffekten av vårdsamverkan genom att skapa ett kontinuerligt rutinsystem för att övervaka arbetet.

Inte minst lyfter man fram vikten av **attityder, kunskap och kompetens** som krävs för samverkan hos de yrkesverksamma. Det är väldigt viktigt att det inte får finnas en naivitet i att alla automatiskt jublar över att få samverka med andra professioner. Det var tydligt i översikten att de flesta utmaningar, men också möjligheter återfanns just inom detta område. Så det är förstås viktigt med en positiv attityd till samverkan i sig och till interprofessionellt samarbete. Likaså är det viktigt med effektiv kommunikation.

Om en organisation organiserad för och inriktad på samverkan kring evidensbaserade insatser för hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser för barn och unga – vilka utmaningar finns det då för att implementera evidensbaserade insatser långsiktigt?

Att implementera evidensbaserade insatser långsiktigt – organisatoriska faktorer av betydelse

Baserat på den systematiska översikten av Weeks *et al.* från 2020, *Important Factors for Evidence-Based Implementation in Child Welfare Settings*, finns det ett antal viktiga organisatoriska faktorer som är avgörande för långsiktig och framgångsrik implementering av evidensbaserade program, modeller eller arbetssätt (Weeks, 2020). Många av faktorerna är egentligen välkända från annan implementeringslitteratur. Det betyder dock inte att de tas hänsyn till i samband med implementering av nya arbetssätt och metoder eller införande av nya rutiner och riktlinjer inom välfärdssektorn. Tvärtom verkar det som att, paradoxalt nog, har den omfattande kunskapen från implementeringslitteraturen haft oerhört svårt att implementeras (Westerlund, Sundberg and Nilsen, 2019). Det är viktigt att inte vara naiv inför ”implementeringens mödosamma konst”, som Folkhälsomyndighetens skrift på temat från 2017 heter (Folkhälsomyndigheten, 2017).

De faktorer som befanns påverka långsiktig implementering av evidensbaserade insatser av Weeks *et al.* återfinns i Tabell 4. De vanligast förekommande faktorerna i översikten presenteras i mer detalj nedan.

1. Ekonomiska resurser och långsiktighet i planeringen.

Initialt behövs finansiering för själva uppstarten av insatsen, men minst lika viktigt är finansiering av spridning och vidmakthållande av fortsatt insats efter initialfasen. Detta kräver en långsiktig planering redan tidigt, både av de ekonomiska resurserna men även av arbetet i stort.

2. Organisationens kultur och klimat.

För att lyckas med implementering är att ha en kultur och ett klimat i organisationen som stödjer införandet av nya metoder avgörande. Även om begreppen låter snarlika finns det skillnader. Organisatorisk kultur är organisationens sätt att se på omvärlden. I kulturen ingår organisationens normer och värderingar. Det är djupt rotat i organisationen och mer stabilt än klimatet, men absolut möjligt att förändra. Organisatoriskt klimat beskrivs i stället som en mer tillfällig stämning som är en blandning mellan organisationens reaktioner på olika händelser (t.ex. framgångar eller motgångar, nedskärningar och nya uppdrag) och organisationens kultur.

Detta kan vara särskilt viktigt att tänka på om man formar och inför en ny organisation eller sammanför flera olika organisationer med sina inneboende kulturer och klimat.

Tabell 4 Faktorer av betydelse för långsiktig implementering av evidensbaserade insatser inom välfärdstjänster för barn och unga

Faktor
Ekonomiska resurser
Organisationens kultur och klimat stödjer implementering
Stöd från ledningen
Tidsresurser
Personalresurser
Stabil finansiering
God intern kommunikation i organisationen
Samarbete med andra aktörer
Utbildning
Expertkunskap/kunskapsstöd finns tillgänglig
Politiskt stöd, engagemang och förankring
Mottagarna upplever att insatsen passar dem
Anställer personal med rätt utbildning
Implementeringsteam

3. Stöd från ledningen

Stöd från ledningen behövs i varje steg i implementeringsprocessen, från att kartlägga behovet till att upprätthålla ett hållbart och långsiktigt arbete. Enligt många publikationer är dock stödet som viktigast initialt i implementeringsarbetet. Att ledningen prioriterar insatsen är också viktigt för att säkra finansiering och andra resurser till arbetet. Ledningen kan också stödja genom att öka möjligheterna för samarbete, uppföljning och utvärdering. Att ha en engagerad ledning som prioriterar arbetet med evidensbaserade insatser kan också ge ökad motivation hos den personal som arbetar med frågan.

4. Tid och personalresurser

Det finns flera aspekter av varför det är viktigt att ha tillräckligt med tid. En är att personalen som jobbar med den nya insatsen måste få tid i sitt schema för att kunna få till stånd det nya arbetssättet. Att som anställd ha flera andra uppdrag som tävlar om tiden när en ny metod ska införas försvårar implementeringen. Att lyckas med alla de steg i införandet kräver tillräckligt med tid för de som arbetar med

implementeringen. En annan aspekt av tid är att det tar en viss tid för en ny metod att befästas, organisationen och människorna i den måste vänja sig vid det nya arbetssättet. Hur lång den tiden är varierar och beror på hur stor förändring som måste ske för det nya arbetssättet.

5. God intern kommunikation, samarbete inom organisationen och med andra aktörer

God intern kommunikation är en mycket vanligt förekommande framgångsfaktor. Samarbete med andra organisationer och samordning med andra aktörer kan ge effektivare användning av resurser för alla inblandade, kunskaps- och erfarenhetsutbyte och en ökad räckvidd av insatser organisationen erbjuder.

6. Utbildning och expert/kunskapsstöd

Att ha personal med rätt kompetens är en ofta förekommande faktor som underlättar implementering. Utbildning och kompetens i insatsen är viktigt för att upprätthålla en god kvalitet. Om det handlar om en specifik metod eller program är det viktigt att säkerställa att dess kärnkomponenter bibehålls för att de tänkta effekterna med insatsen ska uppnås. Urval av personal och utbildning och handledning av dem som ska arbeta med insatsen är sätt att säkra kompetensen. Handledning och återkoppling under arbetets gång är också viktigt för att effekten av utbildningen ska kvarstå. Ett nätverk av utövare kan ge stöd, erfarenhetsutbyte och vidareutbildning.

Att välja ett föräldraskapsstöd som är evidensbaserat och passar i organisationen är en utmaning och i denna fråga kan *expertstöd/kunskapsstöd* behövas.

7. Nationell styrning, politiskt stöd, engagemang och förankring

Lagstiftning, tydliga krav och ekonomiska styrmedel är några exempel på nationell styrning som förekommer i litteraturen. Riktlinjer, kunskapsöversikter, arbetsinstrument och handböcker/manualer

samt enkla metoder för uppföljning är andra och snabbare styrmedel som också tas upp.

Om politiker och andra politiska aktörer (fackförbund, lobbyistgrupper etc.) stödjer implementeringen, den politiska förankringen av arbetssättet är stark och kommunikationen mellan politiker och tjänstemän är god ökar chanserna att lyckas. Detta gäller på lokal, regional och nationell nivå.

Med tanke på betydelsen av nationell styrning och politisk förankring för framgångsrik implementering av evidensbaserade metoder, modeller och arbetssätt enligt litteraturen är det intressant att SOU 2018:90 ”För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt” föreslår ett stort antal åtgärder för att främja sådan styrning.

- Verksamhetsområdet psykisk hälsa bör bli ett nytt politikområde
- En strategi för psykisk hälsa 2020–2030: Frågan om psykisk hälsa/ohälsa rör hela samhället på flera plan. Utredningen bedömer att en långsiktig strategi med tydliga resultatmål kan fylla en viktig funktion för att stimulera gemensamma åtgärder som berör flera politikområden och myndigheter.
- Ett Agenda 2030-sekretariat för övergripande samordning bör inrättas i Regeringskansliet.
- Mål och målstruktur för området psykisk hälsa. Ett övergripande nationellt mål bör antas för det samlade arbetet med frågor kring psykisk hälsa inom ramen för den strategi som utredningen föreslår. Utredningens förslag till nationellt mål är *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar*.
- Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas. För att stärka samordningen inom området psykisk hälsa på nationell nivå bedömer utredningen att Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll inom området bör förtydligas och stärkas.
- Tvärsektoriell myndighetssamverkan. För att politiken för psykisk hälsa ska få ett faktiskt genomslag på lokal, regional och

nationell nivå krävs förutom en stark nationellt pådrivande aktör en väl upparbetad tvärsektoriell myndighetssamverkan.

På uppdrag av regeringen fick Statens skolverk och Socialstyrelsen 2017 uppgiften att genomföra ett treårigt utvecklingsarbete, med syfte att stärka samverkan mellan elevhälsa, hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Fridolin and Törn, 2017). En rapport från projektet som stöttar 35 samverkansprojekt i landet lyfter också fram ett antal faktorer av betydelse för samverkansarbetet (Skolverket and Socialstyrelsen, 2019).

Framgångsfaktorer

- Politisk förankring över mandatperioder
- Gemensam problembild, samsyn och vilja i de deltagande verksamheterna

Hinder och utmaningar

- Det tar tid att bygga upp hållbara strukturer för samverkan och samordning
- Organisatoriska glapp uppstår då verksamheterna främst är organiserade för att arbeta inom gränser inte över gränser
- Verksamhetsgemensam uppföljning försvåras av rättslig reglering kring behandling av personuppgifter

Dessa sammantagna lärdomar kan vi ha med oss när vi planerar för en ny sorts organisation.

Varför är en sammanhållen barn- och ungdomsvård en önskvärd modell?

Sammantaget vet vi en hel del om vilka möjligheter och hinder som finns kring samverkan generellt, interprofessionell samverkan specifikt och organisatoriska och kontextuella faktorer av betydelse för ett framgångsrikt implementeringsarbete av evidensbaserade arbetssätt som bygger på samverkan. Vi får inte vara naiva och tro att en systemomvandling kan ske smidigt och utan stöd på alla nivåer – lagstiftning, nationell styrning, bred politisk förankring, stabil ekonomi, ledning och styrning med fokus på horisontella processer, teamarbete, uppföljning och analys, och brukarmedverkan. Men vad talar för att ett sådant system kan leverera bättre resultat än dagens?

Svaret kan sammanfattas under fyra punkter:

- Den förväntas minska samhällskostnader jämfört med dagens system
- Den bygger på en modern syn på hälsans bestämningsfaktorer
- Den öppnar för en styrning mot gemensamma välfärdstjänster och resultat snarare än produktion och egna årsbudgetar
- Den råder bot på organisatoriska mellanrum där så mycket förlorat värde, ojämlikhet och spill uppstår

Det finns fyra huvudsakliga sätt att minska *samhällskostnader* inom området psykisk hälsa bland barn och unga. Inledningsvis bör man investera tidigt. Detta argument handlar om att satsa på *humankapitalet*; grunden till många färdigheter, kunskap och talanger vi har, är tidigare färdigheter, kunskap och talanger. Missar vi möjligheten till att barn utvecklas optimalt under vissa kritiska stadier i livet, kan vi helt enkelt inte komma ikapp. Detta har inte bara kon-

sekvenser för barns hälsa och välmående, men också för deras framtida möjligheter och levnadsstandard. Att se bland annat hälsa som ett kapital som vi vill ska generera framtida avkastning utifrån bästa möjliga förutsättningar, krävs investering i det kapitalet. Ju tidigare, desto mer lönsamt, både ekonomiskt och socialt.

Vi vet att timing är av betydelse, inte bara för insatser som handlar om att stärka humankapitalet utan också förebyggande insatser. Många insatser är mer effektiva vid *tidigare ålder*. Dels handlar det om att problemen är då mindre och hjärnan mer plastisk; på sätt och vis är även barnets närmaste miljö, relationen till föräldrar också mer plastisk tidigt – man har inte hunnit fastna i onda cirklar och negativa förväntningar av och föreställningar om varandra och relationen. Dels handlar det om att vi undviker onödiga kostnader om vi inte väntar med insatser tills barnen blir äldre och problemen mer markanta och kostsamma.

En annan viktig faktor är investeringen i sig. *Kostnadseffektivitet* betyder att en insats genererar mer hälsa för pengar, i jämförelse med någon annan investeringsmöjlighet. Här ser man både till effektiviteten av en viss insats, vad den kostar, och ibland hur mycket intäkter (undvikna samhällskostnader) den kan generera. Det finns tydlig forskning som pekar mot att tidiga insatser för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland barn och unga är kostnadseffektivt. Detta gäller inte minst insatser i skolan som syftar till att öka vår kunskap om och möjligheter till hantering av känslor, hur vi interagerar med andra och hur vi löser sociala och emotionella problem. Föräldraskapsstöd är en annan typ av förebyggande insats där evidensen är tydlig, både på kort och lång sikt.

Samtidigt handlar det inte bara om att investera tidigt, och lägga resurserna på evidensbaserade insatser som på kort- och lång sikt kan förebygga psykisk ohälsa. Det handlar också om att *minimera spill* och öka de potentiella vinsterna av samordning, genom att se över organiseringen av de aktörer som möter dessa barn, utvärdera vilka aktiviteter som driver kostnader, och se om dessa bidrar till spill. Högst troligt finns det alltid någon typ av spill gällande de aktiviteter vi gör, men många kan komma att påverkas positivt genom samordning inom och mellan organisationer. Det innebär därför att det inte bara är bättre för enskilda individer eller utsatta grupper om organisatoriska mellanrum elimineras helt utifrån en förankrad, välplanerad och hållbar struktur (snarare än genom workarounds),

utan att det troligtvis också kommer att generera stora kostnadsbesparingar. Det betyder att trots att vi satsar mycket idag – kanske på rätt saker – blir det ofta kortsiktiga stimulansmedel som spenderas på workarounds, helt utan hållbarhet. De miljarder som spenderas idag som stimulansmedel på området psykisk hälsa skulle kunna göra större nytta.

Eftersom *hälsans bestämningsfaktorer* är ojämlikt fördelade har samhällets hälsofrämjande och förebyggande insatser ett kompensatoriskt uppdrag. Det är därför viktigt att ta hänsyn till i vilken mån ett nytt sätt att organisera den nära vården för barn och unga kan ta utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer och ha en kompensatorisk ansats. Hälsa är ytterst ett resultat av resurser och handlingsfrihet. En effektiv organisation för barn och unga bör därför eftersträva att öka båda delarna.

Stora sociala och ekonomiska investeringar krävs för att tidigt kunna ge stöd och insatser till barn med större uttalad problematik, såsom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Detta kräver en helhetssyn, samverkan och en ansats som främjar jämlik tillgång till samhällets resurser.

Har man en *styrning mot gemensamma välfärdstjänster* som möjliggör att bortse från korta mandat- och budgetperioder, eller andra strukturer som ligger i vägen för långsiktiga och hållbara investeringar, finns det många vinster att hämta. Om styrningen sker utifrån en hela-samhället ansats och ett livsloppsperspektiv finns betydande vinster för mer eller mindre samtliga samhällssektorer som någon gång möter barn, unga eller vuxna med underliggande psykiska problem.

Genom att sätta fokus på barnet och ungdomen, eleven och/eller familjerna i stället för ansvarsgränserna och organisationstillhörigheter kan vi *täppa igen de organisatoriska mellanrummen*. Genom sömlös samverkan inom och mellan enheter och organisationer kan vi frigöra potentialen som finns lagrade i dessa mellanrum och förvandla dem till produktiv välfärd.

Referenser

Abu-Omar, K. *et al.* (2017) ”The cost-effectiveness of physical activity interventions: A systematic review of reviews”, *Preventive medicine reports*, 8, s. 72–78. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.08.006.

Ahern, S. *et al.* (2018) ”A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes.”, *European child & adolescent psychiatry*, 27(10), s. 1295–1304.

Ahlen, J., Lenhard, F. and Ghaderi, A. (2015) ”Universal Prevention for Anxiety and Depressive Symptoms in Children: A Meta-analysis of Randomized and Cluster-Randomized Trials.”, *The journal of primary prevention*, 36(6), s. 387–403. doi: 10.1007/s10935-015-0405-4.

Anderberg, M. (2020) ”Planer för samverkan kring barn och unga i Skottland och Sverige – ett jämförande perspektiv”, s. 1–21. Available at: https://lnu.se/contentassets/d57b8480291d4b019154fc97dd6863cc/planer-for-samverkan-litteraturgenomgang.pdf.

Anderberg, M., Forkby, T. and Thelin, A. (2020) *Barnens bästa gäller ! i Kronoberg – en enkätstudie*.

Appelqvist-Schmidlechner, K. *et al.* (2010) ”Effects of a Psycho-Social Support Programme for Young Men – Randomised Trial of the Time Out! Getting Life Back on Track Programme”, *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(3), s. 14–24. doi: 10.1080/14623730.2010.9721815.

Arseneault, L. (2017) ”The long-term impact of bullying victimization on mental health”, *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), s. 27–28. doi: 10.1002/wps.20399.

Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum (2019) *Slutrapport utvärdering av barnahus*. Available at: file:///C:/Users/ninjo384/AppData/Local/Temp/slutrapport-utvardering-av-barnahus-2019-2.pdf.

Bauer, A., Knapp, M. and Parsonage, M. (2016) ”Lifetime costs of perinatal anxiety and depression.”, *Journal of affective disorders*, 192, s. 83–90. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.005.

Becker, G. S. (1975) *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. 2nd edn. New York: National Bureau of Economic Research.

Bentley, T. G. K. *et al.* (2008) ”Waste in the U.S. Health care system: a conceptual framework.”, *The Milbank quarterly*, 86(4), s. 629–659. doi: 10.1111/j.1468-0009.2008.00537.x.

Berry, V. *et al.* (2016) ”The effectiveness and micro-costing analysis of a universal, school-based, social–emotional learning programme in the UK: A cluster-randomised controlled trial”, *School Mental Health*, 8(2), s. 238–256. doi: 10.1007/s12310-015-9160-1.

Berwick, D. M. and Hackbarth, A. D. (2012) ”Eliminating waste in US health care.”, *JAMA*, 307(14), s. 1513–1516. doi: 10.1001/jama.2012.362.

Bloom, D. E. *et al.* (2012) *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Program on the Global Demography of Aging.

Breslau, J. *et al.* (2008) ”Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample.”, *Journal of psychiatric research*, 42(9), s. 708–716. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.01.016.

Brimblecombe, N. *et al.* (2018) ”Long term economic impact associated with childhood bullying victimisation.”, *Social science & medicine (1982)*, 208, s. 134–141. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.05.014.

Bywater, T. and Sharples, J. (2012) ”Effective evidence-based interventions for emotional well-being: lessons for policy and practice”, *Research Papers in Education*, 27(4), s. 389–408. doi: 10.1080/02671522.2012.690242.

Carlsson, E. *et al.* (2016) ”Negotiating knowledge: parents” experience of the neuropsychiatric diagnostic process for children with autism”, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(3), s. 328–338. doi: 10.1111/1460-6984.12210.

Clarkson, S. *et al.* (2016) ”Effectiveness and micro-costing of the KiVa school-based bullying prevention programme in Wales: study protocol for a pragmatic definitive parallel group cluster randomised controlled trial.”, *BMC public health*, 16, p. 104. doi: 10.1186/s12889-016-2746-1.

Colman, I. *et al.* (2009) ”Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 Year follow-up of national cohort”, *BMJ (Online)*, 338(7688), s. 208–211. doi: 10.1136/bmj.a2981.

Cöster, M. E. *et al.* (2018) ”Extended physical education in children aged 6-15 years was associated with improved academic achievement in boys.”, *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 107(6), s. 1083–1087. doi: 10.1111/apa.14278.

Currie, J. and Moretti, E. (2003) ”Mother”s Education and the Intergenerational Transmission of Human Capital: Evidence from College Openings*”, *The Quarterly Journal of Economics*, 118(4), s. 1495–1532. doi: 10.1162/003355303322552856.

Currie, J. and Stabile, M. (2006) ”Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD”, *Journal of health economics*, 25(6), s. 1094–1118. doi: 10.1016/j.jhealeco.2006.03.001.

Dalsgaard, S. *et al.* (2014) ”ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood – a naturalistic long-term follow-up study.”, *Addictive behaviors*, 39(1), s. 325–328. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.002.

Dahlgren, G. Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe.

Das, J. K. *et al.* (2016) ”Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews”, *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(4S), s. S61–S75. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.021.

Dawson, G. (2008) ”Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder”, *Development and Psychopathology*, 20(3), s. 775–803. doi: 10.1017/S0954579408000370.

Duchesne, S. *et al.* (2008) ”Trajectories of Anxiety During Elementary-school Years and the Prediction of High School Noncompletion”, *Journal of Youth and Adolescence*, 37(9), s. 1134–1146. doi: 10.1007/s10964-007-9224-0.

Epifanio, M. S. *et al.* (2015) ”Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress”, *Pediatric reports*, 7(2), p. 5872. doi: 10.4081/pr.2015.5872.

Erskine, H. E. *et al.* (2016) ”Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10), s. 841–850. doi: 10.1016/j.jaac.2016.06.016.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J. and Ridder, E. M. (2005) ”Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(8), s. 837–849. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x.

Fletcher, J. (2013) ”Adolescent Depression and Adult Labor Market Outcomes”, *Southern Economic Journal*, 80(1), s. 26–49. doi: https://doi.org/10.4284/0038-4038-2011.193.

Fletcher, J. M. (2014) ”The Effects of Childhood ADHD on Adult Labor Market Outcomes”, *Health economics*, 23, s. 159–181.

Fletcher, J. and Wolfe, B. (2009) ”Long-term consequences of childhood adhd on criminal activities”, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12(3), s. 119–138.

Folkhälsomyndigheten (2014) ”Slutredovisning av uppdrag kring ett utvecklat föräldrastöd”, 1. Available at: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/96c8eeff924946d880ce04d30c520bb7/slutrapport-utvardering-o-utveckling-2014.pdf.

Folkhälsomyndigheten (2017) *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst.* Available at: http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12145/R200720_implementering_web0809.pdf.

Foster, E. M. and Jones, D. E. (2005) ”The high costs of aggression: Public expenditures resulting from conduct disorder”, *American Journal of Public Health*, 95(10), s. 1767–1772. doi: 10.2105/AJPH.2004.061424.

Fridolin, G. and Törn, M. (2017) *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Available at: https://www.regeringen.se/4967a6/contentassets/69578833127048e4a3ebc0d48344d214/uppdrag-att-genomfora-ett-utvecklingsarbete-for-tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga.pdf.

Friends (2019) *Friendsrapporten*. Stockholm.

Gardner, F. *et al.* (2017) *Could scale-up of parenting programmes improve child disruptive behaviour and reduce social inequalities? Using individual participant data meta-analysis to establish for whom programmes are effective and cost-effective*. Southampton (UK). doi: 10.3310/phr05100.

Gavin, N. I. *et al.* (2005) ”Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.”, *Obstetrics and gynecology*, 106(5 Pt 1), s. 1071–1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.

Goodwin, N. and Smith, J. (2011) *The evidence base for integrated care*.

Grossman, M. (2000) ”The human capital model”, in *Handbook of Health Economics*. Newhouse JP: Elsevier, s. 347–408.

Guralnick, M. J. (2011) ”Why early intervention works: A systems perspective”, *Infants and Young Children*. NIH Public Access, s. 6–28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe.

Gurung, B. *et al.* (2018) ”Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations.”, *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), p. 179. doi: 10.1186/s12884-018-1738-9.

Heckman, J. J. (2000) ”Policies to foster human capital”, *Research in Economics*, 54(1), s. 3–56. doi: https://doi.org/10.1006/reec.1999.0225.

Heckman, J. J. and Kautz, T. (2012) ”Hard evidence on soft skills”, *Labour economics*, 19(4), s. 451–464. doi: 10.1016/j.labeco.2012.05.014.

Holmberg, I. and Tyrstrup, M. (2010) ”Well then – What now? An everyday approach to managerial leadership”, *Leadership*, 6(4), s. 353–372. doi: 10.1177/1742715010379306.

Humphrey, N. *et al.* (2018) *The PATHS curriculum for promoting social and emotional well-being among children aged 7–9 years: a cluster RCT*. Southampton (UK). doi: 10.3310/phr06100.

ISCA/Cebr (2015) *The economic cost of physical inactivity in Europe*.

Ivert, A.-K. and Mellgren, C. (2021) *Effektutvärdering av Sluta Skjut – En strategi för att minska det grova våldet*. Available at: https://www.bra.se/download/18.1f8c9903175f8b2aa7056f4/1613562616119/Sluta_skjut_effektutvardering_210217.pdf.

J.Y., K. *et al.* (2017) ”Trends in Postpartum Depressive Symptoms — 27 States, 2004, 2008, and 2012”, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 66, s. 153–158.

Johnston, M. V. (2009) ”Plasticity in the developing brain: implications for rehabilitation”, *Developmental Disabilities Research Reviews*. John Wiley and Sons Inc., s. 94–101. doi: 10.1002/ddrr.64.

Karlsson, M. and Nilsson, T. (2018) *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster*, *SNS Analys*. Stockholm.

Kärnä, A. *et al.* (2011) ”Going to scale: a nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for grades 1–9.”, *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), s. 796–805. doi: 10.1037/a0025740.

Knop, J. *et al.* (2009) ”Childhood ADHD and conduct disorder as independent predictors of male alcohol dependence at age 40.”, *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(2), s. 169–177. doi: 10.15288/jsad.2009.70.169.

Kuyken, W. *et al.* (2015) ”The effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: results of a randomised controlled trial (the PREVENT study).”, *Health technology assessment (Winchester, England)*, 19(73), s. 1–124.

Kuyken, W. *et al.* (2017) ”The effectiveness and cost-effectiveness of a mindfulness training programme in schools compared with normal school provision (MYRIAD): study protocol for a randomised controlled trial.”, *Trials*, 18(1), p. 194. doi: 10.1186/s13063-017-1917-4.

Laine, J. *et al.* (2014) ”Cost-effectiveness of population-level physical activity interventions: A systematic review”, *American Journal of Health Promotion*, 29(2), s. 71–80. doi: 10.4278/ajhp.131210-LIT-622.

Länsstyrelsen i Stockholm (2018) ”En pilotutvärdering av: Det universella våldspreventiva skolprogrammet TÅGET”.

Lavelle, T. A. *et al.* (2014) ”Economic burden of childhood autism spectrum disorders.”, *Pediatrics*, 133(3), s. e520-9. doi: 10.1542/peds.2013-0763.

Law, J. *et al.* (2009) ”Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: literacy, mental health, and employment outcomes.”, *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 52(6), s. 1401–1416. doi: 10.1044/1092-4388(2009/08-0142).

Law, J. *et al.* (2012) ”Cost-effectiveness of interventions for children with speech, language and communication needs (SLCN): a review using the Drummond and Jefferson (1996) ”Referee”s Checklist”.”, *International journal of language & communication disorders*, 47(1), s. 1–10. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00084.x.

Le, A. T. *et al.* (2005) ”Early childhood behaviours, schooling and labour market outcomes: estimates from a sample of twins”, *Economics of Education Review*, 24(1), s. 1–17. doi: https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2004.04.004.

Le, H. H. *et al.* (2014) ”Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case”, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23(7), s. 587–598. doi: 10.1007/s00787-013-0477-8.

Leach, L. S. *et al.* (2016) ”Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review.”, *Journal of affective disorders*, 190, s. 675–686. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.063.

Lehnert, T. *et al.* (2012) ”The long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions: systematic literature review.”, *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 13(6), s. 537–553.

Lever Taylor, B., Cavanagh, K. and Strauss, C. (2016) ”The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis.”, *PloS one*, 11(5), p. e0155720. doi: 10.1371/journal.pone.0155720.

Lundborg, P., Nilsson, A. and Rooth, D.-O. (2014) ”Adolescent health and adult labor market outcomes.”, *Journal of health economics*, 37, s. 25–40. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.05.003.

Magnusson, D. *et al.* (2016) ”Capturing Unmet Therapy Need among Young Children with Developmental Delay Using National Survey Data”, *Academic Pediatrics*, 16(2), s. 145–153. doi: 10.1016/j.acap.2015.05.003.

Malmö stad (2021) *CTC – Tillsammans för goda uppväxtvillkor*. Available at: https://malmo.se/Communities-That-Care-CTC.html.

Marsh, K. *et al.* (2010) *An Economic Evaluation of Speech and Language Therapy*. London.

McKenzie, M. *et al.* (2011) ”Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with alcohol use disorders in young adulthood: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study”, *Medical Journal of Australia*, 195(S3), s. S27–S30. doi: https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2011.tb03262.x.

van der Meer, A. (2016) *Babies exposed to stimulation get brain boost*.

Nath, S. *et al.* (2016) ”The prevalence of depressive symptoms among fathers and associated risk factors during the first seven years of their child”s life: findings from the Millennium Cohort Study.”, *BMC public health*, 16, p. 509. doi: 10.1186/s12889-016-3168-9.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2015) *Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges*. NICE Guide. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK).

Nooteboom, L. A. *et al.* (2021) ”Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48(1), s. 88–105. doi: 10.1007/s10488-020-01049-8.

Nowak, H. I., Broberg, M. and Starke, M. (2013) ”Parents” experience of support in Sweden: Its availability, accessibility, and quality”, *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(2), s. 134–144. doi: 10.1177/1744629513486229.

Nystrand, C. *et al.* (2019) ”Cost-effectiveness analysis of parenting interventions for the prevention of behaviour problems in children”, *PloS one*, 14(12), p. e0225503.

Nystrand, C. *et al.* (2020) ”Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(2). doi: 10.1007/s10488-019-00984-5.

Nystrand, C., Feldman, I. and Gebreslassie, M. (2020) *Lönar det sig med våldsförebyggande arbete? – Samhällsekonomisk analys av tvärsektoriellt främjande och förebyggande arbete i Botkyrka kommun*. Stockholm: Länsstyrelsen Stockholm.

Nystrand, C., Feldman, I. and Sarkadi, A. (2020) ”Att sätta värde på tidiga insatser för barn och unga: ett evidensbaserat beslutsstöd för sociala investeringar”, *Socialmedicinsk tidskrift*, 5 och 6.

Nystrand, C., Gebreslassie, M. and Feldman, I. (2020) *Är samverkan för bättre folkhälsa lönsamt? – Samhällsekonomisk analys av tvärsektoriellt främjande och förebyggande arbete i Norrtälje kommun*. Länsstyrelsen Stockholm. Available at: https://www.lansstyrelsen.se/download/18.71fb782917684105d2929e99/1612778003545/R2020-23-Är-samverkan-för-bättre-folkhälsa-lönsamt-Norrtälje-kommun.pdf.

OECD (2018) *Social and Emotional Skills: Well-being, connectedness and success*.

Ozonoff, S. *et al.* (2008) ”Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), s. 644–656. doi: 10.1007/s10803-007-0430-0.

Pelham, W. E., Foster, E. M. and Robb, J. A. (2007) ”The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents”, *Journal of pediatric psychology*, 32(6), s. 711–727. doi: 10.1093/jpepsy/jsm022.

Penner, M. *et al.* (2015) ”Cost-Effectiveness Analysis Comparing Pre-diagnosis Autism Spectrum Disorder (ASD)-Targeted Intervention with Ontario”s Autism Intervention Program.”, *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), s. 2833–2847. doi: 10.1007/s10803-015-2447-0.

Quintero, J. *et al.* (2018) ”Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain: a descriptive analysis.”, *BMC psychiatry*, 18(1), p. 40. doi: 10.1186/s12888-017-1581-y.

Ramböll (2014) ”Familjecentrum kartläggning och utvärdering”. Available at: https://familjecentraler.se/wp-content/uploads/2015/04/Kartla4ggning_och_utva4rdering_av_FC_-_slutversion.pdf.

Reini, K. (2016) ”Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset.Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi. [The economic effects of mental health promotion. An evaluation of the Time Out! support model to prevent social exclusion of y”, *Working paper, University of Vaasa*.

Reynolds, A. J. *et al.* (2001) ”Long-term Effects of an Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile ArrestA 15-Year Follow-up of Low-Income Children in Public Schools”, *JAMA*, 285(18), s. 2339–2346. doi: 10.1001/jama.285.18.2339.

Roberts, B. W. *et al.* (2007) ”The Power of Personality: The Comparative Validity of Personality Traits, Socioeconomic Status, and Cognitive Ability for Predicting Important Life Outcomes”, *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), s. 313–345. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00047.x.

Rodwell, L. *et al.* (2018) ”Adolescent mental health and behavioural predictors of being NEET: a prospective study of young adults not in employment, education, or training.”, *Psychological medicine*, 48(5), s. 861–871. doi: 10.1017/S0033291717002434.

Sampaio, F., Nystrand, C., Feldman, I., Mihalopoulos, C. (2020) ”Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health: A systematic review of economic evaluations”, *In manuscript*.

Sampaio, F. *et al.* (2021) ”The cost effectiveness of treatments for attention deficit-hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in children and adolescents: a systematic review”, *European journal of child and adolescent psychiatry*.

Scott, S. *et al.* (2001) ”Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood”, *British Medical Journal*, 323(7306), s. 191–191. doi: 10.1136/bmj.323.7306.191.

SFS 2017:30 (2020) *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2020:1043 – Riksdagen*, *svensk Författningssamling (SFS)*.

Shaw, S., Rosen, R. and Rumbold, B. (2011) *What is integrated care? Research report*.

Shepard, D. S. *et al.* (2016) ”Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications.”, *Suicide & life-threatening behavior*, 46(3), s. 352–362. doi: 10.1111/sltb.12225.

Singham, T. *et al.* (2017) ”Concurrent and Longitudinal Contribution of Exposure to Bullying in Childhood to Mental Health: The Role of Vulnerability and Resilience.”, *JAMA psychiatry*, 74(11), s. 1112–1119. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2678.

Skolinspektionen (2019) *Resultat från Skolenkäten 2017–2018*. Stockholm.

Skolverket and Socialstyrelsen (2019) *Utvecklingsarbeten som ingår i Tidiga och samordnade insatser (TSI)*.

Snell, T. *et al.* (2013) ”Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: Estimates from national survey data”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(9), s. 977–985. doi: 10.1111/jcpp.12055.

Socialstyrelsen (2009) ”Nationella indikatorer för God vård”, s. 1–87.

Socialstyrelsen (2019a) *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar – Behovs- och problemanalys avseende god vård*. Stockholm. Available at: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-25.pdf.

Socialstyrelsen (2019b) *Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn*.

SOU 2016:55 (2016) *Det handlar om jämlik hälsa: Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*. Statens Offentliga Utredningar. Available at: www.regeringen.se/4a52ad/contentassets/ca4b953b5fbf403cbd1d1eaa58f9ea10/det-handlar-om-jamlik-halsa_sou-2016_55.pdf.

SOU 2017:47 (2017) *Nästa steg mot en mer jämlik hälsa Förslag för en god och jämlik hälsa SOU 2017:47 Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*.

SOU 2018:90 (2018) *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrninginom området psykisk hälsa*. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Available at: https://www.regeringen.se/48ddbb/contentassets/906430d9feb248e984afbed18a37e65c/for-att-borja-med-nagot-nytt-maste-man-sluta-med-nagot-gammalt---forslag-for-en-langsiktigt-hallbar-styrning-inom-omradet-psykisk-halsa-sou-2018_90.pdf.

SOU 2019:40 (2019) *Jämlikhet i möjligheter och utfall i den svenska skolan*. Statens Offentliga Utredningar.

Ssegonja, R. *et al.* (2019) ”Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: A meta-analysis and meta-regression”, *Preventive Medicine*, 118. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.09.021.

Sundquist, J. *et al.* (2015) ”Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for drug use disorder: a population-based follow-up and co-relative study.”, *Psychological medicine*, 45(5), s. 977–983. doi: 10.1017/S0033291714001986.

Swan, N. and Balendra, J. (2015) ”Wasted”, *Four Corners [an invesigative journalism broadcast series]*.

Thomas, R. *et al.* (2015) ”Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis.”, *Pediatrics*, 135(4), s. e994-1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482.

Tuominen-Eriksson, A. M., Svensson, Y. and Gunnarsson, R. K. (2013) ”Children with disabilities are often misdiagnosed initially and children with neuropsychiatric disorders are referred to adequate resources 30 months later than children with other disabilities”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), s. 579–584. doi: 10.1007/s10803-012-1595-8.

Turner, A. J. *et al.* (2020) ”Cost-Effectiveness of a School-Based Social and Emotional Learning Intervention: Evidence from a Cluster-Randomised Controlled Trial of the Promoting Alternative Thinking Strategies Curriculum.”, *Applied health economics and health policy*, 18(2), s. 271–285. doi: 10.1007/s40258-019-00498-z.

Tyrstrup, M. (2014) *I välfärdsproduktionens gränsland Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg Mats Tyrstrup*.

Ulfsdotter, M., Lindberg, L. and Månsdotter, A. (2015) ”A cost-effectiveness analysis of the Swedish universal parenting program all children in focus”, *PLoS ONE*, 10(12), s. 1–16. doi: 10.1371/journal.pone.0145201.

Ulrich, B. D. (2010) ”Opportunities for early intervention based on theory, basic neuroscience, and clinical science”, *Physical Therapy*, 90(12), s. 1868–1880. doi: 10.2522/ptj.20100040.

Umeå Universitet (2020) *KAMSO – Kalkylverktyg för insatser mot social utsatthet*. Available at: https://www.umu.se/forskning/grupper/kamso/.

Uppdrag Psykisk Hälsa (2018) *GIRFEC – exempel på arbete med samverkansfrågor kring barn och unga*. Available at: www.uppdragpsykiskhalsa.se/girfec-ett-exempel-pa-arbete-med-samverkansfragor-kring-barn-och-unga/.

Vårdanalys (2018) *Lika läge för alla? – Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Stockholm. Available at: www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-2018-10-Lika-läge-för-alla.pdf.

Visser, S. (2012) *Kwaliteit als medicijn, aanpak voor betere zorg en lagere kosten [Quality as medicine” approach for better care and lower costs]*.

Wallby, T. and Hjern, A. (2011) ”Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county”, *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 100(11), s. 1495–1503. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02344.x.

Washington State Institute for Public Policy (2020) Benefit-cost Results for Interventions for Children”s Mental Health.

Wasserman, D. *et al.* (2015) ”School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial”, *Lancet*, 385.

Waters, H. R. *et al.* (2011) ”The business case for quality: Economic analysis of the michigan keystone patient safety program in ICUs”, *American Journal of Medical Quality*, 26(5), s. 333–339. doi: 10.1177/1062860611410685.

Webbink, D. *et al.* (2012) ”The effect of childhood conduct disorder on human capital”, *Health Economics*. 2012/07/06, 21(8), s. 928–945. doi: 10.1002/hec.1767.

Weeks, A. (2020) ”Important Factors for Evidence-Based Implementation in Child Welfare Settings: A Systematic Review”, *Journal of Evidence-Based Social Work (United States)*, 18(2), s. 129–154. doi: 10.1080/26408066.2020.1807433.

Wellander, L., Wells, M. B. and Feldman, I. (2016) ”Does Prevention Pay? Costs and Potential Cost-savings of School Interventions Targeting Children with Mental Health Problems”, *J Ment Health Policy Econ*, 19(2), s. 91–101.

Westerlund, A., Sundberg, L. and Nilsen, P. (2019) ”Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox”, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(5), s. 332–334. doi: 10.1111/wvn.12403.

Westman Andersson, G., Miniscalco, C. and Gillberg, N. (2017) ”A 6-year follow-up of children assessed for suspected autism spectrum disorder: Parents” experiences of society”s support”, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, s. 1783–1796. doi: 10.2147/NDT.S134165.

WHO (2016) *Integrated care models: an overview Working document*.

Williford, A. *et al.* (2013) ”Effects of the KiVa antibullying program on cyberbullying and cybervictimization frequency among Finnish youth.”, *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 42(6), s. 820–833. doi: 10.1080/15374416.2013.787623.

Wu, S. *et al.* (2011) ”Economic Analysis of Physical Activity Interventions Shinyi”, *Am J Prev Med.*, 40(2), s. 149–158. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-10-4002.BONE.

Zalsman, G. *et al.* (2016) ”Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review.”, *The lancet. Psychiatry*, 3(7), s. 646–659. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

Zwaigenbaum, L. *et al.* (2015) ”Early Intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research”, in *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics, s. S60–S81. doi: 10.1542/peds.2014-3667E.

Underlag till överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri BUP

Utredningen har enligt direktivet i uppdrag att ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Inom ramen för detta arbete ska utredningen analysera och ge skalbara förslag på utökade nationella insatser. I detta delbetänkande ska uppdraget delredovisas och en slutlig redovisning lämnas i utredningens slutbetänkande. Överenskommelser på hälso- och sjukvårdens område träffas mellan regeringen och SKR. Innehållet förhandlas mellan parterna och beslut fattas på politisk nivå av regeringen och SKR:s styrelse. Detta underlag utgör utredningens bedömning av vad som bör beaktas och prioriteras inom ramen för kommande överenskommelser. SKR har avstått från att samråda om föreliggande underlag med hänvisning till överenskommelseprocessen.

Utredningen konstaterar att det inte finns några snabba, enkla eller helt nya lösningar på problemen med tillgängligheten till BUP. Problemen har byggts upp över tid och har flera förklaringar som handlar både om hälso- och sjukvårdens organisation och en ökad andel barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att det fortsatt krävs insatser inom flera områden och av många olika aktörer som möter barn och unga. Huvudmännen inom hälso- och sjukvård och skola behöver med stöd av SKR ta ansvar för att insatserna genomförs med större systematik nationellt. Det är en förutsättning för att skapa en mer likvärdig, sammanhållen, effektiv och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård för barn och unga med psykiska vårdbehov. För hälso- och sjukvårdens del handlar det om insatser både på systemnivå och organisationsnivå. Omställningens

principer till en god och nära vård ska vara vägledande. Insatserna tar därför sikte på att stödja genomförandet av en mer sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga, primärvårdens roll som navet i hälso- och sjukvården även för barns och ungas psykiska vårdbehov och att den specialiserade vården ska finnas nära och tillgänglig i primärvården för konsultation och stöd.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen följande insatser:

1. **Insatser för att utveckla en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård**. I detta bör ingå att huvudmännen deltar i utformningen av och genomförandet av det nationella hälsovårdsprogrammet i hälso- och sjukvårdens verksamheter inklusive elevhälsans medicinska insatser. Huvudmännen bör också skapa olika former för samverkan mellan berörda aktörer inklusive socialtjänsten och tandvården. Särskild fokus bör läggas på samverkan och ett utvecklat partnerskap mellan primärvård och elevhälsa.

2. **Insatser för att stödja utvecklingen av primärvården som första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov**. I detta bör ingå att regionerna organiserar och planerar sin vård så att första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa kan integreras i primärvårdsuppdraget för att på så sätt skapa en tydlig väg in och ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga.

3. **Insatser för att stärka barn- och ungdomskompetensen i primärvården.** Regionerna bör tillsammans med professionen och kunskapsorganisationen samt med stöd av SKR uppnå nationell konsensus kring vilka vanligt förekommande psykiska vårdbehov hos barn och unga som kan mötas i primärvården och vilka kompetenser som behövs i primärvården för att kunna tillgodose barns och ungas psykiska vårdbehov. Dessutom behöver regionerna se över och revidera sina förfrågningsunderlag för att kunna styra primärvårdens verksamhet mot vanligt förekommande vårdbehoven hos barn och unga.

4. **Insatser för att stärka en nära och konsultativ specialiserad vård**. I detta ingår att utveckla rutiner och arbetssätt för att den specialiserade vården ska kunna finnas nära och tillgänglig för konsulta-

tion och annat stöd till primärvårdens verksamheter och elevhälsans medicinska insatser.

5. **Insatser för att fortsatt stimulera arbetet med effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatrin.** Detta handlar framför allt om fortsatt arbete med breda vårdprocesser samt prestationsbaserade insatser som är anpassade till och stödjer målsättningen om en förstärkt vårdgaranti.

Insatserna i det underlag som utredningen presenterar gäller breda organisationsförändringar i hälso- och sjukvården och kan därför vara relevanta i flera överenskommelser. Underlaget ska också ses i ljuset av den tillgänglighetsdelegation som regeringen inrättade i augusti 2020. Delegationen har i uppdrag att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. I detta ingår bland annat att se över målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti (dir 2020:81).

Ett omfattande dialogarbete med bland annat berörda myndigheter, och organisationer samt barn och unga själva ligger till grund för utredningens underlag.

Tillgängligheten till BUP är fortsatt en utmaning

Tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrin har varit en viktig fråga under många år. Flera satsningar har genomförts för att öka tillgängligheten både på nationell och regional nivå. Trots det är tillgängligheten till BUP fortsatt en utmaning. Det beror bland annat på olika systembrister i hälso- och sjukvården med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård, ett ökat söktryck samt förhållandevis låg genomströmning av patienter inom BUP. De stegvisa vårdmodeller som finns inom den somatiska vården förekommer inte på samma sätt inom vården av psykiska vårdbehov. Till följd av detta är primärvårdens stöd till barn och unga med psykisk ohälsa eftersatt och primärvården saknar generellt sett i dag vana och kompetenser för att möta sådana vårdbehov hos barn och unga. En betydande andel barn och unga med psykiska vårdbehov remitteras därför direkt till BUP i stället för att fångas upp i primärvården.

Verksamhetsföreträdare lyfter också fram utmaningar med hög personalomsättning, läkarbrist och tidsbrist inom BUP. Antalet besök inom BUP och antalet individer som har kontakt med BUP har ökat påtagligt de senaste åren. Samtidigt har även antalet medarbetare ökat och i internationella jämförelser ligger Sverige bland de länder med allra högsta antal medarbetare per invånare under 18 år.

På regional nivå har flera insatser genomförts för att komma tillrätta med den låga tillgängligheten både när det gäller produktionsplanering och effektivare vårdflöden. SKR har också tillsammans med regionerna utvecklat öppna jämförelser och uppföljning av olika effektivitetsmått och indikatorer som en grund för kvalitetsutveckling. På nationell nivå har två områden varit föremål för tidigare satsningar och överenskommelser. Det gäller dels tillgängligheten till BUP och utvecklingen av den specialiserade vårdens processer, dels en uppbyggnad av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa som ett sätt att komma tillrätta med bristen på stegvis vård inom området psykisk hälsa. I senare års överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har även prestationsbaserad ersättning ingått kopplat till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti för BUP.

Överenskommelsens inriktning och syfte

Utredningen har presenterat sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa, (se Förslag och bedömningar, kap 6). Dessa steg ligger till grund för utredningens underlag till överenskommelse mellan staten och SKR. I stegen ingår bland annat att primärvårdens roll för vård och behandling av psykisk ohälsa hos barn och unga behöver förtydligas och att den specialiserade vården utvecklar en konsultativ roll i förhållande till primärvården. Målet med de sex stegen är att hela vård- och omsorgssystemet tidigt och ändamålsenligt samordnar sina insatser runt barn och unga. Målet är också att alla barn och unga ska få universella insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa och vid behov mer fördjupade insatser. Barns och ungas delaktighet är en central del i samtliga steg. Utredningen bedömer att de ovan nämnda stegen ligger väl i linje med den pågående omställningen mot en god och nära vård, men tar en tydligare utgångs-

punkt i barns och ungas behov och rättigheter. Utredningen ser behov av insatser inom tre övergripande områden med utgångspunkt i de sex stegen. Dessa områden beskrivs nedan.

En sammanhållen vård för barn och unga

En sammanhållen barn- och ungdomshälsovård är av avgörande betydelse för att barn och unga ska kunna få likvärdig vård i landet. För att få till stånd en mer sammanhållen vård föreslår utredningen en tydligare och mer enhetlig nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Ett nationellt hälsovårdsprogram för hela uppväxten ska utformas och implementeras. Programmet ska lägga grunden för hälsouppföljning i bred bemärkelse och innefatta insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa och vid behov även fördjupade insatser och föräldraskapsstöd. Det ska tydliggöra ramarna för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet och utgöra ett stöd och ett sammanhållande kitt för professionella och beslutsfattare på alla nivåer inom berörda verksamheter. Samverkan mellan berörda vårdverksamheter för att samordna barns och ungas vårdinsatser är en central förutsättning för genomförandet av programmet. Programmet ska tas fram av Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten och huvudmännen för hälso- och sjukvård och skola, SKR, professions- och patientorganisationer.

Insatser för att stimulera en mer sammanhållen vård för barn och unga

Ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

Utredningen bedömer att arbetet med att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram för alla barn och unga inom ramen för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård inte kan vänta och att förberedande insatser på flera nivåer därför behöver stimuleras. I detta ingår bland annat att utveckla innehåll, kvalitet och former för en bred hälsouppföljning av barn och unga. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Regionerna bör delta i utformningen och ansvara för implementeringen av det nationella hälsovårdsprogrammet. Regionernas kunskapsstyrningsorganisation bör ha en viktig roll i implementeringen av det nationella hälsovårdsprogrammet och det finns fördelar med att kunskapsstyrningsorganisationen är organiserad på ett sådant sätt att barn- och ungas hälsa och välmående under hela uppväxttiden kan stödjas. Det skapar förutsättningar för att bidra i arbetet med att utforma och genomföra det nationella hälsovårdsprogrammet i samtliga aktuella verksamheter. Utredningen ser särskilt behov av att stimulera framtagande av kunskapsstöd och vårdprocesser som inkluderar alla aktörer.

Utvecklingen av samverkansformer

Samverkan mellan berörda aktörer inklusive socialtjänsten och tandvården behöver utvecklas. Det är en viktig förutsättning för att det nationella programmet ska kunna implementeras fullt ut. Särskild fokus bör läggas på samverkan och ett utvecklat partnerskap mellan primärvård och elevhälsa. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Huvudmännen bör styra verksamheterna mot samverkan med berörda parter genom beslut, riktlinjer och prioriteringar. Inom regionerna kan det till exempel handla om att tydliggöra krav på samverkan och samordning i förfrågningsunderlag och styr- och ersättningsmodeller.
- Regionerna bör ingå samverkansavtal, upprätta samverkansformer eller utveckla befintliga samverkansforum med de olika skolhuvudmännen (kommuner, enskilda, regioner och staten) i syfte att:
  - Utveckla ett partnerskap mellan primärvården och elevhälsans medicinska insatser för bättre samverkan kring barn och unga med olika vårdbehov.
  - Skapa trygga övergångar för barn och unga mellan elevhälsan och hälso- och sjukvården i övrigt när behov av insatser uppmärksammas av elevhälsan.

  - Dessutom kan samlokalisering vara aktuellt för verksamheter inom elevhälsans medicinska insatser och andra relevanta hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det är viktigt att sådan samlokalisering också omfattar de enskilda skolhuvudmännen.
- SKR och regionerna bör utveckla patientkontrakt så att det anpassas till barns och ungas behov. I detta bör bland annat ingå att utveckla den digitala vårdplaneringen för barn och unga och former för hur samtliga skolhuvudmän (kommunala, enskilda, regionala och statliga) kan inkluderas i patientkontrakten. Användande av patientkontrakt bör särskilt utökas och prövas för barn och unga med långvariga och stora behov.
- Huvudmännen för hälso- och sjukvård bör verka för att sammanhållen journalföring används i ökad utsträckning inom elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt i enlighet med de förutsättningar som gäller för det, för att enklare kunna följa barns och ungas hälsoutveckling.

Ökad delaktighet för barn och unga

Arbetet med att säkerställa att barn och unga och deras närstående kan vara delaktighet vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet behöver intensifieras. Insatser till barn bör ske i enlighet med bland annat barnkonventionens bestämmelser om barnet bästa (artikel 3) och barnets rätt att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande, (artikel 12). Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Utforma digitala och andra vårdtjänster som är anpassade för barns och ungas behov och metoder och arbetssätt för att göra barn och unga delaktighet i sin egen vård och beslut om vård och behandling
- Ta fram anpassad information till barn och unga om hälso- och sjukvårdsorganisationen för barn och unga och primärvården som första vägen in i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa.

Primärvården ska vara första vägen in för barns och ungas psykiska vårdbehov

Primärvården bör vara navet i hälso- och sjukvården och den första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov. Utredningen bedömer att förslaget från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) att primärvårdens ansvar för vård och behandling för psykiska vårdbehov ska förtydligas bör införas. Det är en förutsättning för en mer likvärdig, enhetlig och tillgänglig hälso- och sjukvård för barn och unga med psykiska vårdbehov. Det bidrar också till att fler barn och unga kan få stöd tidigt i stället för att vänta på insatser från BUP och risken för att deras psykiska ohälsa förvärras. En central del i detta är att pågående och utbyggda projekt av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa bör integreras i primärvårdsuppdraget. Utredningen bedömer att primärvårdens förutsättningar att erbjuda rätt stöd och insatser ökar genom att använda de strukturer, metoder och kompetenser som redan är uppbyggda i första linjeverksamheterna.

Insatser för att stödja utvecklingen av primärvården som första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov

Första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver bli en del av primärvårdsuppdraget

Primärvården bör vara första vägen in i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykiska vårdbehov. Det är en förutsättning för ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

– Regionerna bör organisera och planera hälso- och sjukvården så att primärvården utgör första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov. I detta ingår att integrera första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa i primärvårdsuppdraget. Det handlar bland annat om att förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller behöver anpassas till en sådan utveckling.

Insatser för att stärka barn- och ungdomskompetens i primärvården

Regionerna behöver stärka primärvården med nödvändiga resurser och kompetenser för att primärvården ska kunna tillgodose barns och ungas psykiska vårdbehov. I detta bör bland annat ingår att skapa förutsättningar för tvärprofessionellt och tvärsektoriellt samarbete. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Regionerna bör med stöd av kunskapsstyrningen och SKR komma överens om vilka psykiska vårdbehov som omfattas av primärvårdsuppdraget och därigenom skapa en nationell samsyn.
- Regionerna bör med stöd av kunskapsstyrningen och SKR komma överens om vilka kompetenser som behöver finnas i primärvården för att barn och unga med psykiska vårdbehov ska kunna få god vård.
- Regionerna bör inventera/kartlägga vilken barnkompetens som finns inom primärvårdens verksamheter och göra en långsiktig kompetensförsörjningsplan för att säkra tillgången till sådan kompetens inom primärvården. En viktig del i detta bör vara att se över förutsättningar för att samutnyttja den befintliga barnkompetens som finns inom mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och vård- och hälsocentralerna i dag.
- Regionerna bör se till att arbetssätt och metoder för tvärprofessionellt arbete utvecklas när det gäller barns och ungas psykiska vårdbehov i primärvården. Det kan till exempel handla om att utveckla psykosociala team med psykolog och socionom och andra relevanta yrkeskategorier såsom hälsopedagog, fysioterapeut, arbetsterapeut, eller specialpedagog.
- Regionerna bör genomföra utbildningsinsatser som rustar primärvården att möta barns och ungas psykiska vårdbehov.

En nära och konsultativ specialiserad vård

Utredningen bedömer att den specialiserade vården behöver ha en tydlig konsultativ och stöttande roll i primärvården och elevhälsan. Det är en förutsättning för att barns och ungas psykiska vårdbehov

ska kunna tas om hand tidigt i vårdorganisationen. En sådan utveckling ligger i linje med omställningen till en god och nära vård. Utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård skapar förutsättningar för en effektivare triagering av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån. En sådan effektiv triagering är ett fundament för en fungerande stegvis vård. Det leder till att fler barn och unga får rätt bedömning i ett tidigt skede och därmed tidigare ändamålsenliga insatser vid psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd. Detta innebär också att många av de barn och unga som i dag står i kö till den specialiserade vården kan få vård och stöd i den nära vården, vilket minskar köerna till och avlastar barn- och ungdomspsykiatrin. Utvecklingen mot en mer nära specialiserad vård av barn och unga med psykisk ohälsa bidrar också till att höja primärvårdens kompetens att möta psykisk ohälsa hos barn och unga. Det skapar mer långsiktiga förutsättningar för primärvården att ta ansvar för barns och ungas psykiska vårdbehov. Samtidig sker en naturlig kompetensutveckling och ett ömsesidigt lärande. Den specialiserade vården har också ett behov av ett ökat generalist- och helhetsperspektiv.

Insatser för att stimulera en nära och konsultativ specialiserad vård

Utredningen ser behov av insatser för att stimulera utvecklingen av en nära och konsultativ specialiserad vård. I detta ingår bland annat att utveckla samverkan mellan primärvården, elevhälsan och den specialiserade vården och en systematisk kompetens- och kunskapsöverföring där den specialiserade vården och dess kompetenser tillgängliggörs för att stödja primärvården att utveckla uppdraget om psykisk hälsa. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

– Regionerna bör utveckla rutiner, arbetssätt och metoder för hur den specialiserade vården ska kunna bistå med konsultativa insatser i primärvården. Insatserna ska underlätta primärvårdens förutsättningar att möta fler barn och unga med psykiska vårdbehov. Det kan till exempel handla om rutiner för att göra gemensamma bedömningar, auskultationer, handledning och ut-

bildningsinsatser och att utveckla digitala former av tillgänglighet.

– Regionerna bör stimulera utvecklingen av gemensam triagering och samarbete kring en väg in i hälso- och sjukvården. Sådana projekt pågår i flera regioner, där BUP och primärvårdsnivån verkar tillsammans för en ingång vid psykisk ohälsa.

Insatser för att stimulera arbetet med effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatrin

Insatser behöver fortsatt genomföras för att stimulera effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatrin. Det handlar framför allt om prestationsbaserade insatser som är anpassade till målsättningen om den förstärkta vårdgarantin för barn och unga. Ändamålsenligheten i den förstärkta vårdgarantin till BUP kommer under året att utredas av delegationen för ökad tillgänglighet i vården (dir 2020:81) och deras förslag lämnas till regeringen 2022. Rimligen görs ett nytt ställningstagande till detta i samband med 2023 års överenskommelse. Utredningen vill också betona vikten av ett fortsatt arbete inom BUP för att öka tillgängligheten. Utredningen föreslår därför att följande insatser stimuleras:

– Regionerna och SKR bör fortsatt utveckla öppna jämförelser som en metod för att säkra kvalitet och effektivitet i barn- och ungdomspsykiatrin. I detta ingår att fortsatt utveckla gemensamma nyckeltal som mäter flöden, väntetider och ändamålsenliga insatser som är av värde för patienten.

– Regionerna, kommunerna, skolhuvudmännen och SKR bör fortsatt arbeta fram och implementera effektiva ändamålsenliga vårdprocesser för stora patientgrupper som väntar på insatser från den specialiserade vården, till exempel barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder. I dessa arbeten bör fokus läggas på hela processen från tidiga symtom till specialiserad vård och behandling vilket till exempel inkluderar hälsofrämjande arbete och tidiga samordnade insatser i primärvård och skola.

Ekonomisk omfattning av föreslagna insatser

Utredningen har enligt direktivet i uppdrag att redovisa skalbara förslag på hur utökade nationella insatser kan bidra till att uppnå målet om en köfri barn-och ungdomspsykiatri. Utredningens förslag i denna del handlar om att stimulera en långsiktigt hållbar utveckling av hälso- och sjukvården som är anpassad till barn och unga med psykiska vårdbehov, i linje med omställningen till en god och nära vård. Det är inte möjligt att göra en fullständig kostnadsberäkning av sådana breda insatser som föreslås. Insatserna kan dock läggas på en mer basal nivå och handla om att utveckla rutiner eller arbetssätt eller på en mer avancerad nivå så att huvudmännen kan omsätta arbetssätt och metoder i praktiken. Utredningen bedömer att kostnaderna till exempel bör täcka projektledning, utvecklingen av arbetssätt och metoder, olika utvecklingsprojekt till exempel när det gäller partnerskap mellan primärvården och elevhälsan, en nära och konsultativ roll för den specialiserade vården och stärkt barnkompetensen och utvecklingen av teambaserade arbetssätt inom primärvården. Utredningen bedömer att stimulansmedel bör utgå med 500 000 000 kronor, 750 000 000 kronor eller 1000 000 000 kronor beroende på regeringens ambitionsnivå. Utredningen anser det är viktigt att sambandet mellan de olika överenskommelserna tydliggörs i den mån det rör en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och psykisk hälsa. Ett förslag kan vara att det utformas en särskild överenskommelse för barn och unga som binder samman det som i dag rör god och nära vård, tillgänglighet, psykisk hälsa samt målet om en köfri BUP.

Uppföljning

Utredningen återkommer i slutbetänkandet kring hur insatserna kan följas upp med utgångspunkt från lämpliga indikatorer. En central del i uppföljningen bör handla om att säkra en långsiktig utveckling av hälso- och sjukvården och inte tillfälliga projekt. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bör fortsatt ha uppdraget att följa, stödja och utvärdera de insatser som görs inom ramen för olika överenskommelser på området.

Sammanställning dialogmöten

Utredningen har i enlighet med vad som anges i direktivet, fört dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän för att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå. Dessutom har dialog förts med olika nätverk inom SKR, professions- och patientföreträdare samt andra företrädare för det civila samhället. Syftet med dialogen har varit att fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer. Mot bakgrund av de särskilda förhållanden som pandemin inneburit för alla verksamheter har dialogmötena uteslutande genomförts digitalt. För att skapa struktur och systematik har dialogmötena utformats med utgångspunkt från fyra frågeställningar. Nedan följer en sammanställning över de inspel som lämnats under dialogmötena, fördelat per fråga.

Fråga 1: Om din organisation skulle prioritera barns och ungas hälso- och sjukvård extra mycket under ett års tid – vilka aktiviteter/insatser skulle ni satsa på?

Sätt barnet i centrum

Barnet i centrum lyftes fram vid samtliga dialogmöten. Det handlade till stor del om delaktighet och inkluderande förhållningssätt, en samlad plan för barnet, sammanhållen vårdprocess, men även behov av kunskapshöjning i bemötandefrågor och barnrättsperspektiv. Behovet en koordinator för varje barn nämndes särskilt.

Behov av föräldrainsatser

Även behovet av insatser till föräldrar lyftes fram vid samtliga dialogmöten, till exempel föräldraskapsstöd och insatser för att stärka föräldrarollen.

Tidiga insatser

Tidiga insatser lyftes fram vid samtliga dialogmöten. I detta borde proaktivt arbete, strukturerade insatser, samverkan utanför hälso- och sjukvården ingå. Barnhälsovårdens, socialtjänstens, skolans och förskolans viktiga roller nämndes särskilt. Dessutom nämndes att elevhälsans arbete med tidig upptäckt borde stärkas. Tidig upptäckt av psykisk ohälsa i skolan lyftes fram som ett förbättringsområde.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Hälsofrämjande och förebyggande arbetet lyftes fram genomgående vid dialogmötena. Det handlade bland annat om hur hälsosamtal i skolan skulle kunna utvecklas och att psykisk hälsa borde vara en del av läroplanen. Det konstaterades att skolans uppdrag att skapa goda lärandemiljöer är ett viktigt område att arbeta vidare med.

Psykisk hälsa

Området psykisk hälsa lyftes som en stor utmaning i verksamheterna vid samtliga dialogmöten. Här nämndes behov av tydligare uppdrag till vårdcentraler när det gäller psykisk hälsa. Det nämndes också att skolan behöver kunna möta lättare former av psykisk ohälsa och att psykisk hälsa borde vara en central del av hälsobesöken i skolan. Även i detta sammanhang lyftes proaktiva insatser fram, som till exempel att arbeta med friskfaktorer i skolan. Det konstaterades att ett nytt tankesätt behövs när det gäller den specialiserade vårdens uppdrag och förutsättningar. Den specialiserade vården borde i högre grad kunna erbjuda konsultativa insatser i primärvården för att primärvården ska kunna möta fler barn och unga med psykisk hälsa. Behovet av tidiga insatser lyftes fram även i

detta sammanhang och att barn och unga bör kunna få insatser redan innan en utredning inom BUP är klar.

Elevhälsan

Vid dialogmötena lyftes elevhälsans roll och förutsättningar fram i hög grad. Behovet av en mer likvärdig elevhälsa var ett genomgående tema. Vidare framfördes att elevhälsan borde förstärkas och kompletteras med viktiga kompetenser såsom exempelvis logoped, sjukgymnast, arbetsterapeut.

Samverkan och samordning

Behovet av insatser för att stärka samverkan mellan vårdverksamheter och samordningen av vårdinsatser lyftes fram vid samtliga möten. Här nämndes särskilt smidiga övergångar mellan vårdverksamheter genom strukturerade överlämning och informationsöverföring.

Det behöver vara lätt att komma i kontakt med vården

Vid dialogmötena lyftes det fram att det ska vara lätt att komma i kontakt med vården och att det ska vara tydligt vart barn och unga ska vända sig med framför allt psykiska vårdbehov. Behovet av en väg in för barn och unga nämndes särskilt.

Primärvård som första ingång

Vid flera dialogmötena påtalades behovet av att primärvårdens roll som första ingång för barn och unga i hälso- och sjukvården behöver stärkas. Inom primärvården finns mycket kompetens, men det behövs också kompetensutveckling om specifika grupper och konsultationsinsatser från den specialiserade vården.

Information

Det konstaterades att hälso- och sjukvården behöver utvecklas för att kunna möta barn och unga utifrån deras förutsättningar och behov. Barns delaktighet, anpassad information och stöd till barn och unga att själva kunna navigera i hälso- och sjukvårdssystemet nämndes särskilt liksom utvecklingen av digitala vårdtjänster.

Placerade barns behov

Företrädare för kommunala verksamheter lyfte fram placerade barns behov av ändamålsenliga insatser.

Fråga 2: För att börja med barnen måste olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet samverka. Hur samverkar ni i dag och med vilka aktörer? (Är det för många aktörer?)

Diskussionerna under denna punkt utvecklas mer under fråga 3.

Samverkan är beroende av eldsjälar

Vid flera dialogmöten framfördes att förutsättningarna för samverkan på många håll behöver stärkas och att samverkan i dag i hög grad är beroende av eldsjälar. Vidare lyftes det fram att samverkan mellan elevhälsan, BUP och socialtjänst behöver stärkas liksom mellan elevhälsa, primärvården och BUP.

Fråga 3: För att börja med barnen måste uppdrag och ansvar i hälso- och sjukvården hänga ihop med barnet i centrum – hur fungerar samverkan mellan aktörer och ansvarsfördelning hos er?

Dialoggrupperna instämde i utredningens beskrivning av problembild och vägen framåt.

Otydlig ansvarsfördelning

En otydlighet i ansvarsfördelning och uppdrag mellan de olika verksamheterna lyftes fram som en svårighet vid samverkan. Vid dialogmötena efterfrågades ökad tydlighet i ansvarsfördelning, av roller och uppdrag. Dessutom nämndes behovet av ökad kunskap om de olika vårdverksamheterna och uppdrag och deras förutsättningar i övrigt.

Bättre samordning

Bättre samordning av vårdprocesser nämndes som ett centralt utvecklingsområde. Behovet av ändamålsenliga ersättningssystemen som främjar samverkan nämndes särskilt. Det konstaterades också att uppföljning av samverkan behöver stärkas. Slutligen nämndes att samverkan kräver nya arbetssätt och strukturer som sätter barnet eller den unge och familj i centrum.

Fråga 4: För att börja med barnen måste vi veta mer om deras hälsa. Därför behövs statistik över barns mående och hälsa på nationell nivå. Hur mäter ni barns hälsa i dag?

Behov av samlad nationell statistik

Vid samtliga dialogmöten lyftes behovet av en samlad nationell uppföljning fram som är tillgänglig och uppdateras löpande. Detta sågs som ett område med stor utvecklingspotential. Det konstaterades att det i dag inte finns några bra förutsättningar för att följa upp barns hälsa varse sig på individuell eller aggregerad nivå.

Det lyftes fram att fullföljd skolgång eller fullständiga betyg och orosanmälningar borde följas upp mer systematiskt. Sjukdom mäts i högre grad än hälsa. För medicinska diagnoser finns ofta register inom den specialiserade vården.

På flera håll i landet mäts barns och ungas hälsoutveckling genom enkäter i skolklasser. Det förekommer att denna information delas med regionen. Några exempel på bra uppföljning nämns, bland annat tandvårdens uppföljning av kariesfria barn, uppföljningen Liv och

hälsa ung (om hälsoutveckling), Region Västerbottens enkät för 3-åringar som mäter psykisk hälsa, levnadsvanor och behov av stöd.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskrafts-invandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röst-mottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktions-nedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlags-bestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terrorist-organisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelands-medborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotin-produkter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden – mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]

Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0093-4 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Agneta S Öberg
Foto: från utredningens arbete med unga. Bilderna kommer just från utredningens dialoger med barn och unga.