RS 2021-0513

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.

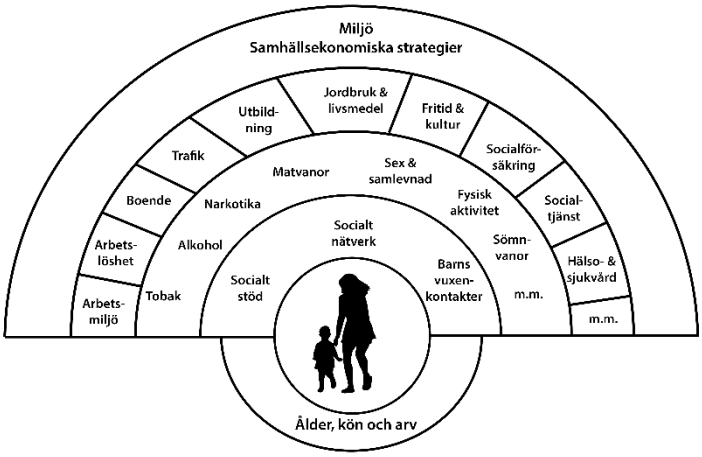
Mot slutet av 2020-talet och början av 2030-talet väntas barnafödandet gå ner då ålderskullarna i barnafödande ålder är mindre, för att sedan återigen öka från mitten av 2030-talet.[13]

[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]

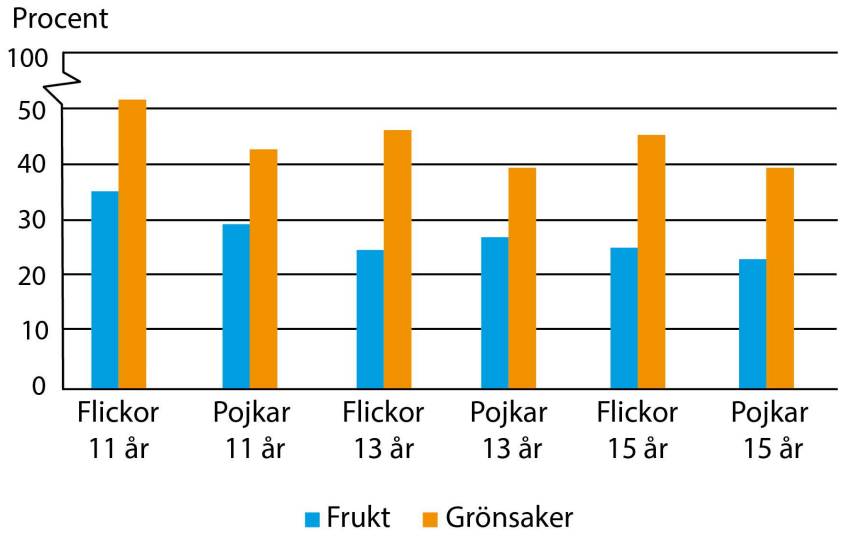
Matvanor

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.

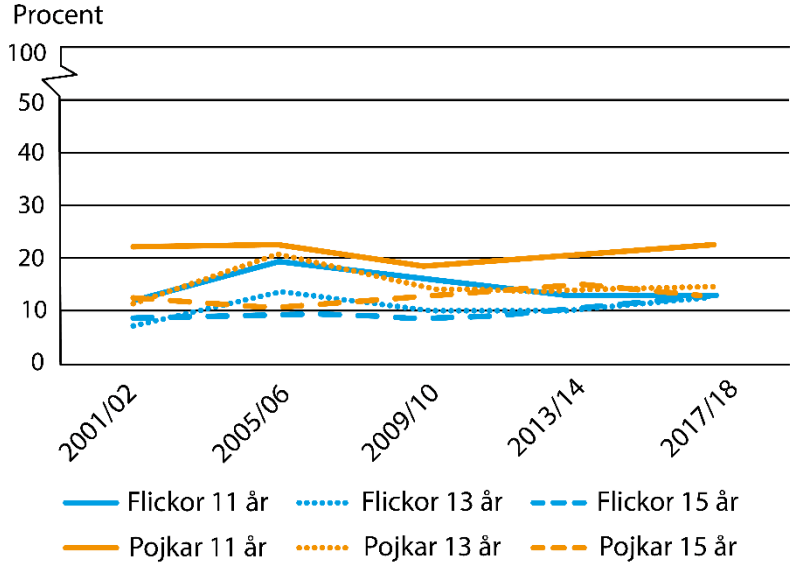
Fysisk aktivitet

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.*

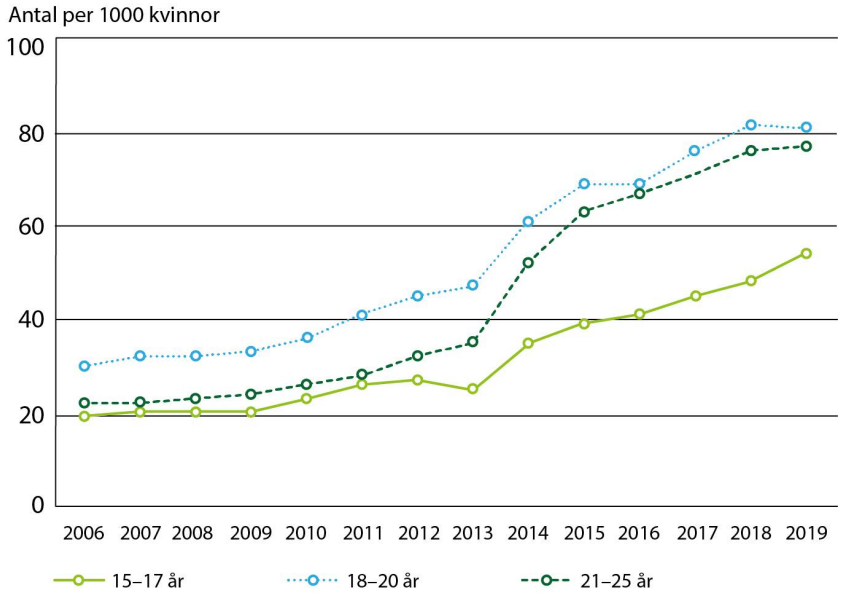
Sexuell hälsa

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.

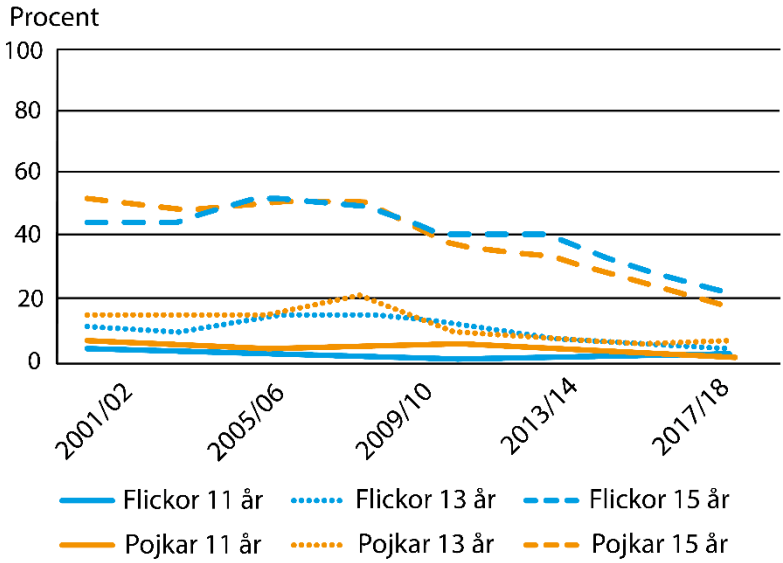
Alkoholkonsumtion

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*.

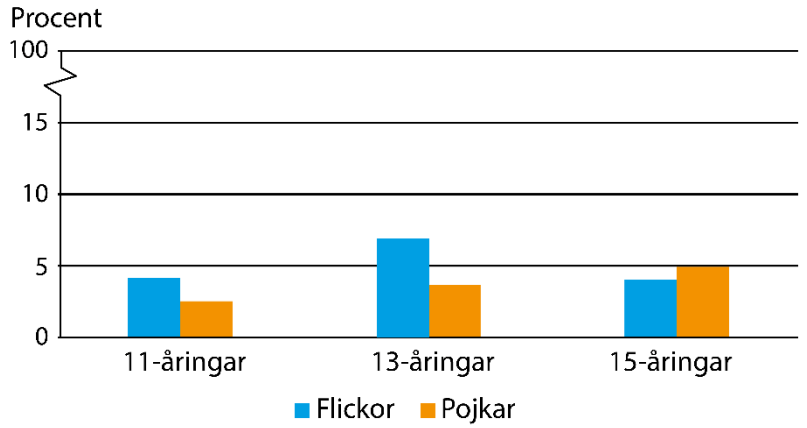
Det finns flera samband mellan sämre psykiskt välbefinnande och mer omfattande medieanvändning, men sambanden är ofta svaga och det finns ännu inget klart svar om vad som är orsak och verkan, eller vilka andra mekanismer som är inblandade.[65] En del forskning pekar på att användning av sociala medier 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**



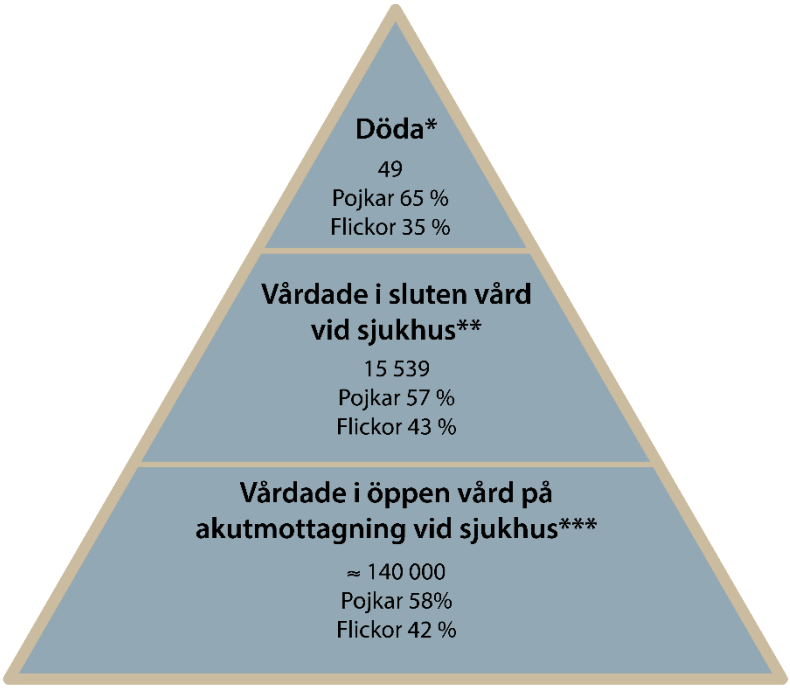
* Till exempel att någon skickat elaka chattmeddelanden eller sms till dem, gjort elaka inlägg, skapat en webbsida som förlöjligar dem, lagt upp pinsamma eller olämpliga bilder på dem på nätet eller skickat sådana bilder till andra utan deras tillåtelse.
Källa: Folkhälsomyndigheten Skolbarns hälsovanor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

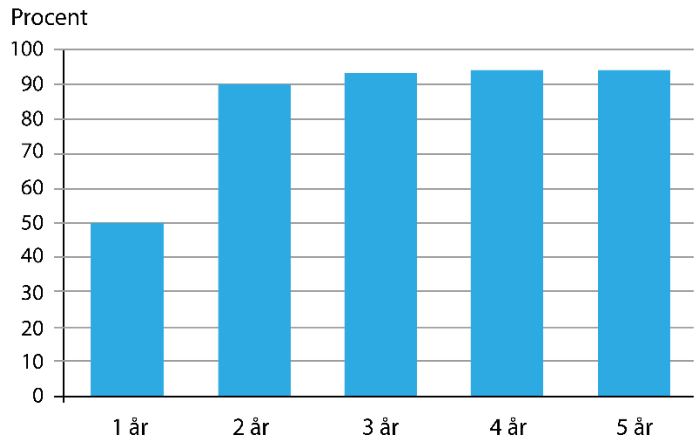
De första åren i ett barns liv har avgörande betydelse för livslång psykisk hälsa och välbefinnande.[82]Hos yngre barn är psykisk och somatisk hälsa väl förbundna med varandra och inte enkla att skilja åt. Psykisk ohälsa hos barn under de första levnadsåren tar sig andra uttryck än hos äldre barn eller 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.*

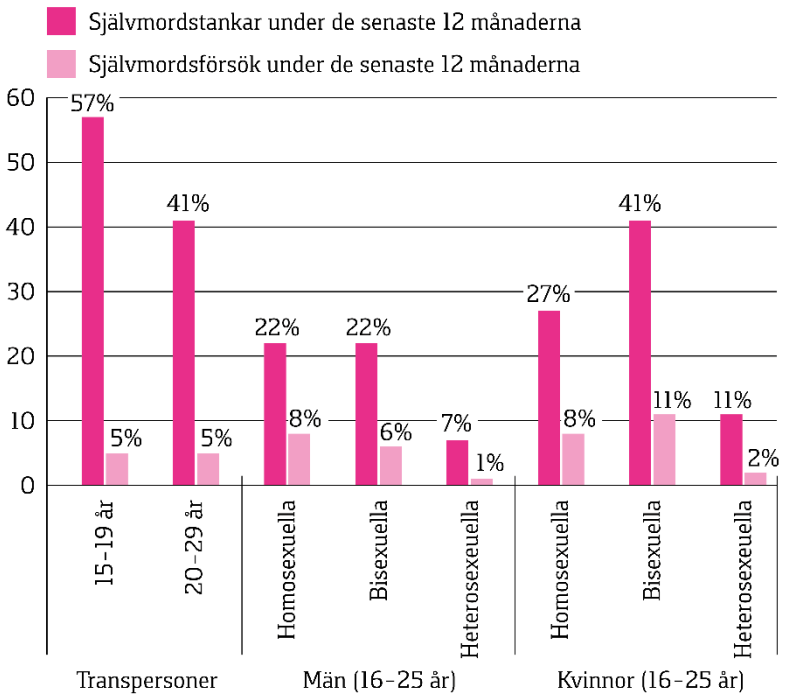
Hälsa bland unga hbtq-personer

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

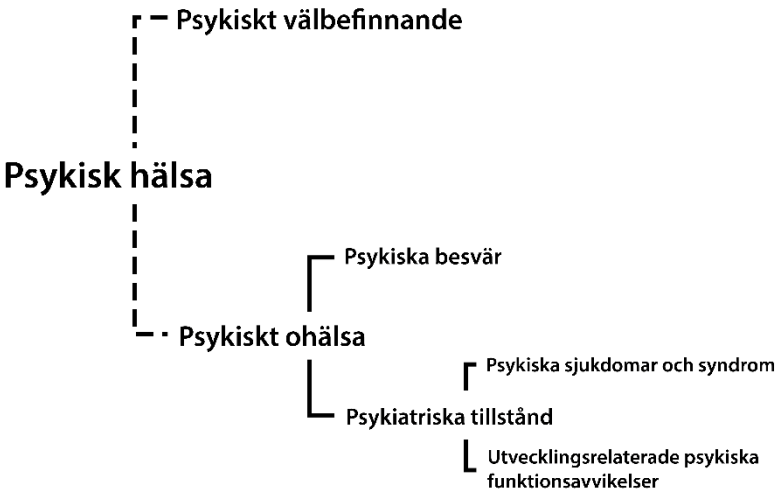
Psykisk hälsa definieras av WHO (World Health Organisation) som ”ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle hen lever i”.

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]

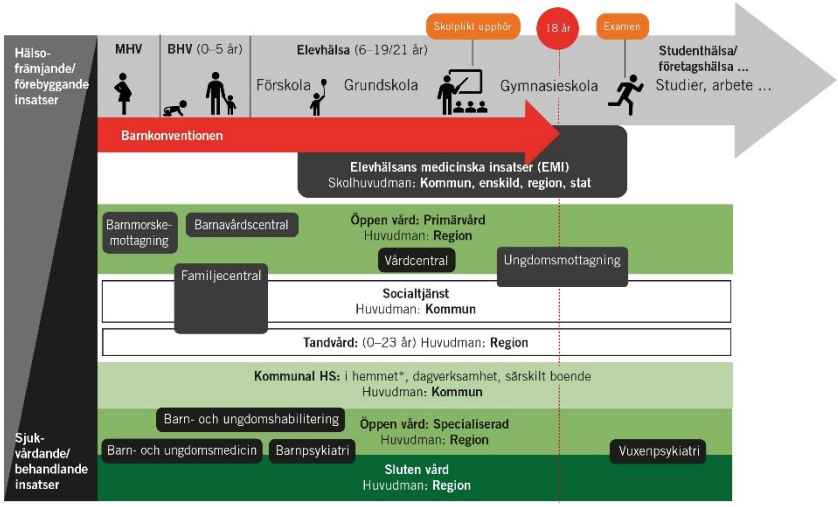
4.4 Barn- och ungdomshälsovården

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 närliggande 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,

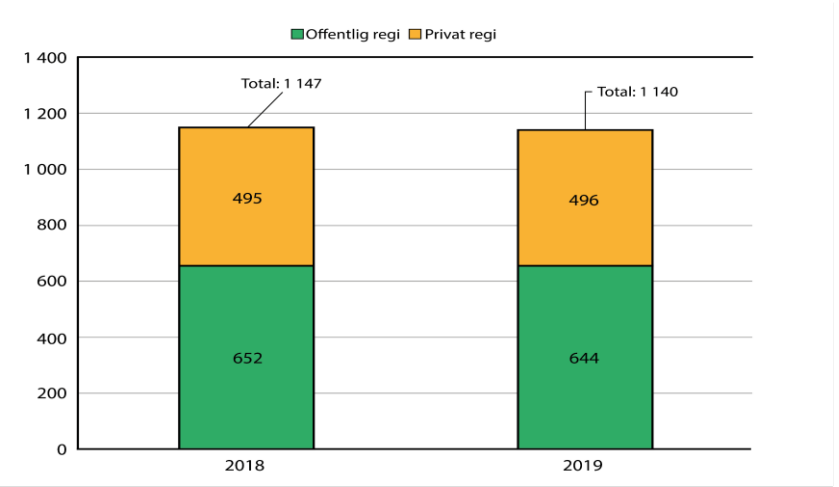
- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter,
- läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård,
- medverkan i regionens smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.[214]

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 framå*t.
[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 elevernas 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, *Om 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 elevernas 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.