8 Konsekvensanalyser av utredningens förslag

Nedan redovisas kostnadsberäkningar och andra konsekvenser av utredningens förslag i enlighet med 14–15 §§ kommittéförordningen (1998:1447) och utredningens direktiv (dir 2019:93).

8.1 Utredningens uppdrag och problembeskrivning

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

Bakgrunden till uppdraget är problem med en fragmentiserad hälso- och sjukvård utan tillräcklig koordinering på nationell nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda. Fragmentiseringen är särskilt tydlig på primärvårdsnivå där det förekommer en rad olika huvudmän och vårdverksamheter som ansvarar för hälsouppföljning och vårdinsatser för barn och unga under olika delar av uppväxttiden. Till dessa verksamheter hör ett antal primärvårdsaktörer med regionen som huvudman, mödrahälsovården, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna samt elevhälsans medicinska insatser som tillhandahålls i skolor ofta i skolhuvudmännen regi. För barn och unga med psykisk ohälsa tillkommer dessutom ett antal första linjeverksamheter som är organiserade på olika sätt i landet. Det finns stora brister i likvärdigheten, inte minst gäller det förutsättningarna för elevhälsans medicinska insatser att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet. Hälsouppföljningen av barn och unga är inte heller sammanhållen och insatser skiljer sig åt både mellan vårdverksamheter och över tid under barns

och ungas uppväxt. Det finns brister när det gäller tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser, särskilt för barn och unga i skolåldern. Skolans elevhälsa har alltmer utvecklats mot att hantera skolsvårigheter och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Barn och unga kan dock behöva hälsofrämjande och förebyggande insatser oavsett sina skolresultat. Inte heller barn och unga som vare sig arbetar eller studerar efter fullgjord skolplikt tas om hand naturligt i systemet. Det finns också brister i samverkan mellan vårdverksamheterna, både inom de verksamheter som i första hand tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser, dvs. primärvårdens aktörer och elevhälsans medicinska insatser och mellan dessa aktörer och den övriga hälso- och sjukvården som huvudsakligen bistår med vård och behandling. Bristande samverkan leder till att barns och ungas vårdinsatser inte samordnas i tillräckligt hög grad och att barn bollas mellan olika vårdverksamheter, för mer information se Problembilden, kap. 5.

För att komma tillrätta med problemen med fragmentisering och tillgången till hälsofrämjande förebyggande insatser har utredningen utrett flera alternativa möjligheter. I enlighet med direktivet har lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för de aktuella vårdverksamheterna prövats. Utredningen har dock bedömt att det inte finns tillräckliga förutsättningar för ett sådant samlat huvudmannaskap. Utredningen har även prövat förutsättningarna för en sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman men även när det gäller detta bedömt att tiden inte är mogen för en sådan förändring, se Förslag och bedömningar, kap. 6.

För att öka förutsättningarna för en mer sammanhållen vård och likvärdig tillgång till de verksamheter som erbjuder hälsofrämjande och förebyggande insatser har utredningen även övervägt möjligheten att lagreglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Elevhälsans medicinska insatser är redan reglerad i skollagen. Utredningen har dock gjort bedömningen att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. Den befintliga strukturen och organisationen av hela hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen medför att det inte är ändamålsenligt att reglera vissa hälso- och sjukvårdsverksamheter men inte andra. Detta skulle vara oproportionerligt i förhållande till den kommunala självstyrelsen. Därutöver bedömer ut-

redningen att en sådan lagreglering inte är ändamålsenlig i förhållande till utredningens uppdrag att skapa en mer sammanhållen vård eftersom en lagreglering av verksamheterna inte nödvändigtvis leder till ökad samverkan eller samordning av vårdinsatser för barn och unga. Den leder inte heller till ökad tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga.

Utredningen bedömer att det i stället är centralt att säkra tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga under hela uppväxttiden samt samordning och koordinering av det sådana insatser på nationell nivå. Dessutom bedömer utredningen att det behövs ytterligare åtgärder för att stärka samverkan mellan de aktuella vårdverksamheterna och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

Utredningen föreslår följande:

- Ett förtydligande i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa.
- Ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.
- Uppdrag till Socialstyrelsen att i samråd med flera myndigheter och organisationer utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga
- Uppdrag till Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa.
- Ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga ska samverka med huvudmän inom skolväsendet.
- Ett krav i lag på att en fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Samtliga förslag utvecklas i mer detalj i Förslag och bedömningar kap 6. Även när det gäller dessa har utredningen övervägt olika tillvägagångssätt. Dessa redogörs för under respektive förslag.

8.2 Konsekvenser för barn och unga

Bedömning: Utredningens förslag får i huvudsak positiva konsekvenser för barn. Barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks.

8.2.1 Barnkonsekvensanalys

Skälen för utredningens bedömning: Sedan 1 januari 2020 gäller lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som svensk lag. Rättigheterna i lagen bygger på de mänskliga rättigheterna och ska tillförsäkra barn medborgerliga, politiska, ekonomiska och sociala rättigheter men också rättigheter som ger barnet särskilt skydd mot våld, övergrepp och olika former av utnyttjande. Av utredningens direktiv framgår att barnrättsperspektivet och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och att konsekvenser för barn och unga särskilt ska belysas. Att anlägga ett barnrättsperspektiv i frågor som berör barn innebär att ha barnkonventionen som utgångspunkt. I det ingår att belysa en fråga utifrån alla de rättigheter varje barn har i konventionen och hur dessa har tolkats av FN:s barnrättskommitté i dess rekommendationer och allmänna kommentarer. För att säkerställa ett barnrättsperspektiv har utredningen låtit barnkonventionens fyra grundprinciper genomsyra arbetet, såväl i genomförande som i de förslag och bedömningar som utredningen lägger fram. De fyra grundprinciperna är artikel 2 om lika rättigheter och icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa, artikel 6 om rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande. För utredningen har även artikel 24 om barns rätt till hälsa och sjukvård varit vägledande i arbetet (se även Gällande rätt, kap. 3).

Inledningsvis har utredningen sammanställt och analyserat de problem som finns med barn- och ungdomshälsovården utifrån ett

barn- och ungdomsperspektiv, (se även Problembilden kap. 5 och Bakgrund och nuläge, kap. 4 om barns hälsa). Utredningen har också i enlighet med barnkonventionens artiklar 3 om barnets bästa och 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande, låtit barn komma tilltals både om problemen i barn- och ungdomshälsovården och om potentiella förslag till lösningar på problemen (se vidare Utredningens uppdrag, genomförande och utgångspunkter, kap. 2). Med utgångspunkt från problembilden och synpunkter från företrädare för bland annat barn och även utifrån vad barn och unga själva har berättat har utredningen utformat ett antal förslag och bedömningar. Här redogörs kortfattat för hur barns rättigheter enligt barnkonventionen säkerställs genom de förslag utredningen lägger fram. I Förslag och bedömningar kap. 6 finns mer utvecklade resonemang.

Utredningen lägger fram flera förslag och bedömningar som sammantaget ska leda till en mer sammanhållen och likvärdig god och nära vård för barn. Utredningen bedömer att det är en viktig förutsättning för att barn ska få sina rättigheter när det gäller hälso- och sjukvård tillgodosedda. Det gäller förslagen att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och bemyndigandet att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Det gäller även förslaget att ett nationellt hälsovårdsprogram ska utformas för hälsofrämjande och förebyggande insatser under barns och ungas hela uppväxttid. Förslagen innebär att alla barn ska få insatser som främjar deras hälsa och att barn vid behov ska få fördjupade insatser av en eller flera vårdverksamheter. En central del av förslagen gäller föräldraskapsstöd till vårdnadshavare. Det gynnar särskilt barn i utsatta situationer av olika slag. Ett viktigt syfte med förslagen är att säkra barns rätt till hälsofrämjande och förebyggande insatser under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Det handlar också om att säkra barns rätt till insatser som är anpassade efter deras behov och förutsättningar oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Dessutom ska utredningens förslag och bedömningar ge barn ökade möjligheter till delaktighet i vård- och behandlingssituationen. Förslagen och bedömningarna innebär därmed bättre förutsättningar för en jämlik hälsa för barn och är särskilt gynnsamt

för barn som inte alltid får sina behov av hälsofrämjande och sjukvårdande insatser tillräckligt tillgodosedda i vården i dag. Det gäller till exempel späda barn, barn med psykisk ohälsa och barn med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet och hbtq-personer under 18 år. I FN:s barnrättskommittés kommentar till artikel 24 framgår att staterna bör prioritera barns rätt till primärhälsovård och att effektiva hälsovårdssystem bör utformas med bland annat en robust finansiering och välutbildad personal. Utredningen bedömer att förslagen därmed ligger väl i linje med intentionerna i artikel 24. Även artikel 2 om lika rättigheter och icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa och artikel 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande tillgodoses med dessa förslag. Utredningens förslag om ett uppdrag till SBU att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa kommer också att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och bidra till att barn får mer effektiva insatser.

Utredningen lägger vidare fram flera förslag och bedömningar som ska bidra till bättre samverkan mellan berörda vårdenheter och till bättre samordning av barns vårdinsatser. Utredningen föreslår att regionen ska samverka med huvudmännen inom skolväsendet i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn. Utredningen bedömer att samverkan mellan regionen och skolhuvudmännen är särskilt angelägen för att få till stånd ett robust hälsovårdssystem som kan ge tidiga och samordnade insatser till barn i enlighet med barnkonventionens artikel 24 och artikel 6. Det är en förutsättning för att barn ska kunna utveckla en god hälsa och förebygga en allvarligare utveckling i ett senare skede. Utredningen föreslår också att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Stöd med samordning och koordination är särskilt angeläget för barn med funktionsnedsättning, samsjuklighet eller andra långvariga eller stora behov, men även i andra situationer kan det vara angeläget. Utredningens förslag innebär att hälso- och sjukvården har ansvar att utse en fast vårdkontakt när det kan antas vara nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det ska inte bero på om barnet eller

dess familj begär att få en sådan vårdkontakt. Dessutom bedömer utredningen att regionen även bör stärka sin samverkan med tandvården och med socialtjänsten i planeringen och organiseringen av vården för att skapa förutsättningar för ett helhetsperspektiv på barns hälsa och utveckling. Utredningen bedömer också att det bör tas fram riktlinjer som ska säkra kontinuitet i vården och en tryggare övergång mellan hälso- och sjukvården för barn och hälso- och sjukvården för vuxna. Utredningens förslag och bedömningar i denna del ligger väl i linje med barnkonventionens artiklar 6 som bland annat handlar om skyldigheten för samhällets aktörer att samverka för att tillgodose barns behov med utgångspunkt från ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa och utveckling.

För att ytterligare stärka att barnrättsperspektivet beaktas bedömer utredningen att regioner systematiskt bör arbeta med utgångspunkt från barnets rättigheter när regionen planerar och organiserar hälso- och sjukvården. Barns möjlighet att komma till tals och vara delaktiga vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården behöver säkerställas på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, såväl i utformningen av vården på en övergripande nivå som i barns individuella vårdmöten. Utredningens bedömningar i denna del syftar till att säkra barnets bästa och barnets rätt till inflytande och delaktighet i enlighet med barnkonventionens artiklar 3 och 12.

Utredningen presenterar sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn med psykisk ohälsa. Stegen visar hur hela hälso- och sjukvården för barn behöver utvecklas, liksom samverkan och samordning av insatser med andra aktörer för barn och vårdnadshavare som förskola, skola och socialtjänst. Syftet med stegen är att skapa en hälso- och sjukvård som kan tillgodose behov av vård och omsorg hos barn med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd på alla vårdnivåer i systemet. Även dessa steg syftar till att skapa ett robust hälso- och sjukvårdssystem och samverkan mellan centrala aktörer i enlighet med artikel 24 och artikel 6. Det gynnar särskilt barn med långvariga och stora behov.

Sammantaget bidrar utredningens samtliga förslag och bedömningar till att säkerställa barnets rättigheter enligt barnkonventionen när det gäller tillgången till en god och nära vård för barn. Förslagen och bedömningarna innebär att barn tillförsäkras hälsofrämjande

och förebyggande insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Dessutom innebär förslagen och bedömningarna att barn med vårdbehov fångas upp i ett tidigt skede så att en allvarligare utveckling kan förhindras. Förslagen och bedömningarna innebär vidare en tydligare och mer enhetlig hälso- och sjukvårdsorganisation för barn med psykisk ohälsa där barn med psykisk hälsa får hjälp snabbare på den mest effektiva vårdnivån.

Utredningen bedömer att de förslag och bedömningar som läggs fram kommer att bidra till en bättre hälsa hos befolkningen i stort. Förslagen och bedömningarna kommer också att leda till en mer effektiv hälso- och sjukvård med ett minskat inflöde när kroniska eller andra långvariga sjukdomar kan förebyggas i ett tidigt skede. Det kommer i sin tur att leda till lägre sjukskrivningstal i befolkningen och bättre förutsättningar för vuxna att verka på arbetsmarknaden. Utredningen bedömer därmed att det inte finns några särskilda intressekonflikter mellan barn och andra grupper i samhället när det gäller utredningens förslag som särskilt tar sikte på att utveckla hälso- och sjukvård för barn. Barn är också en särskilt skyddsvärd grupp som inte alltid ges förutsättningar att framföra sina åsikter och föra sin egen talan på samma sätt som vuxna. Det finns därför särskild anledning att utveckla hälso- och sjukvården för att den ska tillgodose barns behov oavsett barns egen förmåga att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet.

Utredningen kommer att återkomma till förutsättningarna för att följa upp utredningens förslag och bedömningar ur ett barnrättsperspektiv i slutbetänkandet.

8.2.2 Konsekvenser för unga personer över 18 år

Bedömning: Utredningens förslag får positiva effekter för unga personer över 18 år. Tillgång till hälsofrämjande insatser stärks.

Skälen för utredningens bedömning: Personer över 18 år är inte barn i barnkonventionens mening, men de fördelar av utredningens förslag som beskrivs ovan gagnar även unga personer över 18 år. Utredningens förslag om en tydligare styrning av den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten och ett utvecklat hälsoprogram är särskilt viktigt för unga som varken arbetar eller studerar och därför

inte nås av den hälsouppföljning som sker i skolan. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska nå alla barn och unga oavsett var de bor, går i skolan eller val av vårdgivare och anpassas efter barn och ungas behov och förutsättningar. Utredningen bedömer också att förslagen innebär att unga personer över 18 år kommer att få bättre tillgång till de insatser som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan, då detta område lyfts fram i förslagen. I dag nås inte alla unga personer av sådan verksamhet som ges inom ramen för ungdomsmottagningarna. Det gäller till exempel unga män, unga med funktionsnedsättning, unga nyanlända med flera grupper.

Utredningen bedömer att förslaget om att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, kommer att få positiva effekter för unga personer över 18 år som finns i hälso- och sjukvården. Den fasta vårdkontakten ska bland annat tillse att övergången mellan barn- och vuxensjukvården underlättas. I dag finns utmaningar med kontinuiteten vid sådan övergång till vuxensjukvården.

8.3 Samhällsekonomiska konsekvenser

Bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för samhällsekonomin. Förslagen bidrar till att en långsiktigt hållbar fysisk, psykisk och social hälsa i befolkningen och därmed en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen sammantaget bidrar till en mer resurseffektiv hälso- och sjukvård som i ett tidigt skede kan förebygga barns och ungas ohälsa och sjukdomar. Detta leder till positiva effekter för den enskilda individen i form av minskat lidande men även för hälso- och sjukvården i form av ökad effektivitet och ett minskat inflöde. Förslagen bidrar också sammantaget till en ökad tydlighet när det gäller hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete som inkluderar såväl hälsofrämjande som förebyggande insatser som riktas till barn och unga. En mer effektiv och sammanhållen hälsouppföljning skapar förutsättningar för att identifiera behov hos barn och unga och initiera insatser i ett tidigt skede för att förebygga kroniska eller långvariga

sjukdomar och tillstånd. I dag har cirka 44 procent av Sveriges befolkning inklusive var femte person under 20 år minst en kronisk sjukdom och cirka 80–85 procent av vårdens kostnader kan kopplas till vården av personer med kroniska sjukdomar. Samtidigt visar forskning att det går att förebygga många kroniska sjukdomar och allvarliga tillstånd, inte minst med hälsosamma levnadsvanor. Tidiga och samordnade hälsofrämjande insatser för barn och unga är därför en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och sociala hälsa och välbefinnande för den enskilde samt en socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. För ytterligare samhällsekonomiska bedömningar, se avsnitt Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag 8.13.

Utredningen bedömer vidare att förslagen inte kommer att få några särskilda konsekvenser för vårdverksamheter beroende på var i landet de befinner sig. Förslagen innebär i huvudsak ett förtydligande av befintlig lag och därmed har vårdverksamheterna ansvar för att erbjuda sådan verksamhet redan i dag. Det bör kunna underlätta för vårdgivare att utforma sin verksamhet så att den möter lagens intentioner när det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser och när det gäller samverkan och samordning av vårdinsatser.

I dag finns olikheter i landet när det gäller förutsättningen att rekrytera personal och erforderlig kompetens vilket får konsekvenser för förutsättningarna att tillhandhålla insatser. Utredningens förslag och bedömningar förväntas få positiva effekter på kompetensförsörjningen och förutsättningarna att samutnyttja resurser för en mer effektiv vård. Det gäller till exempel utredningens bedömningar inom området psykisk hälsa och utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård som kan stödja primärvården och elevhälsan. Det gäller även utvecklingen av digitala och andra vårdprocesser och arbetsmetoder som kan effektivisera och underlätta arbetet. Dessutom gäller det regionernas långsiktiga arbete med kompetensförsörjningen inom primärvården. Den pågående omställningsprocessen till en god och nära vård är en central förutsättning för detta. Mer information om det finns i avsnitt om psykisk hälsa Förslag och bedömningar kap. 6.

8.3.1 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Bedömning: Förslagen får vissa ekonomiska och andra konsekvenser för staten. Det gäller till exempel kostnader för uppdrag till statliga myndigheter.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen får vissa ekonomiska och andra konsekvenser för staten. Det gäller i första hand uppdrag till statliga myndigheter. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram föreskrifter om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården i enlighet med det bemyndigande som utredningen föreslår. Utredningen föreslår också att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga i nära samarbete med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Uppdraget är omfattande och kommer att involvera många olika aktörer såsom huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, patient- och professionsorganisationer. Utredningen föreslår vidare att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga avseende fysisk och psykisk hälsa. Kostnader för dessa uppdrag redovisas nedan under Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag avsnitt 8.13.

Utredningen bedömer att förslagen också kan få vissa effekter för tillsynen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det gäller särskilt utredningens förslag att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa i hälso- och sjukvårdslagen och att föreskrifter tas fram för att precisera vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska innehålla. Utredningen bedömer att en sådan precisering av lagstiftningen bör kunna bidra till att tillsynen kan granska verksamheten på ett mer ändamålsenligt sätt. Det gäller även förslaget att vårdens ansvar för att utse en fast vårdkontakt för barn och unga skärps. Förslaget tydliggör vårdens ansvar för att utse en fast vårdkontakt och därmed också tillsynens möjligheter att följa upp att så sker.

Utredningen bedömer därutöver att den föreslagna föreskriften potentiellt kan komma att påverka det kommunala självstyret om

det bedöms att innehållet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver styras på ett mer ingripande sätt än vad som redan framgår av gällande rätt. Föreskriften kan därmed komma att innebära vissa tillkommande kostnader för staten. Det är dock inte möjligt för utredningen att i dag närmare bedöma den eventuella påverkan på det kommunala självstyret. Utredningen bedömer ändå att de värden som en nationell reglering av främjande och förebyggande arbete syftar till, till exempel att värna likvärdigheten, är av sådan vikt att viss eventuell påverkan av den kommunala självstyrelsen kan motiveras.

8.3.2 Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner

Bedömning: Förslagen bidrar till att tydliggöra regionernas ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete och samverkan. Inledningsvis får regionerna vissa kostnader i samband med implementering av förslagen. På längre sikt bedömer utredningen att intäkterna är större än kostnaderna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar innebär i huvudsak en precisering av uppdrag som redan ingår i huvudmännens ansvar att tillhandahålla. Det gäller både förslag som tar sikte på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården och förslag som tar sikte på samverkan och samordning av vårdinsatser. Ekonomiska konsekvenser för regionerna redovisas nedan i avsnitt 8.13.

Förslaget om att det hälsofrämjande arbetet ska tydliggöras i hälso- och sjukvårdslag och förslaget att det ska tas fram föreskrifter som preciserar det hälsofrämjande och förebyggande arbetet kommer att leda till en ökad tydlighet om lagstiftningens intentioner. Det förväntas bidra till att regionerna kan erbjuda en mer likvärdig och jämlik vård.

Förslaget att tillhandahålla fast vårdkontakt innebär en viss ambitionshöjning i förhållande till nuvarande reglering, eftersom det innebär att fast vårdkontakt ska utses för personer under 21 år i något större utsträckning än vad 6 kap. 2 § patientlagen kräver i dag. Det föreslagna kravet ska dock endast gälla i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, vilket

innebär att de ökade kostnaderna endast uppstår i sådana verksamheter. Förslaget kan komma att innebära en viss utökad administration för att uppdatera rutiner och riktlinjer för fast vårdkontakt. Utredningen bedömer dock att förslaget inte är kostnadsdrivande eftersom regionerna redan i dag ska ha en förberedelse för att tillhandahålla fast vårdkontakt till alla barn och unga som har en sådant behov.

Förslaget om ett förtydligande i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga ska samverka med huvudmän inom skolväsendet innebär en viss ambitionshöjning i förhållande till gällande rätt. Förslaget leder till bättre förutsättningar för samverkan med samtliga skolhuvudmän, även de enskilda huvudmännen. Detta förväntas bidra till att samordningen av vårdinsatser mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt kommer att förbättras. Samverkan mellan skolan och hälso- och sjukvården är en grundläggande förutsättning för en mer sammanhållen vård för barn och unga.

8.3.3 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Bedömning: Förslagen bidrar till att tydliggöra kommunernas ansvar för hälsofrämjande och förebyggande arbete och samverkan. Inledningsvis får kommunerna vissa kostnader i samband med implementering av förslagen. På längre sikt bedömer utredningen att intäkterna är större än kostnaderna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att kommunen i första hand berörs av förslagen som huvudman för de kommunala skolorna. Ekonomiska konsekvenser för kommunen redovisas nedan i avsnitt 8.13.

Förslagen som förtydligar hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete och det nationella hälsovårdsprogrammet får konsekvenser för verksamheten inom elevhälsans medicinska insatser i de kommunala skolorna. Förslagen avser att tydliggöra vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär och vad barn och unga kan förvänta sig av den hälsouppföljning som bland annat sker i skolan. Förslagen bidrar till en

precisering av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i de aktuella vårdverksamheterna. Det förväntas underlätta elevhälsans medicinska insatsers hälsofrämjande och förebyggande verksamhet. Det förväntas också ha en positiv effekt på likvärdigheten i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som sker i skolan. Förslaget innebär ingen ambitionshöjning i förhållande till lagens intentioner men kan få vissa konsekvenser för de kommunala skolorna om den verksamhet som bedrivs i dag inte uppfyller lagens intentioner.

Förslaget att regionen ska samverka med skolhuvudmän vid planeringen och organiseringen underlättar förutsättningarna för samverkan och samordning av vårdinsatser mellan hälso- och sjukvården och skolan. Det förväntas bidra till bättre samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt, särskilt primärvården och barn- och ungdomspsykiatrin.

8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Förslagen har viss påverkan på det kommunala självstyret. De är dock proportionerliga i förhållande till sitt syfte eftersom de leder till en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv vård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer sammanfattningsvis att utredningens förslag inte inskränker den kommunala självstyrelsen. I den mån förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen bedömer utredningen att de är proportionerliga i förhållande till förslagens syfte att skapa en mer sammanhållen, likvärdig och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga. Det gäller förslagen om ett förtydligande av det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvårdslagen och bemyndigandet att ta fram föreskrifter samt förslaget att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Syftet med dessa förslag är att modernisera lagen med det hälsofrämjande perspektivet och förtydliga och precisera innehållet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för att skapa förutsättningar för en mer likvärdig vård snarare än att höja ambitionsnivån i förhållandet till hälso- och sjukvårdslagens ursprungliga intentioner.

Förslaget om att regionen ska samverka med huvudmännen inom skolväsendet avser att förtydliga att regionens ansvar att planera och organisera sin hälso- och sjukvård i samverkan med andra berörda vårdverksamheter, med flera aktörer. Förslaget förväntas leda till en mer effektiv samverkansstruktur mellan hälso- och sjukvården och skolan. Det skapar förutsättningar för en mer sammanhållen vård för barn och unga och att deras vårdbehov tillgodoses på ett mer likvärdigt och effektivt sätt. Förslaget kan medföra vissa förändrade arbetssätt i den mån det inte redan finns upparbetade strukturer för att samverka med skolhuvudmännen, men anses vara proportionerligt i förhållande till förväntat resultat och förenligt med barnkonventionens artikel 12.

Förslaget att en fast vårdkontakt alltid ska utses för barn och unga i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman, om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, innebär delvis nya arbetsuppgifter för regioner. Förslaget innebär ett något utökat ansvar för att utse en fast vårdkontakt för barn och unga. Utredningen bedömer att förslaget är nödvändigt för att skapa förutsättningar för samordning av barns och ungas vårdinsatser och att förslaget därför är proportionerligt i förhållande till den kommunala självstyrelsen. Det är inte rimligt att barn och unga själva ska ansvara för att känna till eller be om en fast vårdkontakt eller vara helt beroende av vårdnadshavares eller anhörigas förutsättningar att bidra till samordningen eller be om en fast vårdkontakt.

8.5 Konsekvenser för vårdens professioner

Bedömning: Förslagen medför i huvudsak positiva konsekvenser för professionen. Det handlar i första hand om en ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar.

Skälen till utredningens bedömning: Utredningens samlade förslag och bedömningar medför i huvudsak positiva konsekvenser för professionella inom hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar i form av ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar. En ökad tydlighet i uppdrag och förutsättningar förväntas också bidra till en bättre arbetsmiljö för berörda professionella.

Ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa, ett bemyndigande att ta fram föreskrifter och det nationella hälsovårdsprogrammet som preciserar vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär, kommer att bidra till ett mer sammanhållet system med gemensamma utgångspunkter för de verksamheter som tillhandahåller hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Det förväntas också utgöra ett stöd för de professionella i det dagliga arbetet och bidra till bättre förutsättningar att samverkan mellan professionella inom barn- och ungdomshälsovården. Dessutom förväntas förslagen bidra till tydligare grundförutsättningar för de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården och långsiktigt säkra tillgången till sådan verksamhet.

Flera av utredningens förslag skapar bättre förutsättningar för samverkan på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Det gäller förslaget om att regionen ska samverka med huvudmän för skolväsendet i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården till barn och unga. Förslaget förväntas förtydliga kraven på samverkan och underlätta de professionellas förutsättningar i det dagliga arbetet. I det fragmentiserade system som utgör barn- och ungdomshälsovården är bättre förutsättningar för samverkan centralt och grundläggande för samordningen av insatser som riktas till barn och unga. Behovet av att förtydliga krav på samverkan har också betonats av de professionella inom de berörda verksamheterna. Även förslaget att en fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år i sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov, skapar en tydlighet för de professionella när det gäller förutsättningar för samverkan och samordning av vårdinsatser. Förslaget att om tydlig information om bestämmelsen om fast vårdkontakt ska riktas till skolverksamheter i deras roll som vårdgivare kommer också att underlätta samverkan mellan professionella inom elevhälsans medicinska delar och hälso- och sjukvården i övrigt.

Genom utredningens förslag om fast vårdkontakt kan en ökad kontinuitet uppnås. Detta innebär inte enbart fördelar för barnen och de unga, utan förmodas också bidra till bättre mer långsiktiga relationer med patienter och därmed till en god arbetsmiljö.

8.6 Konsekvenser för företagen

Bedömning: Utredningens förslag får inga särskilda effekter för företagen. Ekonomiska effekter för företagen beror på hur kommuner och regioner anpassar sina ersättningssystem i förhållande till kostnader för utredningens förslag.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag påverkar företag inom hälso- och sjukvårds- och utbildningssektorerna på motsvarande sätt som det påverkar vårdverksamheter inom region och kommun. Förslagen innebär inga förändringar när det gäller konkurrensförhållanden eller villkor i övrigt mellan regionala, kommunala och enskilda vårdverksamheter. Utredningen bedömer att förslagen i huvudsak bidrar till att förtydliga huvudmännens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det gäller särskilt förslagen att lyfta fram det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvårdslagen och det nationella hälsovårdsprogrammet. Det gäller även förslaget om regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän och förslaget om att fast vårdkontakt alltid ska utses för personer under 21 år om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Förslaget att regionen ska samverka med skolhuvudmän vid organiseringen och planeringen av hälso- och sjukvård för barn förväntas få positiva effekter för samverkansskyldigheten mellan regionen och skolhuvudmännen.

Utredningen bedömer att förslagen kan medföra vissa kostnader för företagen. Eventuella kostnader som uppstår för företagen med anledning av dessa förslag regleras dock mellan regionen och kommunen och företagen i enlighet med gällande rätt. Ekonomiska konsekvenser för företag redovisas nedan i avsnitt 8.13

2018 fanns det cirka 15 400 vårdföretag inom hälso- och sjukvårdssektorn.[1] Av dessa tillhandahöll 3 271 företag olika former av primärvård, specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård.[2]

Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regionen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården

[1] Vårdföretagarna Almega (2020) *Privat vårdfakta 2020 – Fakta och statistik om den privat drivan vård- och omsorgsbranschen.*
[2] Uppgift från SCB, uttag 2021-04-12.

tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionen styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Inom utbildningssektorn finns enligt Skolverkets statistik 788 skolföretag. Av dessa är 583 skolhuvudmän som ansvarar för 852 grundskolenheter och 205 skolhuvudmän som ansvarar för 451 gymnasieskoleenheter. En mycket klar majoritet ansvarar för en skolenhet. Skolhuvudmännen ansvarar för att utbildningen genomförs i enlighet med bestämmelserna i skollagen, föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och de bestämmelser för utbildningen som kan finnas i andra författningar, enligt 2 kap. 8 § skollagen. Skolhuvudmannen ska vidare utse en skolchef som ska biträda huvudmannen med att se till att föreskrifter som gäller för utbildningen följs i huvudmannens verksamhet inom skolväsendet, enligt 2 kap. 8 a § skollagen. I detta ingår bland annat att tillhandahålla elevhälsa för eleverna i de obligatoriska skolformerna och gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. För elevhälsans medicinska insatser ska det finnas tillgång till skolläkare och skolsköterska, enligt 2 kap. 25 § skollagen.

Kommuner ska fördela resurser till utbildningen inom skolväsendet efter barnens och elevernas olika förutsättningar och behov, enligt 2 kap. 8 b § skollagen. Av 14 kap. 1 § skolförordningen (2011:185) framgår att ett bidrag till enskilda huvudmän ska fastställas per kalenderår och grunda sig på hemkommunens budget för det kommande budgetåret. Ersättning för elevhälsans medicinska insatser ska ingå i grundbeloppet, enligt 14 kap. 4 §.

8.7 Konsekvenser för sysselsättningen

Bedömning: Utredningens förslag har inga nämnvärda konsekvenser för sysselsättningen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen inte får några nämnvärda konsekvenser för sysselsättningen eftersom förslagen i huvudsak inte innebär några nya åtaganden för berörda vårdverksamheter. De förslag som läggs fram innebär snarare en precisering av uppdrag som vårdverksamheterna redan har i enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

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

Bedömning: Utredningens förslag bidrar till en mer jämlik vård för flickor och pojkar. De gynnar jämställdheten mellan könen och bidrar till att uppfylla de integrationspolitiska målen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att utredningens förslag och bedömningar som helhet bidrar till en mer jämlik och jämställd vård för flickor och unga kvinnor och pojkar och unga män och till att de integrationspolitiska målen uppnås. Det gäller särskilt förslaget om ett nationellt program för hälsouppföljning av barn och unga. Enligt programmet ska barn och unga få insatser med utgångspunkt från behov, förutsättningar och preferenser oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Insatserna ska också ges på lika villkor oavsett bakgrund, kön och könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, religion eller annan trosuppfattning och funktionsnedsättning, se även utredningens barnkonsekvensanalys-avsnitt 8.2.1. Utredningen bedömer att förslag och bedömningar i betänkandet leder till att stöd-, vård- och behandlingsinsatser i högre grad än i dag är anpassade efter barns och ungas behov och bidrar till ökad delaktighet. Det förväntas leda till positiva effekter för jämställdheten och att barn och unga i högre grad söker och får vård efter behov.

Utredningen bedömer att förslaget om hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att främja hälsa i hälso- och sjukvårdslagen kommer att få positiv effekt på hälsan i hela befolkningen, för både barn och vuxna. Sådana insatser kan ge den enskilda individen fler år med hälsa och livskvalitet, vilket i sin tur ger ett samhälle med en frisk befolkning. Det finns i dag ojämlikheter i hälsan i den vuxna befolkningen, bland annat på grund av socioekonomiska faktorer.[3] Ett systematiskt arbete med att främja hälsa kan därför få positiva konsekvenser för en jämlik vård och minskade hälsoklyftor även hos den vuxna befolkningen.

I dag domineras sjukdomsbilden av kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom, cancer, lungsjukdom, ledsjukdom och psykiska sjukdomar. Det finns omfattande kunskap om att dessa sjukdomar kan förebyggas med hälsosamma levnadsvanor. Effektiv prevention kan innebära stora besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället.[4] Detta gäller både för kvinnor och män.

Utredningen bedömer att ett familjecentrerat förhållningssätt till hälsa är nödvändigt för att kunna komma tillrätta med en ohälsosam livsstil hos både barn och vårdnadshavare. Föräldraskapsstöd är en central del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och en av de viktigaste insatserna samhället kan göra för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Vårdnadshavare har en unik möjlighet att främja barns hälsa och utveckling och relationen mellan barn och vårdnadshavare och föräldraförmågan har stor betydelse för barnets utveckling. Ett exempel på detta är att barn i stor utsträckning påverkas av sina föräldrars levnadsvanor. Föräldrars levnadsvanor är därmed avgörande för vilka attityder och vanor barnet självt utvecklar. Utredningen bedömer därför att förslaget får positiva konsekvenser för både kvinnor och män, flickor och pojkar.

Utredningen bedömer slutligen att förslagen kommer att få en positiv effekt för kvinnor och män i egenskap av vårdnadshavare. Det gäller särskilt förslag och bedömningar som gäller föräldraskapsstöd och förslag som leder till en bättre samordning av vårdinsatser för barn och unga. Ett bättre och mer kontinuerligt föräldraskapsstöd är en mycket viktig insats för en mer jämlik vård. Insatser

[3] Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*
[4] Ibid.

som stödjer samverkan kan avlasta vårdnadshavare som ofta får ta ett mycket stort ansvar för sådan samordning.

8.9 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Bedömning: Utredningens förslag har vissa positiva effekter på brottslighet och det brottsförebyggande arbetet. Utredningens förslag innebär att unga personer fångas upp tidigt och får ett samordnat stöd av centrala aktörer i samhället.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag och bedömningar kan innebära vissa positiva konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet på längre sikt. Förebyggande insatser inom, vård, skola och omsorg är en central faktor i det brottsförebyggande arbetet. Inte minst för att förhindra tidig rekrytering av barn och unga till kriminella gäng, en ökande trend i vissa regioner. Utredningens samlade förslag om en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga skapar förutsättningar för att i ett tidigt skede uppmärksamma behov och förebygga en allvarligare utveckling. Genom att erbjuda tidiga och samordnade insatser med utgångspunkt i barn och ungas behov minskar risken för allvarlig problematik och brottslighet i ett senare skede. I utredningens samlade förslag och bedömningar ingår även stöd i föräldraskapet vilket är en mycket viktig insats för att undvika ojämlikhet och negativa utfall för barn och unga. Föräldraskapsstöd, som en central och kontinuerlig del av det nationella hälsovårdsprogrammet, kan därför tänkas ha brottsförebyggande effekter. Konsekvenserna av utredningens förslag måste ses på längre sikt och beakta indirekta effekter över tid.

8.10 Konsekvenser för miljön

Bedömning: Utredningens förslag kan på sikt medföra vissa positiva effekter på miljön i form av minskade behov av hälso- och sjukvård och läkemedelsanvändning.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen på sikt kommer att medföra ett minskat behov av hälso- och sjukvård, främst genom ett ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Utredningen förmodar att detta kan ge minskad miljöpåverkan, både i form av minskad resursanvändning och genom minskad läkemedelsanvändning.

8.11 Konsekvenser för EU-rätten

Bedömning: Förslagen får inga konsekvenser för EU-rätten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Hälso- och sjukvård är en nationell behörighet, och det är medlemsstaterna som finansierar, förvaltar och organiserar sina hälso- och sjukvårdssystem. Utredningens förslag ligger inom hälso- och sjukvårdens område. De författningsändringar som föreslås gäller endast ändringar i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Utredningen bedömer vidare inte att förslagen berör Europeiska unionens inre marknad eller på annat sätt medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet.

8.12 Konsekvenser för den personliga integriteten

Bedömning: Utredningens författningsförslag innebär inga inskränkningar i skyddet för den personliga integriteten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har i sitt arbete genomgående beaktat integritetsaspekter. Skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet skyddas både av internationella regelverk och av nationell rätt. En övergripande beskrivning av centrala regelverk finns i Gällande rätt, kap. 3.

Utredningens sammantagna bedömning är att utredningens förslag inte innebär några inskränkningar i skyddet för den personliga integriteten. Utredningens förslag innebär inte några utökande möjligheter att överföra eller på annat sätt behandla personuppgifter eller några ändringar i gällande lagstiftning om sekretess eller tystnadsplikt. Förslagen innebär inte heller utökade möjligheter till kroppsliga ingrepp eller i övrigt att den personliga integriteten begränsas.

Utredningens förslag till bestämmelse om samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet handlar om samverkan på en övergripande organisatorisk nivå, där det bland annat kan ingå att samverka kring olika verksamheters processer och rutiner. Personuppgifter om enskilda barn och unga ska dock inte behandlas i sådan samverkan.

Förslaget om utökad skyldighet att utse en fast vårdkontakt för personer som inte fyllt 21 år förväntas leda till att något fler barn och unga får en fast vårdkontakt, som hjälper till med samordningen av hälso- och sjukvården. Utredningen framhåller i Förslag och bedömningar, kap. 6, vikten av delaktighet och respekt för den personliga integriteten i fråga om att utse en fast vårdkontakt. Utredningen har också övervägt att införa en reglering om att samtycke måste erhållas för att kunna utse en fast vårdkontakt, men bedömt att det att detta inte skulle vara ändamålsenligt. Att utse en fast vårdkontakt är en rent administrativ åtgärd. Däremot krävs samtycke för att utföra vårdinsatser för den enskilde och i den mån den fasta vårdkontakten behöver dela information om patienten ska det ske i enlighet med reglerna om sekretess och tystnadsplikt. Detta är inte något som förändras med utredningens förslag. Även den lagstiftning som rör

vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn förblir oförändrad.

Förslaget om samverkan mellan regionen och huvudmän för skolväsendet och förslaget om fast vårdkontakt syftar bland annat till att göra hälso- och sjukvården mer samordnad, främja kontakterna mellan patienten och hälso- och sjukvården och kan leda till att processer inom hälso- och sjukvården blir tydligare för patienten, vårdnadshavare och anhöriga. Det främjar enligt utredningen patientens förutsättningar till delaktighet i sin vård och att ta tillvara sina möjligheter och rättigheter, vilket bland annat är positivt ur ett integritetsperspektiv.

Förslaget om att förtydliga i lag att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa samt förslaget till bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga bedömer utredningen kunna leda till bättre förutsättningar för en god hälsa hos barn och unga. Det kan på längre sikt innebära att färre barn och unga, men även personer i övrigt, har behov av många vårdinsatser och vårdkontakter. Den personliga integriteten gynnas på flera sätt av detta, bland annat genom minskad vårddokumentation och alltså en minskad behandling av personuppgifter.

Utredningen förutsätter att sådana föreskrifter som meddelas med stöd av det bemyndigande som föreslås utformas med beaktande av den lagstiftning som rör personlig integritet.

Utredningen kommer genomföra en fördjupad analys rörande den personliga integriteten i sitt slutbetänkande, där utredningens uppdrag om informationsöverföring och uppföljning ska redovisas.

8.13 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag

Bedömning: Utredningens förslag är samhällsekonomiskt effektiva redan i meningen att de satsade resurserna återbetalas i sänkta kostnader under en horisontperiod på 20 år. Därtill ska läggas effekter av ökat humankapital i form av ökat arbetskraftsdeltagande och minskat långsiktigt vårdbehov etcetera.

Staten får kostnader i form av resursåtgång vid olika statliga myndigheter. Statens kostnader blir sammantaget 32 miljoner kronor under 5 år. Regioner och kommuner får under några inledande år nettokostnader. Efter hand ökar intäkterna i form av sänkta kostnader, vilket gör att intäkterna överstiger kostnaderna på längre sikt. Olika utförare, till exempel egen regi eller fristående, påverkas beroende på om och i så fall hur regioner och kommuner centralt anpassar sina ersättningssystem. Anpassningarna torde vara små.

8.13.1 Inledning

Utredningen ska bedöma de ekonomiska konsekvenserna av sina förslag. De handlar till exempel om bedömningar av kostnader och intäkter för de verksamheter som berörs. De kan också handla om bedömningar av samhällsekonomiska konsekvenser, alltså om samlade konsekvenser för samhället i dess helhet.

Bedömningarna på verksamhetsnivå som har gjorts innefattar såväl bruttokostnader som nettokostnader. De direkta kostnaderna, i form av ökad resursanvändning, motsvarar bruttokostnaderna. I nettokostnaderna ingår de intäkter, oftast i form av sänkta kostnader, som kan förväntas följa av att utredningens förslag genomförs. Nettokostnaderna är således kostnader som kan kopplas till den verksamhet för vilken beräkningarna gjorts. Förslag och bedömningar om hur hälso- och sjukvården kan bli mera sammanhållen utgör en väsentlig del av utredningens förslag och bedömningar. I detta ingår bland annat förslag om hur samverkan kan stärkas och samordningen av vårdinsatser bli mer effektiv.

I huvudsak har beräkningarna gjorts för statlig, regional och kommunal verksamhet. Då privata företag är vanligt förekommande

utförare i regional och kommunal verksamhet har beräkningarna även innefattat kostnadskonsekvenser för dessa företag. Effekterna på företagen blir den sammanlagda effekten av de nya kraven på företagens verksamhet tillsammans med de eventuellt nya utformningarna av kommunernas och regionernas modeller för ekonomisk ersättning till företagen. Utredningen kan inte, och ska inte, förutse utfallet av sådana omformningar. Däremot ligger det inom ramen för kraven på beräkningar av förslagens kostnadskonsekvenser att presentera beräkningar som indikerar storleksordningar på i vilken grad ersättningarna kan behöva ändras.

Förändringar i vården och omsorgen av barn och unga kan mycket väl betraktas som en samhällsekonomisk investering eller en samhällelig investering. Förebyggande åtgärder och tidiga insatser kan förutom kostnader och verksamhetsnära intäkter innebära samhällsekonomiska intäkter som sträcker sig långt utanför de verksamheter man investerar i och dessutom långt in i framtiden. I detta avsnitt har vi därför valt att formulera en enkel modell för samhällsekonomiska investeringar. Modellen ska i första hand betraktas som ett pedagogiskt hjälpmedel för ökad förståelse av interaktioner mellan olika delar av förslagets översiktligt kvantitativa effekter och hur de kan uppträda över tid. Visserligen har vi strävat efter att de kvantiteter som använts i modellen så långt som möjligt har direkt empirisk grund men bristen på sådana uppgifter har gjort det nödvändigt att i modellen i stor utsträckning använda stiliserade (teoretiskt konstruerade) data.

8.13.2 Metodfrågor

Det sakområde utredningen lägger förslag om och bristen på förekomst av statistik som direkt kan användas för ekonomiska konsekvensberäkningar har tvingat fram ett metodologiskt ställningstagande inom utredningen. Valet har stått mellan att föra huvudsakligen kvalitativa resonemang och att utifrån skapade grundläggande typfall skapa kvantiteter med kostnader som leder till beräkningsbara konsekvenser. En kvalitativt inriktad konsekvensbedömning ger i bästa fall riktningar vad gäller förslagens delar men leder inte till ett avgörande vad avser förslagens samlade resultat. En kvantitativt inriktad bedömning kan leda till kvantitativa storheter i delarna

som slutligen kan adderas till ett samlat resultat. I vilken mån detta resultat är trovärdigt kan naturligtvis ifrågasättas men vi bedömer att de behöver göras och presenteras.

Givet den grundläggande bristen på data och okunskapen om samband kan ingen ansats, kvalitativ eller kvalitativ, sägas vara perfekt. Utredningen bedömer dock att ett underlag som bygger på både kvantitativa och kvalitativa bedömningar ger ett bättre beslutsunderlag.

Effektivitet i olika betydelser – resurs- och inriktningseffektivitet

Det finns två typer av effektivitet som är relevanta i detta sammanhang; inriktningseffektivitet (eng. efficacy) och resurseffektivitet (eng. efficiency). Med inriktningseffektivitet menas att en verksamhet eller åtgärd leder till effekter, till exempel inom hälso- och sjukvården, hälsoeffekter av olika slag. Olika metoder och processer kan leda till olika hälsoeffekter. Med resurseffektivitet menas att det som skapas (eng. output) åstadkommes med så liten resursanvändning (eng. input) som möjligt.

På en öppen marknad mäts inriktningseffektivitet i huvudsak genom prissystemet. Det är inte lika enkelt att mäta inriktningseffektivitet inom skattefinansierad verksamhet. Kostnadseffektivitetsanalyser (CEA) är ett sätt att jämföra den relativa resursanvändningen hos olika metoder och processer vid samma utfall. Man kan säga att metoden är ett sätt att finna den minst resurskrävande metoden eller processen för ett givet utfall, till exempel i termer av hälsa. Metoden ger dock inte svar på vilken metod som är bäst i hälsotermer.

Resurseffektivitet är, åtminstone i princip, enklare att mäta mängden resurser som krävs för en viss verksamhet eller metod är för det mesta rättframt kalkylerbara. Det är ofta också detta som menas med effektivitet i dagligt tal och när det görs beräkningar av kostnadskonsekvenser av utredningars förslag. Dock är det så att de båda begreppen står i ett komplext, och till och med ibland motsatt, förhållande till varandra. En ny metod kan till exempel vara mer inriktningseffektiv än andra gamla metoder men det är inte säkert att denna nya metod tillämpas på ett resurseffektivt sätt.

Utredningens förslag påverkar såväl inriktnings- som resurseffektiviteten inom barn- och ungdomshälsovården. Nedan kommer vi att något mer i detalj beskriva hur utredningens förslag kan påverka effektivitet i de båda meningarna.

Tre typer av beräkningar

Sammantaget ingår i detta avsnitt tre typer av beräkningar (bedömningar). Den första typen är direkta kostnader på huvudmannanivå. Beräkningarna gäller kostnader för staten, kommunerna och regionerna. Den andra typen gäller kostnader och intäkter på utförarnivå. Det handlar om hur kommuners och regioners enheter i egen regi kan påverkas samt hur andra utförare, som privata företag, kan påverkas såväl i kostnads- som intäktstermer av förslagen. Den tredje typen är några olika samhällsekonomiska bedömningar som i någon mening sammanfattar förslagens effekter på samhället i dess helhet över tid.

De tre typerna av beräkningar är beroende av varandra men har delvis olika syften. Den första typen av beräkningar syftar till att identifiera och så långt det är möjligt i krontal uttrycka effekterna på den direkta resursanvändningen hos huvudmännen. Dessa beräkningar kan ge underlag som, tillsammans med andra underlag, för vidare bedömningar av eventuella regleringar och/eller finansiering.

Den andra typen av beräkningar syftar till att klargöra den troliga resursanvändningen inom de olika huvudmännen med tillägg för de intäkter som kan förverkligas över tid. Intäkterna handlar huvudsakligen om sänkta kostnader i verksamheten. Det kan handla om olika statliga myndigheter och olika utförarkategorier i kommuner och regioner. Särskilt handlar det om hur andra utförare än egenregienheter, som privata företag, kan påverkas.

Den tredje typen av beräkningar syftar till att ge ett underlag för beslut om i vilken mån de samlade förslagen i samhällsekonomisk mening är en lönsam samhällsekonomisk investering eller inte. Förslagens effekter betraktas över en längre tidshorisont och områden utöver vården och omsorgen innefattas i analysen. Det kan till exempel handla om påverkan på kriminalitet och deltagande i arbetslivet. Beräkningarna leder fram till ett, eller ett fåtal, mått.

Mer om samhällsekonomiska investeringar

En samhällsekonomisk bedömning, eller en samhällelig investeringsmodell, är ett försök att sammanfatta värdet av en större förändring, av något slag, i ett eller ett fåtal mått. Strävan är att värdera förändringen vid investerings- eller beslutstidpunkten. Tanken är att den samhällsekonomiska bedömningen ska vägleda beslutet att göra investeringen eller inte. Man kan säga att den samhällsekonomiska bedömningen är ett sätt att sammanfatta en mängd olika förändringar som uppstår vid olika tidpunkter till följd av en uppsättning förslag.

Rent tekniskt är en samhällsekonomisk bedömning ett försök att uttrycka alla effekter av en förändring i kvantitativa, monetära, termer. Kostnader och intäkter vid olika tidpunkter i framtiden jämförs vid investeringstidpunkten med hjälp av diskontering. Med hjälp av måttet nettonuvärdet (alltså nettot av diskonterade intäkter och kostnader) anges i vilken mån förslagskomplexet är samhällsekonomiskt lönsamt eller inte. Ett positivt nettonuvärde tolkas som att förslagskomplexet är samhällsekonomiskt lönsamt. Ett mått som anger kvoten mellan de diskonterade intäkterna och de diskonterade kostnaderna kan tolkas som avkastningen i samhällsekonomiska termer av förslagskompexet. Man kan alltså säga att en samhällsekonomisk bedömning är ett sätt avgöra om ett givet förslagskomplex är lönsamt för samhället att investera i eller inte.

Vår samhällsekonomiska bedömning hämtar resultat från de beräkningar som gjorts tidigare i detta avsnitt. I tillägg till de tidigare beräkningarna diskonteras intäkter och kostnader vid olika tidpunkter. I beräkningen har det stor betydelse när en kostnad eller intäkt i tiden. Exempelvis motsvarar en investering på en miljon kronor tjugo år efter investeringsåret och vid en diskonteringsränta på 3,5 procent cirka en halv miljon kronor vid investeringsåret. Kostnader beräknas på motsvarande sätt.

Nära nog samtliga förändringar, fysiska investeringar och till exempel regelförändringar, har en tidsprofil som innebär att tyngdpunkten av kostnader ligger tidigt och intäkter senare på tidslinjen. Det gäller också de förslag som denna utredning har lagt. Merparten av de kostnader som det innebär att realisera ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga samt de samverkansförslag utredningen lägger uppstår de närmaste åren efter investeringsåret. De

intäkter i form av till exempel effektivare vård för barn och unga som kan uppstå inträffar senare. Just det faktum att förslagen avser barn och unga innebär att intäkterna, i olika former, kan uppkomma under en tidslinje som innefattar upp emot en livstid. Enligt internationella bedömningar beräknas medellivslängden för barn som föds i dag bli 110 år. Detta gör att insatserna under barndomen som har bäring på hälsan under hela livet, får en än större betydelse för påverkan på samhället. I den mån förslagen leder till att fler personer kan arbeta längre upp i åldrarna kan förslagen till exempel leda till att samhällsekonomiska intäkter ligger flera decennier efter investeringsåret.

I ett senare avsnitt i detta betänkande behandlas frågor om finansiering av de kostnader som uppstår till följd av utredningens förslag. De intäkter som estimerats kan vara en del av den finansieringen. I det hypotetiska fallet att intäkterna är lika höga, eller till och med högre än, kostnaderna skulle förslagen vara självfinansierande. I det fallet handlar finansieringen egentligen bara om att tillse att intäkterna förs till ”rätt” aktörer. Det kan dock vara så att intäkterna till väsentlig del är långt in i framtiden och inte heller direkt kommer skolan eller hälso- och sjukvården till del. För övrigt är det vid hälsoekonomiska studier vanligt att man vid beräkningar av sjukdomars kostnader (cost-of-illness, COI) kommer fram till att så kallade indirekta kostnader (till exempel inkomstbortfall) är den dominerande kostnadsposten. Det finns också anledning att tro att en inte oväsentlig del av de intäkter utredningens förslag kan generera är just indirekta.

Det är inte vår ambition att kvantifiera de effekter av utredningens förslag som ovan betecknats som indirekta. I stället är det utredningens strävan att specificera sådana effekter som påverkar skolan och hälso- och sjukvården direkt, i syfte att underlätta den fortsatta dialogen om finansiering. Beräkningarna begränsas till ett tjugoårsperspektiv. Dock inkluderas såväl kostnader som intäkter. Utredningen avstår från det livscykelperspektiv som skulle kunna vara möjligt.

Komplexitet, ambitioner och incitament

Den svenska hälso- och sjukvården är ett mycket komplicerat system. Införandet av valfrihetsreformer av olika slag har bidragit till att göra systemet än mer komplext. I ett sådant system är förutsättningarna för att beräkna ekonomiska effekter av utredningens förslag på förhand dömt att misslyckas. Det har det dock varit utredningens absoluta ambition att nå så långt som det är möjligt med beräkningar. Dessa kan, och kommer att, kritiseras. I denna avslutande del av avsnittet redovisas några aspekter som kan utgöra delar i en fortsatt dialog om de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag.

Den fragmentiserade barn- och ungdomshälsovården gör det omöjligt för utredningen att mer precist beräkna effekterna av förslagen för enskilda utförare. Staten förfogar inte direkt över utformningen av ersättningsmodellerna inom skolan och hälso- och sjukvården. Det är en direkt effekt av de valfrihetsreformer som har genomförts under senare decennier. Möjligen innebär detta en målkonflikt. Hur regioner och kommuner hanterar de förslag som utredningen lägger fram i förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller är en fråga för dem.

Det är inte heller självklart att en preciserad lagstiftning, nationella vårdprogram eller kunskapsuppföljning på nationell nivå följs av en motsvarande ambitionshöjning bland regioner och kommuner eller för den delen bland enskilda utförare

I avsnittet har utredningen inte berört frågan om incitament. Utredningen kan dock avslutningsvis konstatera att frågan om incitament kan se olika ut för olika utförare. Det kan också rimligen leda till att olika organisationer reagerar olika på samma förändring i en ersättningsmodell.

8.13.3 Utgångsläget

Olika typer av omfattningsbeskrivningar av det område, eller områden, utredningen lägger förslag inom är oftast en god hjälp vid beräkningar och bedömningar av förslagens ekonomiska effekter. Omfattningen kan låta sig beskrivas i olika mått som:

- kostnader i relation till hela ekonomin
- antal enheter i olika driftsformer
- personalstorlek
- antal individer i befolkningen som berörs, i olika meningar, av den verksamhet utredningen lägger förslag om
- tidsåtgång.

Beskrivningar av omfattningen enligt ovan ger en ram för beräkningarna. De förslag som läggs kan relateras till beskrivningarna och ge stöd för rimlighetsbedömningar vid beräkningar av förslagens effekter.

I detta avsnitt görs omfattningsbeskrivningar. Där det är möjligt redovisas också relativa förändringar tillsammans med de absoluta kostnads- eller intäktsförändringarna. Även detta för att stödja rimlighetsbedömningar.

Priser eller styckkostnader

Produkten av pris och antal ger upphov till kostnad. Olika kombinationer av de tre variablerna pris, kvantitet och kostnad där minst två ingår ger entydigt hela identiteten. Vi har på olika ställen i detta avsnitt men också i samband med en bedömning sökt dessa samband. Det är viktigt att påpeka att sådana konstruktioner är teoretiskt grundade och är indirekta sätt att nå resultat.

Befolkning

För merparten av beräkningarna har utredningen valt att utgå från SCB:s befolkningsstatistik för år 2019. Eftersom skolans elevhälsa inkluderas i utredningens område och årskurser har en annan indelning än årskullar i befolkningsstatistiken har vi tvingats till approximationer.

Personal

Vid våra beräkningar har vi inte tagit någon hänsyn till eventuell brist på arbetskraft. I den mån ett ökat behov av personalhar beräknats har utredningen också antagit att det kan tillfredsställas.

Mått som på olika sätt anger omfattningen av vården av barn och unga utgör en viktig ram för vår analys. Sådana mått underlättar till exempel vid bedömningar av olika förslags kostnads- och intäktspåverkan. En ökad kostnad på en miljon kronor har olika mening i en verksamhet som till exempel omfattar tio miljoner kronor jämfört med en verksamhet som omsluter tio miljarder kronor. Det finns dock ingen officiell sammanställning av omfattningen av samhällets vård och omsorg om barn och unga. Utredningen har med olika ansatser valt att göra en egen sammanställning.

Den första raden i tabell 8.1 nedan anger bruttokostnaderna för hälso- och sjukvården finansierad av regionerna. I en rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi redovisas en skattning av hälso- och sjukvårdens kostnader uppdelad på åldersgrupper.[5] Med hjälp av den redovisningen, befolkningsstatistik från 2019 och omräkningar från 2016 års prisnivå till 2020 års prisnivå har kostnadsnivån avseende individer i åldern 0–20 år skapats. Summan av de olika åldersgrupperna understiger kostnadsnivån av annan aggregerad statistik av kostnader för hälso- och sjukvården. Förklaringen är att inte alla kostnader kan hänföras till olika åldersgrupper.

I kommunernas räkenskapssammandrag redovisas kostnaderna för den sociala barn och ungdomsvård.[6] Elevhälsan i skolorna redovisas av Skolverket.

I tabell 8.1 redovisas de bedömda bruttokostnaderna år 2020 (2019) för samhällets bruttokostnader avseende vård och omsorg om barn och unga (personer i åldern 0–20 år).

[5] IHE (2019) *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige*.
[6] SCB (2019) *Kommunernas Räkenskapssammandrag 2019.*

Tabell 8.1 Bedömda bruttokostnader för vård och omsorg för barn och unga år 2020 (2019)

Verksamhet och huvudman	Bruttokostnader Miljarder kronor
Hälso- och sjukvård finansierad av regionerna (2020)	39
Sociala barn och ungdomsvården (2019)	24
Elevhälsan i skolorna (2019)	5
Sammantaget	68

Källor: IHE, SCB (Konjunkturinstitutet), Skolverket och egna beräkningar.

Bruttokostnaderna för samhällets vård och omsorg om barn och unga summerade således år 2020(2019) till cirka 68 miljarder kronor. Det utgjorde cirka 1,4 procent av Sveriges BNP det året. Regionerna stod för cirka 57 procent av kostnaderna och kommunerna för resterande 43 procent.

Skolan

Den statistik som utredningen har tillgång till är tyvärr inte enhetligt indelad för olika ändamål vilket medför att vi tvingas till en annan indelning när vi nu kort redovisar olika typer av utförare. De senare decennierna har andelen verksamhet som utförs av det som kan kallas för alternativa utförare (utförare som inte är regionernas eller kommunernas egen regi). Privata företag är ett exempel på sådana alternativa utförare.

År 2019 hade landets kommuner bruttokostnader för pedagogisk verksamhet på knappt 145 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av pedagogisk verksamhet samma år var cirka 66 miljarder kronor. Således vara procentandelen icke egen regi 45,6 procent.

År 2019 kostade kommunernas grundskoleverksamhet cirka 106 miljarder kronor (tabell 8.2 nedan). Samma år betalade kommunerna cirka 16 miljarder kronor till fristående skolor med grundskoleverksamhet. Kommunernas gymnasieverksamhet kostade totalt 44 miljarder kronor. 10 miljarder kronor av dessa utgjordes av ersättningar till fristående gymnasier.

Tabell 8.2 Kostnadsandelar för fristående skolor i grund- och gymnasieskolan år 2019

Skolform	Bruttokostnad fristående skola	Total Bruttokostnad	Procentandel fristående
Grundskola	16	106	15
Gymnasieskola	10	44	23
Båda formerna	26	150	17

Källa: SCB och egna beräkningar.

Sammantaget kan det alltså konstateras att friskolor ur kostnadssynpunkt utgör en klart mindre del av skolverksamheten.

Om elevhälsan

Elevhälsan är en del av skolverksamheten såväl i grund- som gymnasieskolan. I tabell 8.3 nedan redovisas utdrag ur Skolverkets statistik över kostnaderna för skolverksamhet och där kostnaderna för elevhälsan ingår.[7]

Tabell 8.3 Kostnadsandelar för elevhälsan i grund- och gymnasieskolan år 2019

Skolform	Total kostnad, miljoner kronor	Kostnad per elev, kronor	Total kostnad elevhälsan, miljoner kronor	Kostnad per elev i elevhälsan, kronor	Andel kostnader elevhälsan, procent
Grundskolan	128 000	118 500	3 904	3 640	3,1
Gymnasieskolan	45 000	126 300	1 107	3 140	2,5

Källa: Skolverket.

Av tabellen ovan framgår bland annat att kostnaderna för elevhälsan i grundskolan var 3 904 miljoner kronor och i gymnasieskolan 3 140.

Enligt skollagen ska elevhälsan omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser (2 kap 25 §). Av särskilt intresse för utredningen är elevhälsans medicinska insatser (EMI). Här ingår bland annat så kallade hälsobesök och vaccinering enligt

[7] Skolverket (2019) *Samtliga verksamheter inom fritidshem och annan pedagogisk verksamhet skola och vuxenutbildning – kostnader – Riksnivå*.

det nationella vaccinationsprogrammet. På annat ställe i betänkandet redovisas egna beräkningar av kostnaderna för hälsobesöken. Såvitt utredningen kan finna finns det ingen officiell, eller annan auktoritativ, statistik över kostnaderna för dessa fyra olika verksamhetsområden.

En enprocentig ökning av kostnaderna för elevhälsan, till exempel till följd av utredningens förslag, skulle i grundskolan medföra kostnadsökningar på 39 miljoner kronor och i gymnasieskolan på 11 miljoner kronor. För hela den pedagogiska verksamheten skulle det innebära en kostnadsökning på 0,03 procent i grundskolan och 0,025 procent i gymnasieskolan.

Hälso- och sjukvård

Regionernas sammanlagda kostnader för hälso- och sjukvården var 391 miljarder kronor år 2019. Kostnaderna för inköp av primärvård var 21 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av övrig hälso- och sjukvård var 2 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av specialiserad somatisk vård var 32 miljarder kronor. Kostnaderna för inköp av specialiserad psykiatrisk vård var 3,5 miljarder kronor. Andelen inköpt vård blir således 15 procent. Kvoten för inköp på den här aggregeringsnivån blir 15 procent.

8.13.4 Förslagens kostnader

Nedan beskrivs utredningens förslag i korthet och de kostnader de bedöms medföra för stat, kommun och region.

Föreskrifter

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska utfärda föreskrifter. Utredningen bedömer, på grundval av Socialstyrelsens egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle sammatget kosta 2 miljoner kronor och pågå i 2 år, alltså 1 miljon kronor per år.

Utformning av ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga i nära samråd med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och SKR, myndigheter och professions- och patient- och närståendeorganisationer ska vara delaktiga vid utformningen av programmet. I uppdraget bör ingå att göra en förstudie om hur arbetet med att ta fram programmet bäst kan utformas för att inkludera alla berörda parter.

Utredningen bedömer, på grundval av Socialstyrelsens egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle kosta 3 miljoner kronor per år i 3 år. Socialstyrelsen uppskattar att det finns synergieffekter mellan detta uppdrag och uppdrag att ta fram föreskrifter. Därutöver tillkommer kostnader för övriga myndigheter. Utredningen bedömer att kostnader för övriga myndigheter uppgår till cirka 2 miljoner per år under 3 år. Kostnader kan även uppstå för huvudmän inom hälso- och sjukvården och skolan vid utformningen och implementeringen av programmet. Utredningen bedömer att dessa kostnader bör hanteras inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKR och utgå i form av allmänna stimulansmedel. Utredningen har inte bedömt kostnaderna dessa.

Kunskapssammanställning

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bör få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktör göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga för att främja fysisk och psykisk hälsa och förebygga ohälsa.

Utredningen bedömer, på grundval av SBU:s egen uppskattning, att en sådan verksamhet skulle kosta 3 miljoner kronor per år i 5 år. Då finns det rum för att göra underlag av lite olika karaktär och omfattning. De direkta kostnaderna per år i form av t.ex. sakkunniga arvoden, artikelbeställning mm är cirka 850 tkr, indirekta kostnader i form av lönemedel etc. 2,25 miljoner.

Förändring i regleringen av fast vårdkontakt för barn och unga

Utredningen lägger förslag om en reglering för fast vårdkontakt. Regleringen innebär ett utökat krav på verksamheterna att ha en fast vårdkontakt för barn och unga. Regleringen som utredningen föreslår innebär att om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov. Detta föreslås gälla hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Redan i dag ska fast vårdkontakt utses i den mån patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Utredningen föreslår en skärpning i regleringen av den fasta vårdkontakten. Skärpningen består i att en fast vårdkontakt ska utses för patienter som inte har fyllt 21 år, redan om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose deras behov. Skärpningen förväntas leda till att fler patienter i åldern 0–20 år kommer att ha fast vårdkontakt jämfört med i dagsläget. Det är beräkningen av kostnaden för denna ökning som beskrivs i det följande.

En fast vårdkontakt bidrar till kontinuitet i vårdsituationen för patienten. Den fasta vårdkontakten bidrar också till att patientens vårdbehov är kända hos vårdgivaren och underlättar samordning av vårdinsatser som kan finnas mellan vårdgivare. Den närmare organiseringen av en fast vårdkontakt är inte given. Den beräkning som görs i det följande bygger därför på teoretiska data.

Då det inte finns någon tillgänglig statistik som beskriver vad en fast vårdkontakt kostar för en given verksamhet är vi hänvisade till att, i någon mening, konstruera kostnaden med hjälp av kalkylering med grund i byggstenar som löner och antaganden om kapacitet för kontaktvolymer. Metoden kan kallas ingenjörsmetoden.

Beräkningens olika steg beskrivs

I ett steg beräknas patientbasen utifrån det antal individer i åldern 0–20 år som återfinnes i SCB:s befolkningsstatistik för år 2019. Patientbasen beräknas på detta sätt till strax över 2 500 000 barn och unga.

I ett annat steg bestäms den andel patienter som innan förändringen kan antas ha fast vårdkontakt. Andelen har utifrån studier genomförda av Vårdanalys och egna bedömningar i beräkningen bestämts till 20 procent. Antalet barn och unga med fast vårdkontakt beräknas på detta sätt till något över 500 000.

Innan vi går över till skattningen av andelen barn och unga med fast vårdkontakt stannar vi vid den del av kalkylen som bestämmer portföljen av antalet patienter med fast vårdkontakt för var och en av de vårdanställda som i modellen på heltid arbetar med arbetsuppgifter som hänger samman med att ha en fast vårdkontakt. En viktig parameter för beräkningen är hur många insatser som kan göras per dag. Med insats kan här menas sådant som kontakt med patienten, kontakt med andra vårdgivare och inläsning av journaler och annat underlag. Naturligtvis varierar tidsåtgången för en insats mycket men vi har bedömt att den anställde i genomsnitt gör sexton sådana insatser under en arbetsdag. Nästa fråga är hur många gånger per år den anställde behöver göra en insats för varje fast vårdkontakt i portföljen. Det är sannolikt stor variation i det antalet men med tanke på att så stor andel som en femtedel av patientbasen i utgångsläget förväntas ha en fast vårdkontakt är det sannolikt att det genomsnittliga antalet insatser inte blir allt för stort. Vi har vid beräkningarna antagit ett genomsnittligt antal på fyra insatser per år. Detta leder sammantaget fram till att varje anställd har strax över ettusen fasta vårdkontakter i sin portfölj.

I ytterligare ett steg bestäms den andel patienter som efter förändringen kan antas ha fast vårdkontakt. Denna parameter är mycket viktig för resultatet men den är också svår att bedöma. Vi har tidigare bedömt att 20 procent av barn och unga i utgångsläget har en fast vårdkontakt. Vår bedömning är att skärpningen, utifrån vår bild av hur barn och ungas behov ser ut i dagsläget, innebär att 25 procent av barnen och de unga kommer att ha en fast vårdkontakt, alltså en ökning med 5 procentenheter, eller annorlunda uttryckt en relativ ökning med 25 procent.

I ett steg i kalkylen antas att en särskilt anställd med kuratorslön utgör den fasta vårdkontakten. I kalkylen beräknas, utifrån antagna samband, hur många sådana anställda som behövs för tjänstens utförande. Enligt kalkylen ökar antalet sådana anställda från 498 till 623. Det är alltså en ökning med 125 vårdkontaktsanställda.

Sammantaget visar kalkylen att kostnaderna för fast vårdkontakt ökar från cirka 356 miljoner kronor till nästan 445 miljoner kronor. Kostnaderna ökar således med nästan 89 miljoner kronor.

Krav på samverkan

Utredningen lägger förslag som innebär vissa förtydligade krav på samverkan. Utredningen föreslår att regionen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet. Tydligare krav på samverkan innebär sannolikt ökad resursanvändning, då närmast i form av personalresurser. Det kostar resurser i den centrala organisationen. De utökade kraven på samverkan medför också kostnader på verksamhetsnivå, till exempel i form av en utökad kontakt- och mötesverksamhet mellan vårdgivare.

Låt oss anta att 70 procent av verksamhetskostnaderna av vården av barn och unga utgörs av personalkostnader. Låt oss också anta att de ökade kraven på samverkan leder till en ökad kontakt- och mötesverksamhet med en halv timme i veckan för samtliga anställda. Sammantaget skulle detta, fullt utbyggt, innebära ökade kostnader på $0{,}7 \times (1/80) \times 68$ miljarder kronor. Således skulle kostnaderna öka med 595 miljoner kronor årligen.

8.13.5 Förslagens kostnader och intäkter till följd av ökad inriktningseffektivitet

Förslagens intäkter

Utredningens förslag leder också till verksamhetsnära, och vidare, intäkter. Med intäkter menas i allmänt språkbruk försäljningsintäkter av olika slag. I hälso- och sjukvården skulle det handla om avgiftsintäkter. Hälso- och sjukvården är främst skattefinansierad och de avgiftsintäkter som förekommer syftar inte till att ge något väsentligt bidrag till finansieringen av verksamheten utan är i stället huvudsakligen ett verktyg för att styra efterfrågan. För övrigt är merparten av hälso- och sjukvården till barn och unga avgiftsbefriad. De förändrade intäkter som kan uppstå inom vården har snarare karaktären av en bättre resursanvändning i olika meningar.

I det följande beskrivs två olika hypotetiska vårdkedjor som handlar om samma tänkta individ. Den första vårdkedjan får betraktas som fragmentiserad med fördröjda insatser och olika komplikationer till följd av detta. Den andra med en sammanhållen hälsouppföljning, tidiga samordnade ändamålsenliga insatser och god samverkan. Här kan man schematiskt se vad en sammanhållen god och nära vård för barn och unga kan bidra med relaterat till hälsoutfall, kostnader, påverkan på familj, möjligheter att lyckas i skolan och till ett gott liv som vuxen.

En icke-fungerande vårdkedja:

Barnet uppvisar tidigt signaler på BVC som varken uppmärksammas eller leder vidare till rätt bedömning. Detta leder till flera besök på jourcentraler och olika vårdinrättningar för olika kroppsliga symtom. Onödiga utredningar (prover, röntgen, inläggningar) av medicinska tillstånd inklusive specialistbedömningar av olika slag genomförs.

Förskolepersonalen tillsätter extra vuxenresurs på grund av svårigheter med samspel och konflikter.

Vid skolstart överförs inte information till skolan från BVC och förskola. Vid första hälsobesöket i elevhälsan uppmärksammas därför inte heller den underliggande diagnosen och under skolåren ökar problemen med stress, svårigheter med kompisar, och att delta på lektionerna. Barnet lär sig dock att läsa och skriva före årskurs 3.

Under skolåren fortsätter sökandet och utredandet i vården. Samtidigt sker möten i elevhälsoteamet i skolan och extra vuxenresurser sätts in i klassen. Skolbyten sker vid två tillfällen och informationen om barnets behov tappas bort och extra resurser i klassrummet omprövas.

Från 11–14 års ålder får barnet ökade svårigheter i skolan.

Under dessa år inträder nedstämdhet och ökad ångest. Det leder till 10 samtal på första linjemottagning för psykisk ohälsa, ytterligare 10 samtal på vårdcentralen och många besök i vården både akut och planerat för psykosomatiska symtom och psykiska besvär.

Vid 14 års ålder bedöms barnet i elevhälsan och remitteras till BUP. Barnet är allt oftare hemma från skolan med magont. Föräldrarna går ner i arbetstid för att kunna stötta i undervisningen.

BUP önskar basutredning av psykolog i skolan och returnerar remissen. Väntan på skolpsykologens utredning tar 1 år. Under tiden får barnet extra resurs i skolan.

Ny remiss till BUP med väntan i 2 år. Ökad frustration hos föräldrarna, utbrändhet och sjukskrivning hos ena föräldern. Föräldrarna skiljer sig. Syskon försummas och utvecklar eget risksökande beteende med dåliga vanor och dåligt sällskap.

Barnet får fortsatta panikångestattacker och andra psykiska besvär. Det blir flera besök på vårdcentralen och i första linjen med samtals-

kontakter eftersom de redan väntar på BUP och inte kan komma dit snabbare.

Skolarbetet kraschar helt och risksökande beteende startar. Barnet blir föremål för insatser från socialtjänsten. Föräldraskapsstöd och insatser från stödperson sätts in. Barnet får hemundervisning från skolan.

Vid 16 års ålder blir det en utredning, diagnos ställs och behandling sätts in tillsammans med psykologstöd och föräldrastöd mm.

Behörighet till gymnasiet saknas och individuella programmet inleds. Vid 19 års ålder har fullständiga betyg inte uppnåtts och arbete är svårt att få. Arbetslöshet inträder.

Den andra väl-fungerande vårdkedjan:

I samarbete mellan BVC och förskola uppmärksammas tidiga signaler på problem som tolkas som misstänkta. Aktörerna samverkar om situationen och ger psykologiskt föräldrastöd och anpassar vardag och förskola.

Vid språkkontroll i barnhälsovården vid 2,5 års ålder konstateras att språkutvecklingen är försenad. Detta följs upp och vid fördjupad bedömning av logoped bedöms att det finns misstänkta underliggande svårigheter. Dessa följs av psykolog i barnhälsovården och utvecklingsbedömning görs.

Vårdnadshavare och familjen stöttas och vardagen anpassas. Allt fungerar bra. Fast vårdkontakt på vårdcentralen inger trygghet. Barnet uppvisar ingen oro eller stressymptom och därför behövs inga akuta besök, second opinions eller utredningar av kroppsliga symtom.

Inför skolstart görs ny bedömning och informationen förs över till BUP, elevhälsa och rektor. Tillsammans med vårdnadshavare fattas ett gemensamt beslut om att barnet ska börja skolan i en relativt liten grupp med en god lärandemiljö. Föräldrar känner sig trygga och välmående.

I årskurs 2 har patienten svårt att knäcka läs och skrivkoden. Barnet uppvisar koncentrationssvårigheter. En utredning görs som visar ADHD.

Vården ger därefter läkemedel, erbjuder copingstrategier, föräldraskapsstöd samt information och återkoppling till skolan. Skolan anpassar lärandemiljöerna. Allt fungerar väl. Inga stressymptom som föranleder besök och utredningar hos vare sig barn eller föräldrar. Föräldrarna sjukskrivs inte och ingen förälder går ner på deltid. Barnet fullföljer studier med behörighet till gymnasieskolan. Syskon får uppmärksamhet och mår väl.

Barnet slipper pålagringar som oro, ångest och depression. Det behövs inga besök eller insatser för detta. Barnet klarar av att hålla några goda kamratrelationer och deltar i fritidsaktiviteter som kommunen har bistått med. Det behövs inga insatser från socialtjänsten. Det förekommer inget missbruk eller annat utåtagerande beteende.

Barnet väljer och klarar ett praktiskt inriktat program i gymnasieskolan som resulterar i arbete vid 19 års ålder.

En jämförelse av de båda vårdkedjorna ur ett rent samhällsekonomiskt perspektiv ger skäl att tro att den senare är såväl inriktningssom resurseffektivare.

Utredningens förslag kan förstås inte i sig leda till idealiskt fungerande vårdprocesser för barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder eller fullgod anpassning av lärandemiljöer mm. Däremot är det mycket troligt att vårdprocesserna i genomsnitt blir bättre om insatser sätts in tidigt på ett samordnat sätt.

Det finns i Sverige ett antal projekt som inriktar sig på tidiga och samordnade insatser vad gäller vården av barn och unga. I Västerbotten pågår till exempel ett samarbetsprojekt (Hälsa, lärande och trygghet) som redovisar goda resultat.[8] Efter några år kunde det konstateras att genomsnittsåldern bland de barn som fått hjälp sjunkit under projektets gång.[9] En inte orimlig tolkning av det förhållandet är att projektet har lett till tidigare insatser från vården och omsorgens organisationer.

Utredningens olika förslag syftar till tidiga och förebyggande insatser. Det finns skäl att tro att de bidrar till ökad inriktningseffektivitet och att utredningens förslag kan bidra till att ytterligare effektiviserar sådana insatser. En ökad inriktningseffektivitet ger inte en entydig signal om hur kostnaderna påverkas. Kostnader kan gå såväl upp som ned. Tidiga upptäckter kan leda till längre och dyrare behandlingar. Tidiga upptäckter kan också leda till att åtgärder sätts in tidigare och leder till behandlingar som kan avslutas tidigare och därmed bli billigare.

Utredningen har i sina beräkningar antagit att en förbättrad inriktningseffektivitet leder till såväl ökade kostnader som intäkter i form av sänkta kostnader. Utredningen har också antagit att kostnaderna ökar med 20 miljoner kronor från fjärde året. Vidare har utredningen antagit intäkter med 200 miljoner konor per år från tredje året. Sammantaget innebär detta att den ekonomiska effekten till följd av ökad inriktningseffektivitet antas domineras av kostnadssänkningar.

[8] Region Västerbotten (2020) *Hälsa – Lärande – Trygghet i Västerbotten. Årsrapport 2020.*
[9] Intervju med företrädare för HLT-projektet.

Resurseffektivitet

Förslösade resurser eller spill

Inom alla organisationsformer och sektorer förslösas det resurser. Omfattningen av detta har studerats på internationell nivå inom hälso- och sjukvården. Studier i USA, Australien och Nederländerna har kommit fram till att från 20 procent och upp till hälften av utgifterna i hälso- och sjukvården utgör spill.[10]

En form av spill kan enligt bilagan betecknas som styrningsspill det vill säga administrativt spill till följd av en ineffektiv organisation och avsaknad av samordning. Enligt källan är den formen av spill vanlig i svensk hälso- och sjukvård.

Enligt en amerikansk metastudie utgör åtminstone 20 procent av utgifterna i amerikansk hälso- och sjukvård av på ett eller annat sätt förslösade resurser.[11] I studien identifieras sex olika typer av slöseri. Det handlar om brister vad gäller vårdens innehåll, brister i samordning, överdriven behandling, administrativ komplexitet, oprecis prissättning och fusk. Såvitt vi vet finns det ingen svensk motsvarande studie och det finns väsentliga skillnader mellan amerikansk och svensk hälso- och sjukvård. Likväl finns det skäl att tro att nära nog alla typer av brister som nämns i bilagan förekommer också i svensk hälso- och sjukvård.

Det finns naturligtvis ingen garanti för att utredningens förslag skulle avskaffa spillet men det finns goda förutsättningar för att det ska kunna minska. Inledningsvis i detta avsnitt om kostnadskonsekvenser av utredningens förslag gjordes bedömningen att samhällets årliga utgifter för vård är cirka 68 miljarder kronor. Säg att utredningens förslag förändrar styrningen och förslösandet av resurser, spillet, så att så lite som, en procent av utgifterna försvinner, så skulle besparingen, kostnadssänkningen, inom barn och ungdomsvården bli 680 miljoner kronor årligen.

[10] Avsnittet bygger *Underlagsrapport till den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S2019:05* (Bilaga 4).
[11] Berwick and Hackbarth (2012) *Eliminating Waste in US Health Care*.

Sparad tid

Inom ramen för det tidigare nämnda samarbetsprojektet som pågått under cirka ett decennium inom vård och omsorg om barn och unga i Region Västerbotten, Hälsa, Lärande och Trygghet (HLT), fanns det inför starten farhågor att den samverkan projektet krävde skulle medföra ökad total sammanträdestid. I stället kunde man efter några år konstatera att även om den samlade mötestiden inte minskat så hade sådan mötestid som tidigare haft karaktären av förspilld tid (sökande efter rätt person och rätt instans, otydlighet i olika aktörers uppdrag) minskat. Spillet hade helt enkelt minskat. Andelen mötestid som innehöll konstruktiv samverkan ökade.

God mötesverksamhet av olika slag är troligen det som utmärker samverkan. Inom organisationer pågår det också mötesverksamhet. Att samverkan sammantaget kan leda till minskad mötesverksamhet är en indikation på dess effektivitetsskapande potential.

8.13.6 Utförarnivån

De samverkansbestämmelser som utredningen föreslår har direkt inverkan på regioner och kommuner central nivå. I ett senare steg påverkas, som ett resultat av samverkan på regional nivå, de olika utförarna hos huvudmännen via de styrverktyg som huvudmännen använder.

Kostnader hos utförare regleras vanligen genom någon form av ersättning per capita (per elev eller per listad patient).

Skolförordningen (2011:185) ska en enskild huvudman få ersättning (skolpeng) från kommunen. Enligt skollagen ska kommuner fördela resurser till utbildningen inom skolväsendet efter barnens och elevernas olika förutsättningar och behov (2 kap. 8 b §). Av skolförordningen (2011:185) framgår att ett bidrag till enskilda huvudmän ska fastställas per kalenderår och grunda sig på hemkommunens budget för det kommande budgetåret. (14 kap. 1 §). Ersättning för elevhälsans medicinska insatser ska ingå i grundbeloppet (14 kap. 4 §).

Den s.k. skolpengen utgör inte alltid hela ersättningen till skolhuvudmännen. Särskilda ersättningar för till exempel lokalkostnader förekommer. Det är också vanligt att kommunernas egna skolor ersätts med en skolpeng. Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regio-

nen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionen styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Inom hälso- och sjukvårdssektorn är regionen alltid huvudman för hälso- och sjukvården oavsett om en offentlig eller enskild aktör bedriver vårdverksamheten. För verksamheter inom primärvården tillämpas vårdvalssystem. Grunderna för vårdvalssystemet regleras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen och innebär skyldigheter för regionen att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården. När vårdvalssystemet utformas, ska detta ske på ett sådant sätt att alla utförare, dvs. de vårdgivare som ska driva verksamheten, behandlas lika av regionen om det inte finns skäl för annat. Ersättning från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare och när regionen har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Regionen styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem. Avtal om uppdrag och ersättning regleras mellan regionen och de aktuella företagen.

Den andra lagen innebär i stället att brukare väljer utförare bland godkända sådana och de villkor som gäller för service och tjänster bestäms av kommuner och regioner i ett regelverk för ersättningar till utförarna. Numera dominerar utförande genom den sistnämnda lagen.

Den ekonomiska styrmodell som alltså gäller inom området gör att det inte finns något direkt samband mellan kostnads- och intäktsinverkan på huvudmännen och motsvarande inverkan på utförarna. Även om utredningen med stor precision skulle ha lyckats beräkna kostnader och intäkter för de verksamheter som ingår i systemet med anknytning till hälso- och sjukvård för barn och unga, så skulle den inte kunna göra motsvarande precisa beräkningar för de enskilda verksamheterna. Det är således inte möjligt att till exempel precist beräkna hur privata företag, fristående skolor eller privatägd verksamhet inom primärvården, påverkas av utredningens förslag. Det precisa utfallet för dessa företag beror på hur kommuner och regioner väljer att vidareföra effekterna till de finansiella ersättningssystem man förvaltar. Med detta sagt ska tilläggas att utredningen ändå i detta avsnitt har valt att, trots svårigheterna, göra approximativa beräkningar av på vilket sätt kommuner och regioner skulle kunna inkorporera effekterna i sina ersättningssystem. Det ska poängteras att dessa beräkningar har gjorts helt för att bidra till en ökad insikt i den inverkanutredningens förslag kan få och på inget sätt ska betraktas som ett försök att styra eventuella justeringar i skolpeng eller andra ersättningsmodeller.

Skolpengen är en ersättning per elev i skolan utbetald av kommunen till, till exempel, skolans ägare. I skolpengen ingår kostnader för elevhälsan. I schabloniserad form ingår också administrationskostnader. De förslag utredningen lägger kan i förlängningen leda till att kostnaderna för elevhälsan eller, beroende på hur man betraktar den ökade kostnaden, de administrativa kostnaderna ökar. Tilläggsbelopp för socioekonomiska förhållanden ges också. En eventuell justering av skolpengen, som i så fall görs av kommunen, kan rimligen göras inom delen för elevhälsan eller möjligen vad gäller socioekonomiska förhållanden.

Enligt Skolverkets statistik var den totala kostnaden år 2019 strax under 172 miljarder kronor för grund- och gymnasieverksamheten. Enligt samma statistik kostade elevhälsan i de båda skolformerna cirka 5 miljarder kronor. Utredningens egna beräkningar ger vid handen att 10 procent av elevhälsans kostnader utgörs av hälsobesöken inom elevhälsan. Således skulle hälsobesöken kosta cirka 500 miljoner kronor. Det förefaller lämpligt att ha antingen kostnaderna för hälsobesöken eller möjligen kostnaden för hela elevhälsan som bas vid bedömningar av eventuella kostnadsökningar inom

skolverksamheten till följd av utredningens förslag om utökad samverkan. Bara som ett räkneexempel skulle då till exempel en enprocentig kostnadsökning leda till 5 miljoner kronor i kostnadsökning för elevhälsan.

Ersättningen till utförare i hälso- och sjukvården görs genom kapitering (listning). Därtill läggs nära nog alltid till faktorer som justerar för vårdbehov. Det handlar om åldersfördelning, socioekonomiska förhållanden eller vårdbehov uttryckt på något annat sätt. Eventuella justeringar till följd av utredningens förslag i ersättningarna görs rimligen i relevanta åldersgrupper möjligen tillsammans med faktorerna för socioekonomiska förhållanden. Kanske kan en justering i den administrativa ersättningen i stället göras.

8.13.7 En kvantitativ sammanställning

I detta avsnitt görs en kvantitativ sammanställning i tabellform där vi avser fånga komplexet av ekonomiska effekter av utredningens förslag. Ingående kvantitativa storheter och sammanhang har karaktären av typexempel. De bygger långt ifrån enbart på empirisk grund, då det inte finns någon sådan. Storheterna och sambanden är resultatet av utredningens egna bedömningar och beräkningar, som också redovisas.

Vi har dock valt att inte försöka kvantifiera de samhällsekonomiska effekter som ligger mycket långt fram i tiden (över 20 år) och som har anknytning till det förbättrade hälsokapital som utredningens förslag genomförda bör bidra till. Det handlar till exempel om förbättrade arbetsinkomster, minskat vårdbehov och minskad kriminalitet.

I tabell 8.4 nedan listas de faktorer som utredningen bedömer medför kostnader och intäkter för samhället i dess helhet. Vi redovisar också de bedömda årliga kostnaderna och intäkterna tillsammans med vår bedömning om under vilka år de infaller under den tänkta 20-årsperioden.

Tabell 8.4 Olika faktorers kostnads- och intäktspåverkan samt startår och slutår

Faktor	Kostnad per år	Intäkt per år	Startår	Slutår
Föreskrifter SoS	1		1	2
Nationellt hälsovårdsprogram	3		1	3
Kunskapssammanställning (SBU)	3		1	5
Ändring i fast vårdkontakt	89		1	20
Samverkan	595		2	20
Minskat spill		680	4	20
Ökad inriktningseffektivitet	20		4	20
Ökad inriktningseffektivitet		200	3	20

Det framgår av tabellen att startåret för kostnader och intäkter i hälften av fallen är det första året. I de fallen rör det sig om företeelser som får effekt direkt. Övriga kostnader infaller mellan det andra och fjärde året. Intäkterna infaller senast.

Samtliga intäkter har formen av minskade kostnader. De summerar till 880 miljoner konor per år vid fullt genomslag. 200 miljoner kronor utgör vinster av en förbättrad inriktningseffektivitet. 680 miljoner kronor utgör kostnadsminskningar till följd av minskat spill.

I tabell 8.5 nedan redovisas resultatet av den samhällsekonomiska bedömningen med hjälp av två mått, nettonuvärdet och nytto-kostnadskvoten.

Tabell 8.5 Nettonuvärde och nytto-kostnadskvot till följd av utredningens förslag

Nettonuvärdet (miljoner kronor)	Nytto-kostnadskvoten
660	1,07

Tabellen kan tolkas enligt följande: Den samhälleliga investering utredningens samlade förslag kan sägas utgöra leder till ett överskott på 660 miljoner kronor och en 7-procentig avkastning på investeringen. Den samhällsekonomiska investeringen är lönsam.

I tabell 8.6 redovisas kostnaderna för statliga myndigheter årligen under den aktuella tidsperioden. Redovisningen är i nominella kronor.

Tabell 8.6 Kostnader för statliga myndigheter olika år till följd av utredningens förslag

År	1	2	3	4	5
Kostnad	9	9	8	3	3

Efter det femte året föreligger det inga särskilda kostnader för statliga myndigheter.

I tabell 8.7 nedan redovisa nettokostnaderna, kostnaderna och intäkterna för kommuner och regioner för samtliga år under den 20-åriga perioden. Redovisningen görs i nominella kronor.

Grunden för tabell 8.7 är en fördelning av nettokostnader, kostnader och intäkter som utgår från andelar i utgångsläget. Fördelning på regioner och kommuner har gjorts enligt följande: De kostnader, och intäkter som är kommunala eller regionala har förts till regioner och kommuner enligt den andel av kostnaderna för den samlade kostnaden för barn och ungdomshälsovården som redovisas i tabell 8.1.

Tabell 8.7 Kommuners och regioners nettokostnader, kostnader och intäkter under en 20-årspeiod

År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kommuner netto	38	38	38	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329
Kommuner kostnader	38	38	38	46	46	46	46	46	46	46
Kommuner intäkter	0	0	0	375	375	375	375	375	375	375
Regioner netto	89	89	89	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366
Regioner kostnader	89	89	89	109	109	109	109	109	109	109
Regioner intäkter	0	0	0	475	475	475	475	475	475	475
År	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**
Kommuner netto	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329	-329
Kommuner kostnader	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
Kommuner intäkter	375	375	375	375	375	375	375	375	375	375

År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Regioner netto	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366	-366
Regioner kostnader	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
Regioner intäkter	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475

Av tabellen framgår det att nettokostnaderna är positiva de första åren av reformen. Efter några år blir nettokostnaderna negativa till följd av bedömda intäkter.

I tabell 8.8 nedan redovisas nettokostnader, kostnader och intäkter i nominella termer under 20-årsperioden. Tabellen avser att, med förenklande antaganden, ge en kvantitativ bild av hur skolan och verksamheter inom hälso- och sjukvården kan påverkas av utredningens förslag. Det gäller såväl egen regi som andra utförare. En utgångspunkt har varit den indelning som gjordes som grund för tabell 8.7 ovan. Därutöver har ett genomsnitt avseende kostnader per elev i grund- och gymnasieskolan samt kostnaden i hälso- och sjukvården med regionalt ansvar per individ i den aktuella befolkningen använts som referens. Syftet med redovisningen är att indikera den möjliga storleken på förändringen av ersättningen till skolor och verksamheter till följd av utredningens förslag.

Tabell 8.8 Förändring av kostnad per elev och kostnad per listad patient i åldern 0–20 år i krontal och procent till följd av utredningens förslag

	Begrepp	År1	År2	År3	År4	År5	År6	År7	År8	År9	År10
Skola nettokostnader	Kronförändring	4	4	4	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33
	Procentuell förändring	0,003%	0,003%	0,003%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%
Skola kostnader	Kronförändring	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
	Procentuell förändring	0,0031%	0,0031%	0,0031%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%
Skola intäkter	Kronförändring	0	0	0	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241
	Procentuell förändring	0,0000%	0,0000%	0,0000%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%
Regioner nettokostnader	Kronförändring	35	35	35	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144
	Procentuell förändring	0,2259%	0,2259%	0,2259%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%
Regioner kostnader	Kronförändring	35	35	35	43	43	43	43	43	43	43
	Procentuell förändring	0,2282%	0,2282%	0,2282%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%
Regioner intäkter	Kronförändring	0	0	0	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189
	Procentuell förändring	0,00%	0,00%	0,00%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%
		År11	År12	År13	År14	År15	År16	År17	År18	År19	År20
Skola nettokostnader	Kronförändring	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33	-33
	Procentuell förändring	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%	-0,027%
Skola kostnader	Kronförändring	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Procentuell förändring	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%	0,0038%
Skola intäkter	Kronförändring	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241	-241
	Procentuell förändring	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%	-0,1979%
Regioner nettokostnader	Kronförändring	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144
	Procentuell förändring	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%	-0,9298%
Regioner kostnader	Kronförändring	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Procentuell förändring	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%	0,2795%
Regioner intäkter	Kronförändring	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189	-189
	Procentuell förändring	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%	-1,22%

Av tabellen framgår det att såväl krontalsförändringarna som de procentuella förändringarna av nettokostnader, kostnader och intäkter per capita är små. Effekten för företag är därför också liten. Den slutliga påverkan på företagen är beroende av i vilken mån och i så fall hur kommuner och regioner justerar i ersättningssystemen till följd av utredningens förslag.

8.13.8 En sammanfattande kvalitativ bedömning av förslagen

Utredningen lägger förslag som huvudsakligen handlar om att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg. Ett led i detta är att utredningen föreslår uppgifter till centrala myndigheter att skapa olika former av styrdokument, kunskapssammanställningar och riktlinjer som ska vägleda kommuner och regioner samt i förlängningen de aktörer som utför tjänster inom den aktuella vården och omsorgen. Det för med sig kostnader för såväl de centrala myndigheterna som kommuner och regioner. Ytterligare ett led är krav på samverkan mellan kommuner och regioner. Det för med sig kostnader för kommuner och regioner. Den samverkan som sker på kommun- och regionnivå förväntas leda till krav på och faktiskt ökad samverkan

mellan de olika aktörerna i utförarledet. Det medför ökade kostnader för utförarna.

Utredningens förslag kan också förväntas ge upphov till intäkter, i form av minskade kostnader. Internationell forskning om vården och omsorgens organisationer ger vid handen att en betydande del av organisationernas kostnader kan betecknas som spill. Med spill menas onödigt resursutnyttjande som inte kommer patienterna till del, eller annorlunda uttryckt förslösade resurser. Möjligen kan analogin med spill i en produktionsprocess vid tillverkning av en fysisk produkt i en fabrik användas. De studier som internationellt genomförts inom hälso- och sjukvården kommer fram till olika grader av ”spill” men ligger i allmänhet i intervallet mellan 20 och 50 procent av de samlade kostnaderna. När spill identifierats har man ofta kunnat finna orsaken i bristande samordning inom och mellan organisationer. Utredningens förslag bör efter hand leda till minskat spill. Även vid modesta relativa effekter blir effekten i kronor och ören stor.

Utredningens förslag bör också kunna leda till just tidigare och bättre samordnade insatser för barn och unga med behov. Sådana insatser ger också intäkter till den vård och omsorg som riktar sig till barn och unga. Utredningens förslag ger också vinster till följd av det ökade humankapital som genereras. [12] Det ger sannolikt effekter i form av minskat behov av vård och omsorg senare i livet, ökat arbetskraftsdeltagande och minskad kriminalitet.

Utredningens förslag medför såväl kostnader som intäkter och sammantaget gör utredningen bedömningen att förslagen är samhällsekonomiskt lönsamma.

I hälsoekonomiska sammanhang är det mycket vanligt att man beräknar kostnaden för uppnåendet av vunna kvalitetsjusterade livsår, s.k. QALYs. Sådana beräkningar har inte legat inom ramen för detta avsnitt. Men med ledning av de genomförda beräkningarna finns det anledning att tro att sådana beräkningarna skulle ge goda resultat.

[12] Se *underlagsrapport för den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S2019:05.* (Bilaga 4).

8.13.9 Avslutande diskussion

Intäkterna, i form av minskade kostnader är dominerande i beräkningarna. Det ska dock konstateras att det i beräkningarna gjorts mycket försiktiga antaganden om vilka effekter utredningens förslag kan ha på till exempel det spill som förekommer inom hälso- och sjukvården.

Det faktum att utredningen har valt att avstå från att beräkna de vidare intäkterna i form av troligt förbättrat hälsokapital gör att den verkliga samhällsekonomiska vinsten av utredningens förslag är ännu större än den beräknade. Beräkningar gjorda av forskare och myndigheter på hälsoområdet visar att också små effekter av insatser inom barn- och ungdomsvården har stor effekt. Vinsten av att en enda person lever ett liv i kriminalitet och drogberoende är, utöver den mänskliga vinsten, mycket stor.

De genomförda beräkningarna är inte precisa prognoser av hur kostnader och intäkter kommer att gestalta sig i den mån utredningens förslag genomförs. Det har flera orsaker. Det handlar dels om att ambitionsnivå och incitament är svåra att inkorporera i beräkningarna, dels beror det naturligtvis på beräkningarnas överslagskaraktär. Utredningen bedömer dock att beräkningarna ger ett underlag för en fortsatt dialog på en något mer upplyst nivå.

9 Författningskommentarer

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

3 kap.

2 §

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Paragrafen har ändrats på så sätt att den uttryckligen anger att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa. Med arbete för att främja hälsa avses åtgärder i hälso- och sjukvården som utgår från kunskap om vad som gör att individer utvecklas väl och mår bra och som syftar till att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Med arbete för att förebygga ohälsa avses åtgärder som förhindrar uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem och på så sätt minskar risken för ohälsa.

Övervägandena finns i avsnitt 6.2.

6 kap.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,

2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,

3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser,

4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda, och

5. hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

I paragrafen finns ett bemyndigande att meddela föreskrifter.

Femte punkten är ny och utgör ett tillägg till bemyndigandet att meddela föreskrifter. Tillägget innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer har rätt att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Hälso- och sjukvårdens skyldighet att arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa framgår av 3 kap. 2 § samma lag.

Tillägget till bemyndigandet att meddela föreskrifter avser endast hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa *hos barn och unga*. Med barn avses personer som är under 18 år, i enlighet med definitionen av barn i artikel 1 i Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och bestämmelsen om underårigs omyndighet i 9 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381). I begreppet unga ingår personer som har fyllt 18 år med inte 21 år.

Övervägandena finns i avsnitt 6.2.3.

7 kap.

7 §

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

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

Paragrafen innehåller en bestämmelse om regionens skyldighet att samverka i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Andra stycket i paragrafen är nytt och anger att regionen särskilt ska samverka med huvudmän inom skolväsendet i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården till barn och unga. I första hand

avses samverkan med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen inom regionen, men bestämmelsen utesluter inte att samverkan även sker med huvudmän inom skolväsendet vars verksamhet är belägen utanför regionen när det är relevant. Vilka som är huvudmän inom skolväsendet och vilka skolformer som skolväsendet omfattar framgår av skollagen (2010:800). Huvudmän inom skolväsendet kan enligt 2 kap. 2–5 §§ skollagen utgöras av kommuner, regioner, staten och enskilda.

Det som sägs om innebörden av begreppen barn och unga i författningskommentaren till 6 kap. 2 § gäller även denna bestämmelse.

Med hälso- och sjukvården till barn och unga avses i bestämmelsen all hälso- och sjukvård som ges till barn och unga, utan avgränsning när det gäller till exempel verksamhetsområde eller typ av vårdgivare. Samverkanskravet avser alltså såväl sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som riktar sig specifikt till barn och unga som sådan verksamhet som riktar sig till hela befolkningen och som barn och unga därför tar del av. Regionens skyldighet att samverka enligt bestämmelsen gäller vidare både sådan hälso- och sjukvård som bedrivs i egen regi och sådan hälso- och sjukvård som bedrivs av annan under regionens huvudmannaansvar.

Andra stycket innebär ingen inskränkning i den skyldighet som följer av första stycket, utan utpekar särskilt skyldigheten att samverka med huvudmän inom skolväsendet i tillägg till skyldigheten att i övrigt samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av all hälso- och sjukvård.

Övervägandena finns i avsnitt 6.4.1.

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

1 kap.

2 §

Bestämmelserna i 1 kap. 9 §, 6 kap. 4 § och 7 kap. 1 och 2 §§ gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman.

Bestämmelserna i 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 2 § andra stycket, 6 kap. 3 §, 8 kap. 1 § och 9 kap. 1 § gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

I paragrafen görs en avgränsning av lagens tillämpningsområde på så sätt att vissa bestämmelser i lagen endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av en region eller kommun som huvudman och vissa bestämmelser endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. I första stycket utpekas bestämmelser som endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman. I andra stycket utpekas bestämmelser som endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Paragrafens andra stycke har ändrats på så sätt att det anger att 6 kap. 2 § andra stycket, vilken reglerar skyldigheten att utse en fast vårdkontakt för personer som inte har fyllt 21 år under vissa förutsättningar, endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5.3.

6 kap.

2 §

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Om patienten inte har fyllt 21 år ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Paragrafen innehåller bestämmelser om när en fast vårdkontakt ska utses för patienten. Andra stycket är nytt och innebär att en fast vårdkontakt ska utses för en patient som inte har fyllt 21 år om patienten begär det eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.

Om patienten inte har fyllt 21 år träder skyldigheten att utse en fast vårdkontakt in så snart det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov. Det krävs alltså inte att det konstaterats att det faktiskt är nödvändigt. Skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt andra stycket är därmed mer långtgående än skyldigheten att utse en fast vårdkontakt enligt första stycket.

Det behov som avses i stycket är behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

En fast vårdkontakt ska enligt andra stycket även utses om patienten begär det. Även om det bedöms att behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet kan tillgodoses på annat sätt ska patientens önskemål om att kunna vända sig till en fast vårdkontakt alltså tillgodoses.

Vid en bedömning av om det kan antas att det är nödvändigt att utse en fast vårdkontakt för ett barn ska det i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa enligt artikel 3 barnkonventionen. Vid en sådan bedömning ska även barnets rätt, enligt artikel 12 barnkonventionen, att fritt uttrycka sina åsikter och skyldigheten för vården att tillmäta dessa betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad beaktas. Bestämmelser om vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barn finns i föräldrabalken (1949:381).

Även när det gäller personer som fyllt 18 år men inte 21 år bedömer utredningen att det är viktigt att så långt det är möjligt samråda med patienten och respektera dennes önskemål när den person som ska vara patientens fasta vårdkontakt utses.

I 1 kap. 2 § samma lag anges att 6 kap. 2 § andra stycket endast gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. 6 kap. 2 § första stycket gäller däremot i övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet och reglerar skyldigheten att utse en fast vårdkontakt under vissa förutsättningar oavsett patientens ålder.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5.3.

Referenser

Offentligt tryck

Riksdagstryck

Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU22 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Propositioner och skrivelser

Lagrådsremiss 2016-05-19: *Särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa.*

Prop. 1981/82: 97: *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m*.

Prop. 1984/85:181: *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.*

Prop. 1994/95:195: *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1999/2000:149: *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling*.

Prop. 2000/01:71: *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskole-utbildningar*.

Prop. 2005/06:115: *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*

Prop. 2008/09:74: *Vårdval i primärvården*.

Prop. 2009/10:55: *En politik för det civila samhället.*

Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.

Prop. 2009/2010:165: *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet*.

Prop. 2012/13:10: *Stärkt stöd och skydd för barn och unga.*

Prop. 2013/14:106: *Patientlag.*

Prop. 2013/14:160: *Tid för undervisning – lärares arbete med stöd, särskilt stöd och åtgärdsprogram.*

Prop. 2016/17:1. *Budgetproposition för 2017.*

Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

Prop. 2016/17:59 *Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet*.

Prop. 2016/17:106 *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*

Prop. 2017/18:186 *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.*

Prop. 2017/18:249: *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*

Prop. 2019/20:164: *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Statens offentliga utredningar

SOU 1979:78: *Mål och medel för hälso- och sjukvården förslag till hälso- och sjukvårdslag.*

SOU 2000:19: *Från dubbla spår till elevhälsan.*

SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga.*

SOU 2014:3 *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga.*

SOU 2010:95: *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning.*

SOU 2013:74: *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan.*

SOU 2014:23: *Rätt information på rätt plats i rätt tid.*

SOU 2016:2: *Effektiv vård.*

SOU 2016:78: *Ordning och reda i välfärden.*

SOU 2017:9: *Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar.*

SOU 2017:35: *Samling för skolan Nationell strategi för kunskap och likvärdighet.*

SOU 2017:43: *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen.*

SOU 2017:47: *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*

SOU 2018:39: *God och nära vård En primärvårdsreform.*

SOU 2018:90: *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*

SOU 2019:20*: Stärkt kompetens i vård och omsorg*.

SOU 2019:29: *God och nära – vård i samverkan*.

SOU 2019:42: *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*

SOU 2020:19: *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

SOU 2020:47: *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*

SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet.*

SOU 2020:63: *Barnkonventionen och svensk rätt.*

SOU 2021:4: *Informationsöverföring inom vård och omsorg.*

SOU 2021:6: *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.*

SOU 2021:11: *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning.*

Departementsserien och promemorior

Ds 1981:4 *Skollagen.*

Ds 1999:44: *Den ljusnande framtid är vård, Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling.*

Ds 2018:32: *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi*.

Promemoria U2018/02704/UH: *En sexårig utbildning för läkarexamen*.

Kommittédirektiv

Dir. 2017:39 *Översyn av socialtjänstlagen.*

Dir. 2018:20: *Kartläggning av hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med barnkonventionen.*

Dir. 2019:37: *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Dir. 2019:38 *Tilläggsdirektiv till utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven.*

Dir 2019:49: *Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01).

Dir. 2019:69: *Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård*.

Dir. 2019:71 *Fler barn i förskolan för bättre språkutveckling i svenska.*

Dir. 2019:78 *Tilläggsdirektiv till utredningen sammanhållen kunskapsstyrning*.

Dir. 2020:68: *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.*

Dir. 2020:81: *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

Dir. 2020:112 *Tilläggsdirektiv till utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg*.

Dir. 2020:140 *Förutsättningar för ett statligt huvudmannaskap för skolan.*

Rapporter och litteratur

Barnombudsmannen (2016): *Respekt – barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd.*

Barnombudsmannen (2019): Barns röster från förskolan.

Bergum Hansen, M. & Jacobsen, H. (2008): *Sped- och småbarn i risiko- en kunskapsstatus.* Regioncenter for barn og unges psykiska helse.

Berwick and Hackbarth (2012) *Eliminating Waste in US Health Care.*

Blair, M. et al. (2013): *Barnhälsovetenskap.* Studentlitteratur, Lund.

Bloom, M. & Gullotta, T.P. (2003): *Evolving definitions of primary prevention. Encyclopaedia of primary prevention and health promotion*. New York Cluwer.

Bris (2020): *De säger att vi inte rör på oss.*

Bris (2019): *Expertgrupp barn – metodhandbok.*

Bris (2020): *Hållbara liv – om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*.

Bris (2021): *Första året med pandemin – om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020.*

Britto, P.R. et al. (2017): *Nurturing care: Promoting early childhood developement.* Lancet, 389, 91–102.

Broberg, M. et al. (2014): *Riktat föräldrastöd. RiFS-projektets slutrapport. En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning* RiFS-projektets slutrapport. FoU i Väst/GR.

Brottsförebyggande rådet (2009): *Orsaker till brott bland unga och metoder att motverka kriminell utveckling – En kunskapsinventering.*

Dalman, C. (2018): *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga.* Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting.

Daníelsdóttir, S. & Ingudóttir, J. (2020): *The First 1 000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis.* Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Folkhälsomyndigheten (2014): *Vaccinationsstatistik från skolhälsovården Elever i årskurs 6, läsåret 2013/14.*

Folkhälsomyndigheten (2016*): Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld.*

Folkhälsomyndigheten (2017): *Folkhälsans utveckling.*

Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017) *Förskolans påverkan på barns hälsa.*

Folkhälsomyndigheten (2017): *SRHR i Sverige.*

Folkhälsomyndigheten (2017): *Hiv i Sverige 2016*.

Folkhälsomyndigheten (2018): Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport.

Folkhälsomyndigheten (2018): *Rapport över utvecklingen i förhållande till ANDT-strategins mål 2018.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Barns och ungas rörelsemönster.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Ojämlikheter i psykisk hälsa – Kunskapssammanställning.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017*. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017.

Folkhälsomyndigheten (2019): *Skolbarns hälsovanor.*

Folkhälsomyndigheten (2019): *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport*.

Folkhälsomyndigheten (2020): *Covid-19 hos barn och unga – En kunskapssammanställning Version 2.*

Folkhälsomyndigheten (2020): *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020*.

Folkhälsomyndigheten (2020): *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård.*

Folkhälsomyndigheten (2020): *På väg mot en god och jämlik hälsa – Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet*.

Folkhälsomyndigheten (2021): *En skolbaserad samverkansmodell för första linjen med syfte att förebygga barns och ungas psykiska ohälsa i Sverige. Utvärdering av ett pilotprojekt initierat av Sveriges Kommuner och Regioner.*

Folkhälsomyndigheten och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin SLL (2017): *Förskolans påverkan på barns hälsa.*

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

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2013): *Ni är grymma, keep up the good work.*

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (2018): *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar.*

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2018): *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar.*

Furmark, C. & Neander, K. (2018): *Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning.* Nka Barn som anhörig 2018:2.

Golsäter, M. (2012): *Hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa – en utmanande uppgift*. Dissertation series no. 26 2012, Högskolan i Jönköping.

Gordon, R.S. (1983): *An operational classification of disease prevention.* Public Health Reports. 1983;98:107–109.

Governo (2021): *Utvärdering av Skolverkets och Socialstyrelsens regeringsuppdrag om tidiga och samordnade insatser för barn och unga* (2017/01236/GV).

Hagquist, C. (2020): *Final Scientific Report. Research programme 2013–2020. The impacts of changed living conditions on child and adolescent mental health.* Karlstad University.

Heckman, J.J. (2000): *Policies to foster human capital*, Research in Economics, 54(1) (s. 3–56).

Helsedirektoratet (2017): *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdomen.*

Inera AB (2018): *eHälsa och IT i landstingen*.

Inera AB (2019): *Ärendebeskrivning: Sammanhållen plan i 1177 Vårdguiden*.

Inera AB och Sveriges Kommuner och Landsting (2018): M*ålbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll – Gemensam målbild för kommuner, landsting, regioner, SKL och Inera*.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (2019): *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Tillsyn av elevhälsan medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2015): *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2016): *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2018): Remissvar på SOU 2018:39 *God och nära vård en primärvårdsreform.*

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2019): *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja*. Förstudie.

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2020): *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*.

IVO (2020): *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*.

Karlsson, M. & Nilsson, T. (2018): *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster*, SNS analys nr 49.

Konkurrensverket (2014): *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Rapport 2014:2.

Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet (2010) *Barns och ungas psykiska hälsa i Sverige En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid.*

Kommunakuten, (2019): *Rättsliga förutsättningar för drift av ungdomsmottagningar.*

Köhler, M. (2017): *Vulnerable children. A social perspective on health and healthcare*. Lunds universitet.

The Marmot review (2010): *Fair society, healthy lives*. Strategic Review of Health Inequalities in England post – 2010. www.ucl.ac.uk/marmotreview.

Medin, Jennie och Alexandersson, Kristina (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Studentlitteratur, Lund.

Milerad, Josef och Lindgren, Carl (2015): *Evidensbaserad elevhälsa.* Studentlitteratur, Lund.

Mind (2018): *Unga mår allt sämre – eller?*

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2010): *Samhällets kostnader för fallolyckor MSB 0197*.

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2014): *Fallolyckor. Statistik och analys MSB 752*.

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019): *Remiss: den robusta sjukhusbyggnaden – 2020.*

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2019): *Unga med attityd, del 3 hälsa, fritid och framtid.*

Myndighetens för vård- och omsorgsanalys (2013): *Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*, rapport 2013:9.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*, rapport 2014:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015): *Samordna vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.* PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016): *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, rapport 2018:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, rapport 2018:08.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018): *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*, rapport 2018:12.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Olik eller jämlik – En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan*, rapport 2019:4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019): *Förberedd och sedd*, rapport 2019:6.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, rapport 2020:4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, rapport 2020:9.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:11.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020): *Kostnadsfria preventivmedel till unga – En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:13.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021): *Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården*, PM 2021:1.

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

Nordic Council of Ministers Danielsdottir, S. och Ingudottir, J. (2020): *The First 1000 Days in The Nordic Countries. A Situation Analysis.*

OECD (2017): *The future of primary care Interim report and next steps*.

OECD och EU (2018): *Health at a glance: Europe*.

Public Health England (2016): Best start in life and beyond: Improving public health outcomes for children, young people and families Guidance to support the commissioning of the Healthy Child Programme 0–19: Health visiting and school nursing services.

Region Blekinge (2019): *Redovisning avseende överenskommelsen om god och nära vård 2019*.

Region Dalarna (2019): *Region Dalarnas redovisning av statliga medel God och nära vård, 2019-10-15, Nulägesbeskrivning och handlingsplan i omställningen till en mer nära vård*.

Region Stockholm (2019): *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*.

Riksrevisionen (2011): *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan* (RiR 2011:19).

Riksrevisionen (2011): *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning* (RiR 2011:17).

Riksrevisionen (2014): *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22).

Ringsberg, K. C. et al. (2020): *Health literacy – Teori och praktik i det hälsofrämjande arbetet,* Studentlitteratur, Lund.

Risholm Mothander, P. & Broberg, A. (2018): *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning utveckling och samspel.* Natur & Kultur, Stockholm.

Rück, C. (2020): *Olyckliga i paradiset: varför mår vi dåligt när allt är så bra?* Natur Kultur Akademisk.

Rose, G. et al. (2009): *Rose's Strategy of Preventive Medicine.* Oxford Scholarship Online:sept 2009.

Rootman, I. et al. (2001) *Evaluation in Health Promotion. Principels and Perspektives. Copenhagen*: WHO Regional Publications, European Series, No.92.

Sarkadi A. et al. (2018): *Spädbarnets utveckling och behov av en trygg bas.* ISSN: 2001-4287.

Sarkadi, A. (2020): *Barn och ungas röster om corona.* Uppsala universitet.

SBU – Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2010): *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.*

SBU – Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2019): *Föräldrastödsprogram vid utagerande beteende hos barn: Effekter och verksamma komponenter.*

Skolinspektionen (2015): *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*. Kvalitetsgranskning, rapport 2015:05.

Skolinspektionen (2018): *Årsrapport 2017 Skillnader i skolors arbetssätt och huvudmännens ansvarstagande.*

Skolinspektionen (2020): *Skolenkäten*.

Skolverket (2019): *Hälsa för lärande – lärande för hälsa.*

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012): *Slutrapport från Modellområdesprojektet 2009–2011*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014): *Kartläggningsrapport – Första linje för barn och ungas psykiska hälsa*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015): *PSYNK – Psykisk hälsa för barn och unga Slutrapport för Psynk År 2011–2014.*

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016): *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar.*

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017): *Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018): *Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2018 – Elevhälsoundersökning.*

SKL – Sveriges kommuner och Landsting (2018*): Slutrapport januari 2018 Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *Köp av verksamhet 2019 – Kommuner och regioner 2006–2018*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *BUP i siffror, öppna jämförelser.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Att stärka samverkan med hjälp av SIP – samverkan med hjälp av SIP – förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Delrapport – överenskommelse psykisk hälsa*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Första linjen 2020 – Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa.*

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): *Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn.*

SKR (2020) Psykiatrin i siffror – kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin 2019.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa.*

Socialstyrelsen (2008): *Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt.*

Socialstyrelsen (2011): *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?*

Socialstyrelsen (2012): *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*.

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

Socialstyrelsen (2012): *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Slutrapport.*

Socialstyrelsen (2013): *Nationella screeningprogram – en modell för bedömning, införande och uppföljning.*

Socialstyrelsen (2013): *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*.

Socialstyrelsen (2013): *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*.

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

Socialstyrelsen (2014): *Vägledning för barnhälsovården*.

Socialstyrelsen (2014): *Barn som far illa eller riskerar att fara illa.*

Socialstyrelsen (2014): *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd.*

Socialstyrelsen (2015): *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal.*

Socialstyrelsen (2015): *Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar*.

Socialstyrelsen (2015): *Nationella riktlinjer – Utvärdering-Sjukdomsförebyggande metoder 2014 – Indikatorer och underlag för bedömningar.*

Socialstyrelsen (2015): *Skador bland barn i Sverige 2015.*

Socialstyrelsen (2016): *Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*

Socialstyrelsen (2017): *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning.*

Socialstyrelsen (2017): *Utvecklingen av psykisk ohälsa. Till och med 2016.*

Socialstyrelsen (2017): *Vård efter förlossning.*

Socialstyrelsen (2017): *Statistik om skador bland barn 2016.*

Socialstyrelsen (2017): *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning.*

Socialstyrelsen (2018): *Dödfödda barn.*

Socialstyrelsen (2018): *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.*

Socialstyrelsen (2018): *Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn – en fråga om psykosocial miljö?*

Socialstyrelsen (2018): *Öppna jämförelser 2018 – En god vård?*

Socialstyrelsen (2019): *Regeringsuppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) – Lägesbeskrivning 2019.*

Socialstyrelsen (2019): *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie.*

Socialstyrelsen (2019): *Uppdrag om kartläggningar och analyser inom området psykisk ohälsa.*

Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.*

Socialstyrelsen (2019): *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa. Nationell kartläggning 2018.*

Socialstyrelsen (2019): *Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för en jämlik hälsa bland barn.*

Socialstyrelsen *(2019): Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn.*

Socialstyrelsen (2019): *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården, slutrapport 2019.*

Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid neuropsykiatriska funktionshinder.*

Socialstyrelsen (2019): *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019.*

Socialstyrelsen (2019): *Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa.*

Socialstyrelsen *(2019): Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018.*

Socialstyrelsen (2019): *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov.*

Socialstyrelsen (2020): *Barns medverkan i Socialstyrelsens arbeten. Ett stödmaterial för att inhämta barns kunskaper och erfarenheter.*

Socialstyrelsen (2020): *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020.*

Socialstyrelsen (2020): *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).*

Socialstyrelsen (2020): *Munhälsa och tandvård för placerade barn.*

Socialstyrelsen (2020): *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.*

Socialstyrelsen (2020): *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018.*

Socialstyrelsen (2020): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – lägesrapport 2020.*

Socialstyrelsen (2020): *Öppna jämförelser 2020 – Social barn- och ungdomsvård.*

Socialstyrelsen (2020): *Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården En andra delrapport från Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020.*

Socialstyrelsen (2021): *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten.*

Socialstyrelsen (2021): *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

Socialstyrelsen (2021): *Att lyssna på barn i familjehem. En nationell brukarundersökning om familjehemsplacerade barns upplevelser av vården.*

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2020): *Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner – Delredovisning*.

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

Staten och SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017): *Överenskommelse om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020.*

Statens Medieråd (2019): *Ungar & medier 2019.*

Statens Medieråd (2020): *Unga medier och psykisk ohälsa*.

Stewart-Brown, S. L. & McMillian, A. S. (2010): *Home and communiting based parenting support programmes and interventions:report of Worpackage 2 of the DataPrev project.* Coventry: Warwik Medical School.

Sundhetsstyrelsen (2019): *VEJLEDNING om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.*

Svenska neonatalföreningen (2015): *Nationella riktlinjer för uppföljning av neonatala riskbarn.*

Svenska OMEP (2019): *Samarbete förskola – barnavårdscentral En nationell enkätundersökning 2019.*

Sveriges officiella statistik (2020): *Statistiska meddelanden BM 18 SM 2001 Sveriges framtida befolkning 2020–2070.*

Sveriges tandläkarförbund et al. (2019): *Förutsättningar för god mun- och allmänhälsa hos barn och ungdomar – Enkät till skolpersonal.*

Tell, J. (2019): *Implementation and use of web-based national guidelines in child healthcare.* Avhandling No. 2019:03 Blekinge Institute of Technology, Doctoral Dissertation Series No. 2019:03 Department of Health.

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

Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *PM Begrepp inom området psykisk hälsa, version 1.0.*

Uppdrag Psykisk Hälsa (2020): *Psykiatrin i siffror, Barn och ungdomspsykiatrin – kartläggning 2019.*

UNHCR (2019): *Rapport baserad på FN:s World Population Prospect 2019.*

Vårdföretagarna Almega (2020) *Privat vårdfakta 2020 – Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen.*

Västra Götalandsregionen (2014): *Riktat föräldrastöd RiFS-projektets slutrapport En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning,* FoU i Väst.

Västra Götalandsregionen (2017): *Regional utvecklingsplan för BUP 2017–2020.* Dnr RS 2017-00018.

Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – Nuläge och behov. Delrapport 1.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2018): *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2018): *Intervjustudie närstående till barn med kronisk sjukdom och många vårdkontakter, bilaga 2.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2019): *Intervjustudie med barn och unga med kronisk sjukdom och många vårdkontakter i Västra Götalandsregionen – hur de uppfattar kontakten med vården och hur de beskriver sin vardag, Regional handlingsplan för barn och ungas hälsa och sjukvård.* Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2019): *Uppdrag att utreda öppenvården för barn- och ungdomsmedicin i VGR.* Dnr RS 2019-08704

Västra Götalandsregionen (2019): *Trendanalys 2019*. Dnr RS 2019-03429.

Wallby, T. (2012): *Lika för alla?: Social position och etnicitet som determinanter för amning, föräldrars rökvanor och kontakter med BVC*, Uppsala universitet, Medicinska och farmaceutiska vetenskapsområdet, Medicinska fakulteten, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Pediatrik.(Socialpediatrik).

Wang et al. (2019): *Mode of HPV vaccination delivery and equity in vaccine uptake: A nationwide cohort study.*

Whitehead, D. (2006): *Health promotion in practice settings: findings from a review of clinical issues.* Worldviews on Evid Based Nurs, Volume 3, Issue 4/p. 165–184.

WHO (2008): *Now more than ever, World Health Report 2008?*

WHO (2008): *Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health.*

WHO (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.*

WHO (2018): *A vision for primary health care in the 21th century*.

WHO (2019): *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age.*

Winpenny, E. et al. (2016*): Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons*, Southampton (UK): NIHR Journals Library.

Pressmeddelanden och webbpublikationer

Internetstiftelsen (2018): *Svenskarna och internet 2018*. https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2018/ (Hämtad 20-02-12).

Internetstiftelsen (2019): *Svenskarna och internet 2019*. https://svenskarnaochinternet.se/app/uploads/2019/10/svenskarna-och-internet-2019-a4.pdf (Hämtad 20-02-12).

Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG och samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening (2008, uppdaterad webbversion 2016): *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. ARG rapport nr 76. www.sfog.se (Hämtad 2021-04-09).

Regeringen (2019): *Regeringen inrättar nationellt vårdkompetensråd*. www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/09/regeringen-inrattar-nationellt-vardkompetensrad/ (Hämtad 2020-01-03).

Regeringen (2019): Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg. www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/11/forbattrat-strategiskt-ledarskap-inom-kommunalt-finansierad-vard-och-omsorg/ (Hämtad 2020-01-09).

Regeringen (2019): En nationell strategi för life science. www.regeringen.se/informationsmaterial/2019/12/en-nationell-strategi-for-life-science/ (Hämtad 2020-03-02).

Region Västerbotten (2020) *Hälsa – Lärande – Trygghet i Västerbotten. Årsrapport 2020*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019): *Patientkontrakt. Slutrapport januari 2018. Samarbetsprojekt i tre landsting/ regioner.* https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f745b33/1615362686662/Patientkontrakt_slutrapport_2018-02-14.pdf.

Socialstyrelsen (2018): *Inrapporterade depressioner och ångest-syndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018.* www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6768.pdf (Hämtat 2020-04-09).

The 1001 Critical Days (2021): *The importance of the Conception to Age Two Period.* www.nspcc.org.uk/globalassets/dokuments/news/critical-days-manifesto.pdf (Hämtad 2021-02-22).

Zero to Three (2012): *Making it happen.* www.zerotothree.org/document/349 (Hämtad 2021-02-19).

Medietryck och debattartiklar

Almgren, P. et al. (2020): Många barn har långvariga och stora behov av hälso- och sjukvård. *Läkartidningen 2020; 117:20045*.

Bris (2020): *Pandemin är en barnrättskris.* www.bris.se/om-bris/press-och-opinion/debattartiklar/pandemin-ar-en-barnrattskris/ (Hämtad 2021-01-06)

Sveriges Barnläkarförening (2021): Nedstängningar slår hårt mot barn och unga. *Svenska Dagbladet*. *2021-01-31.* www.svd.se/nedstangningar-slar-hart-mot-barn-och-unga (Hämtad 2021-02-01).

Webbsidor

Brottsförebyggande rådet (2019): *Unga misstänkta för brott.* www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/ungdomsbrottslighet.html (Hämtad 2021-04-09).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Att främja psykisk hälsa bland barn och unga*. www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/barn-och-unga--psykisk-halsa/ (Hämtad 2020-03-30).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Utveckling av barns och ungas hälsa.* www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/utveckling-av-barns-och-ungas-halsa/ (Hämtad 2020-03-30).

Folkhälsomyndigheten: *Bra att veta om vaccinationer*. www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/bra-att-veta-om-vaccinationer/ (Hämtad 2020-04-03).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Barnvaccinationsprogram – Allmänt program för barn.* www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vaccinationsprogram/allmant-program-for-barn/ (Hämtad 2020-03-27).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Vaccin mot Humant papillomvirus (HPV).* www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vacciner-a-o/humant-papillomvirus-hpv/ (Hämtad 2020-03-27).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet – Alkohol-konsumtion (skolelever)*, www.folkhalsomyndigheten.se/andtuppfoljning/om-indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion, cigaretter (skolelever)* www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Tobakskonsumtion snus (skolelever)*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Narkotikaanvändning (skolelever*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk alkohol*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten (2020): *Indikatorlabbet, Gravida riskbruk tobak*, www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/ (Hämtad 2021-03-18)

Folkhälsomyndigheten (2020): *Spädbarnsdödlighet*, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/spadbarnsdodlighet/ (Hämtad 2020-03-19).

Folkhälsomyndigheten (2021): *Alkoholens skadeverkningar*, www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/alkoholens-skadeverkningar/ (Hämtad 2021-03-18).

Folkhälsomyndigheten, *Barn och unga* (2021): www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/ (Hämtat 2021-04-09)

Folkhälsomyndigheten (2021): *De första 1000 dagarna i de nordiska länderna*. www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/ (Hämtad 2021-04-09)

Folkhälsomyndigheten (2021): *Förekomst av övervikt och fetma*, www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/forekomst-av-overvikt-och-fetma/ (Hämtad 2021-01-27).

Föreningen för familjecentralers främjande (2021): *Vad är en familjecentral?* https://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral1/ (Hämtat 2021-04-09).

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2021): Om FSUM, http://fsum.nu/om/ (Hämtad 2021-04-09).

Globalportalen (2021): https://globalportalen.org (Hämtat 2021-04-09).

Graviditetsregistret (2021): *Detta är graviditetsregistret.* www.graviditetsregistret.se (Hämtat 2021-04-06).

Karolinska institutet – Svenska MeSH (2020): *Health Literacy – Hälsolitteracitet.* https://mesh.kib.ki.se/term/D057220/health-literacy (Hämtad 2020-12-06).

Midlands Partnership NHS Foundation Trust (2021): *School Age Immunisation Team*. www.mpft.nhs.uk/services/school-age-immunisation (hämtad 2021-04-12).

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (2021): www.mfof.se/om-mfof.html (Hämtat 2021-04-12).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021): *Barn som anhöriga*. www.anhoriga.se/barnsomanhoriga (Hämtad 2021-04-09).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2021): *Värna våra yngsta – spädbarns rätt till hälsa och utveckling*. www.anhoriga.se/nkaplay/barn-som-anhorig/konferenser-seminarier/ (Hämtad 2021-04-09).

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021): https://kunskapsstyrningvard.se/index.html (Hämtad 2021-04-09).

Nationellt system för kunskapsstyrning – Nationellt programområdet psykisk hälsa (2020): *Vård och insatsprogram för ADHD*. www.vardochinsats.se/adhd/ (Hämtad 2021-02-18).

Psykologförbundet: *Nationell målbeskrivning för psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård* www.psykologforbundet.se/mbhv-psykologerna/foreningen/Nationell-malbeskrivning1/ (Hämtad 2021-04-06).

Region Jönköping (2019): *Erfarenheter från verksamheten.* https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45124 (Hämtad 20-02-24).

Region Jönköping (2019): *Erfarenheter från deltagarna*. https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45028 (Hämtad 20-02-24).

Region Jönköping (2019): *Esther*. https://plus.rjl.se/esther (Hämtad 20-02-23).

Region Jönköping (2019): *Levande bibliotek*. https://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=44778&nodeType=13 (Hämtad 20-02-24).

Region Kalmar län (2019): *Oskar – samverkan kommun och Region Kalmar län*, www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-landsting (Hämtad 19-12-27).

Region Stockholm (2019): *Internetpsykiatri.* www.internetpsykiatri.se/ (Hämtad 20-02-26).

Rikshandboken för barnhälsovård (2020): www.rikshandboken-bhv.se/ (Hämtad 2020-03-30).

Rikshandboken för barnhälsovård (2021): *Enskilda föräldrasamtal* www.rikshandboken_bhv.se/metoder--riktlinjer/enskilda-foraldrasamtal/ (Hämtad 2021-04-09).

Rikshandbok för barnhälsovård (2021): *Identifiering av skydds- och riskfaktorer*. www.rikshandboken-bhv.se (Hämtad 2021-04-09).

Rikshandboken i barnhälsovård (2021): *Screening med EPDS för depression hos nyblivna mammor*. www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/ (Hämtad 2021-02-09).

Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Teamarbete i barnhälsovården*. www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/teamarbete-i-barnhalsovarden/ (Hämtad 2021-04-09).

Rikshandbok i barnhälsovård (2021): *Barnhälsovårdens nationella program.* www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/ (Hämtad 2021-04-09).

SCB -Statistiska centralbyrån (2020): *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2019*. www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--riket/befolkningsstatistik-i-sammandrag/ (Hämtad 2020-04-01).

SCB – Statistiska centralbyrån (2020): *Fler barn bor i storstäder i framtiden*. www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/fler-barn-bor-i-storstader-i-framtiden/ (Hämtad 2020-04-01).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): *23 000 barn går inte i förskola.* www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/23-000-barn-gar-inte-i-forskola/ (Hämtad 2021-02-01).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): Födda i Sverige. www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/fodda-i-sverige/(Hämtad 2021-02-09).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): *Kommunernas Räkenskapssammandrag 2019*. www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/ (Hämtad 2021-04-02).

SCB – Statistiska centralbyrån (2021): Folkmängd 0–19 år riket jämförelse år 2000 och år 2020 samt befolkningsprognos. www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/ (Hämtat 2021-02-19).

Skolverket (2021): *Elever som har det svårt hemma* www.skolverket.se/skolutveckling/inspiration-och-stod-i-arbetet/stod-i-arbetet/elever-som-har-det-svart-hemma (Hämtat 2021-04-09).

Skolverket (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)*. www.skolverket.se/skolutveckling/leda-och-organisera-skolan/organisera-tidigt-stod-och-extra-anpassningar/tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga (Hämtad 2021-04-09).

Skolverket (2020): *Andelen med behörighet till gymnasiet*, www.skolverket.se/skolutveckling/statistik/sok-statistik-om-forskola-skola-och-vuxenutbildning?sok=SokC&verkform=Grundskolan&omrade=Betyg%20%C3%A5rskurs%209&lasar=2019/20&run=1 (Hämtat 2020-12-20).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020): Valfrihetssystem i regionerna – beslutsläge 2020. https://skr.se/download/18.438a2da8174729859c6b06e3/1600194793873/Beslutsläge-vårdval-Regioner-juni-2020.pdf (Hämtad 2020-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Ekonomistatistik 2010–2019.*
https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html
(Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Verksamhetsstatistik 2010–2019.*
https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html
(Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Vad är definitionen av primärvård?*
https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/tillganglighetprimarvarden/verksamhetsstodutokaduppfoljningiprimarvarden/fragorochsvaromutokaduppfoljningiprimarvarden/faqallmantomrapportering/vadardefinitionenavprimarvard.31799.html (Hämtad 2021-02-19).

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021): *Förlossningsvård och kvinnors hälsa.*
https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/forlossningsvardkvinnorshalsa.10832.html
(Hämtad 2021-02-12).

SKR (2021): *Metoder och verktyg vid samtal med barn inom socialtjänsten*
https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/barnochunga/samtalmedbarn/metoderochverktyg.34408.html
(Hämtat 2021-04-09).

SKR (2021): *Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården*
https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/overenskommelseomengodochnaravard/utvecklingavdennaravardenmedfokuspaprimarvarden.31668.html
(Hämtat 2021-04-06).

Socialstyrelsen (2019): *Digital verksamhetsutveckling i vården*, https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde (Hämtad 2019-12-27).

Socialstyrelsen (2019): *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-25.pdf (Hämtad 2021-02-18).

Socialstyrelsen (2020): *Direktåtkomst för den enskilde*, https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde (Hämtad 20-03-09).

Socialstyrelsen (2021): *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI).* https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/om-tidiga-och-samordnade-insatser/ (Hämtad 2021-04-09).

Socialstyrelsen (2021): Stöd till barn som är anhöriga www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-vard-och-omsorg/stod-till-anhoriga/stod-till-barn/ (Hämtat 2021-04-09).

Svenska Barnhälsovårdsregistret (2021): *Svenska Barnhälsovårdsregistret*. http://bhvq.se (Hämtad 2021-04-09).

Tilia (2020): *Om oss* https://teamtilia.se/om-oss/ (Hämtad 20-12-21).

UMO.se (2020): www.umo.se/

Vårdhandboken:(2021): www.vardhandboken.se/ (Hämtad 2021-02-05).

1177 Vårdgivarguiden (2021): *Barn- och ungdomspsykiatrins spädbarnsverksamhet i Skåne* https://www.1177.se/Skane/liv--halsa/psykisk-halsa/att-soka-stod-och-hjalp/barn--och-ungdomspsykiatrins-spadbarnsverksamhet-i-skane/ (Hämtad 2021-04-06).

Västra Götalandsregionen (2021): *Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård Borås, Regionhälsan*, www.vgregion.se/halsa-och - vard/psykologenheter-for-modra-och-barnhalsovard/sodra-alvsborg/ (hämtad 2021-04-09)

Övrigt

Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24) (CRC/C/GC/15).

Regeringens nationella psykiatrisamordnare (2012): *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*. Dnr S2012.006.

Regeringens nationella samordnare inom området psykisk hälsa (2018) *Ungas beställning till samhället (S2018/04669/FS).*

Regeringskansliet Socialdepartementet (2018): En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd.

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* S 2020/07505.

Regeringsuppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen, *Ändring av uppdrag att utföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga samt förlängd tid för uppdraget*, dnr U2020/00363.

Regeringsuppdrag till Statens skolverk och Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*, U2017/01236/GV.

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer* S2019/04223/FST.

Regeringsuppdrag till Folkhälsomyndighet och Socialstyrelsen, *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention*, S2020/06171/FS.

Socialutskottet (2017): *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering.* (Dnr. 2017/18:RFR5).

Verksamhetschefsnätverket för BUP Sverige (2020): Skrivelse daterad 2020-05-28 om regeringsdirektivet.

Överenskommelse mellan staten och SKL om Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården 2018.

Överenskommelse mellan staten och SKL om God och nära vård En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019.

Överenskommelse mellan staten och SKR om Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020.

Överenskommelse mellan staten och SKR om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021.

Överenskommelse mellan staten och SKL om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018–2020.

Kommittédirektiv 2019:93

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Beslut vid regeringssammanträde den 28 november 2019

Sammanfattning

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

Utredaren ska bl.a.

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

– ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), och
– lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter. Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

Bakgrund

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska bl.a. den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa. Av patientlagen (2014:821) framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

I patientlagen anges att barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn. Vidare finns det särskilda bestämmelser om att barnet ska ges möjlighet att uttrycka sin inställning till vården och om att underlätta barnets delaktighet i hälso- och sjukvården med beaktande av ålder och mognad. Uppföljningar från bl.a. myndigheter och utredningar visar dock att vård inte alltid ges utifrån dessa förutsättningar och att tillgången till vård och samordningen av den varierar mellan olika regioner och vårdgivare.

Målgruppen för uppdraget är barn och unga. Regeringens barnrättspolitik tar sin utgångspunkt i FN:s konvention om barnets

rättigheter (barnkonventionen) och omfattar barn och unga upp till 18 år. Ungdomspolitiken omfattar unga mellan 13 och 25 år.

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. Antalet barn och unga med psykisk ohälsa har dock ökat kraftigt under de senaste tio åren. Totalt handlar det om närmare 190 000 barn och unga vuxna i Sverige som lider av någon form av psykisk ohälsa. Den enskilt största gruppen, drygt 63 000 personer, är unga kvinnor i åldern 18–24 år. Det är framför allt diagnoser för depressioner och olika ångestsyndrom som bidrar till ökningen av den psykiska ohälsan. Orsakerna till ökningen kan vara flera, bl.a. ökad skolstress och ökade krav på arbetsmarknaden. De första åren i ett barns liv är viktiga för barnets utveckling och framtida hälsa. Brister i spädbarnets omsorgsmiljö påverkar barnet både kognitivt och emotionellt på lång sikt. Tidiga insatser på olika nivåer är avgörande för att säkerställa späda barns rätt till hälsa och utveckling.

Det finns också skillnader i hälsa som beror på socioekonomiska faktorer. Det framgår bl.a. av delbetänkandet Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55) från Kommissionen för jämlik hälsa. Barn som lever i socioekonomisk utsatthet löper t.ex. mycket högre risk att skrivas in på sjukhus och att dö under barndomen än andra barn. Dessa barn har sämre hälsa och tandhälsa även i vuxen ålder och sämre förutsättningar för lärande, arbete och en egen inkomst. Även barn och unga som är placerade av socialtjänsten är särskilt utsatta. Det är centralt att barn och unga får tillgång till en sammanhållen vård som tar hänsyn till barns och ungas förutsättningar och behov så att de kan utvecklas och må bra även i vuxen ålder. Det gäller såväl hälso- och sjukvårdsinsatser som hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Uppföljningar, bl.a. från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen, visar att fragmentiseringen av och den bristande tillgången till hälso- och sjukvården samt otydlig ansvarsfördelning mellan de aktörer som erbjuder hälso- och sjukvård leder till att barn och unga ofta hamnar mellan stolarna. Det gäller särskilt barn och unga med psykisk ohälsa. IVO har i sin tillsyn sett att barn och unga med psykisk ohälsa riskerar att drabbas av brister i samordning och en osammanhängande vårdkedja samt att primärvården inte alltid har kapacitet och kompetens för att ta hand om barn och unga och familjer i kris. IVO lyfter även fram att det förekommer

att både primärvården och psykiatrin hänvisar barn och unga till elevhälsan med sina problem trots att elevhälsan inte är en vårdinstans. Samverkansproblem förekommer också mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, t.ex. när det gäller barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Problematiken med fragmentisering i vården drabbar också barn och unga med funktionsnedsättning och barn och unga med kroniska sjukdomar. Behovet av kontinuitet och samordning i vården är stort för dessa barn och unga och deras vårdnadshavare som ofta har många kontakter med vård och omsorg. Riksrevisionens granskningsrapport Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning (RiR 2011:17) visar att samordningen kring barn med funktionsnedsättning har stora brister och att alltför mycket ansvar för samordningen läggs på de anhöriga. Ingen aktör runt barnet anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan och ingen känner sig huvudansvarig för samordningen. Riksrevisionen pekar här på att det blir avgörande att det finns en stark och drivande anhörig för att samordningen ska fungera.

Svårigheter kan uppstå i övergången mellan barn- och vuxenvården. Övergången kan upplevas abrupt för många barn och unga och även deras närstående. Det handlar om att gå från en vårdkultur till en annan där det omhändertagande som finns i barn- och ungdomshälsovården upphör och den unga i högre grad förväntas ta eget ansvar. Det kan leda till otrygghet hos den unga. Övergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin kan vara särskilt svår. Även i övergångar mellan den nära och den specialiserade vården kan exempelvis bristande kommunikation och återkoppling göra att omhändertagandet upplevs osammanhängande.

Ansvaret för första linjens barn- och ungdomshälsovård är uppdelat på flera huvudmän och vårdgivare

Ansvaret för barn- och ungdomshälsovården är fördelat på flera huvudmän, regleras av olika lagar och har olika målsättningar. Regionerna är huvudmän för delar av primärvården inklusive mödravården och barnhälsovården. Kommuner är huvudmän för den kommunala hälso- och sjukvården, och kommuner och enskilda skolhuvudmän är huvudmän för elevhälsan. Ungdomsmottagningar kan organiseras av regioner och kommuner.

Primärvårdens uppdrag regleras i HSL och avser öppenvård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det finns en kärnverksamhet som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga regioner men samtidigt finns det variationer inom ramen för den gemensamma kärnan. Dessa variationer handlar t.ex. om på vilken detaljnivå uppdragen är formulerade och om åtagandenas omfattning inom det allmänmedicinska kompetensområdet samt om rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Mödravården och barnhälsovården ingår i primärvården. Mödravården ansvarar bl.a. för att följa hälsoutvecklingen för mödrar och foster under graviditeten. Det finns betydande skillnader i de lokala uppdragsbeskrivningarna för mödravården, och på vissa håll begränsas mödravårdens föräldrastöd till förlossningsförberedande kurser för föräldrar.

Barnhälsovården ansvarar för hälsovårdande insatser för alla barn från födelsen till start i förskoleklass. En central uppgift för barnhälsovården är att främja och följa alla barns hälsa, utveckling och livssituation. Barnhälsovård organiseras oftast i form av barnavårdscentraler. På barnavårdscentralen arbetar en eller flera legitimerade sjuksköterskor och läkare. Barnhälsovården erbjuder hälsovägledning, föräldrastöd och hälsoövervakning av alla anslutna barn enligt ett för barnhälsovårdsområdet lokalt eller regionalt fastställt program.

Kommunerna ska erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bl.a. för personer med funktionsnedsättning och i dagverksamhet. Vidare har samtliga regioner utom ett efter överenskommelse med kommunerna i länet överlåtit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende till kommunala huvudmän. I kommunen måste det finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Den kommunala hälso- och sjukvården inkluderar inte sådan vård som ges av läkare. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Ungdomsmottagningar är ett frivilligt åtagande för regioner och kommuner. Tillgången till mottagningar i landet varierar, liksom organisation, bemanning och innehåll. Det finns ingen övergripande

organisations- eller ledningsstruktur på nationell nivå för ungdomsmottagningarna, och nationella rekommendationer och kvalitetsindikatorer saknas. Mottagningarnas uppdrag kan se olika ut och det kan finnas lokala riktlinjer för verksamheterna. Ungdomsmottagningarna vänder sig huvudsakligen till ungdomar mellan 13 och 20 år men både den nedre och övre åldersgränsen kan variera mellan mottagningar. Ungdomsmottagningar tar emot unga som vill ha hjälp inom sexuell och reproduktiv hälsa samt fysisk och psykisk hälsa.

I flera regioner och kommuner finns också så kallade familjecentraler som erbjuder mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socionomer kan det även finnas andra yrkesgrupper representerade, såsom familjerådgivare, tandhälsopersonal och psykolog. Kännetecknande för verksamheten är att huvudmännen samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan.

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan. Av 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) framgår att det ska finnas elevhälsa för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsans arbete ska vara förebyggande och hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot målen. Vidare framgår att det ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator för elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.

Elevhälsan kan organiseras på olika sätt. Hos en del huvudmän är elevhälsan knuten till den enskilda skolan medan den hos andra är centralt placerad.

Enligt 2 kap. 27 § skollagen ska varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller, och för varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska det erbjudas minst ett hälsobesök. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden.

Av 2 kap. 28 § skollagen framgår att elever som avses i 27 § vid behov får anlita elevhälsan för enklare sjukvårdande insatser, t.ex. omplåstring eller liknande. Den medicinska personalen inom elevhälsan erbjuder även vaccinationer i enlighet med vaccinationsprogrammet för barn och unga (2 kap. 3 a § smittskyddslagen [2004:168]).

Regeringens insatser för en mer sammanhållen vård och utvecklad elevhälsa

För att främja utvecklingen av en mer samordnad vård har regeringen tillsatt flera utredningar och gett uppdrag till myndigheter. Regeringen har bl.a. gett en särskild utredare i uppdrag att stödja regioner, myndigheter och organisationer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård. I utredningens uppdrag ingår även att se över förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan som ett stöd för denna samordning. Utredningen har lämnat förslag på en färdplan som ska ligga till grund för en omställning från den sjukhustunga vården till en god och nära vård som utformas och erbjuder vård efter patienternas behov och förutsättningar. Primärvården ska vara navet i vården. Regeringen har också ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att stödja utvecklingen av denna vård.

I överenskommelsen från 2019 mellan staten och SKL om insatser inom området psykisk hälsa fördelades medel till regioner och kommuner för att genomföra utvecklingsinsatser inom området. Bland annat fördelades medel till regionerna för att stimulera och rusta nya initiativ för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen riktas bl.a. till barn- och ungdomspsykiatrin och första linjens vård för psykisk ohälsa. Även SKL har genom överenskommelsen tillförts medel för att samordna kommuners och regioners behov av erfarenhetsutbyte, stödja kommuner och regioner i arbetet med att genomföra lokalt och regionalt utvecklingsarbete, ge metodstöd, utveckla verktyg och stödmaterial samt genomföra uppföljningar.

Under 2018 och 2019 har regeringen ingått årliga överenskommelser med SKL om stöd till regionerna för ökad tillgänglighet i

barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet främst i socioekonomiskt utsatta områden.

Flera utredningar, bl.a. Kommissionen för jämlik hälsa, visar på att dagens barn- och ungdomshälsovård fortfarande är fragmentiserad med många olika aktörer och huvudmannaskap. Det leder i sin tur till att barn och unga inte alltid får sina behov tillgodosedda. Barn och unga är en särskilt utsatt grupp så till vida att de inte alltid kan föra sin egen talan i dessa frågor och att det finns en tydlig maktobalans mellan barnen och personal i vården. Därför behöver det tas ett samlat grepp om de vårdinsatser som erbjuds. Det är viktigt att täppa till de luckor som finns i dagens vårdsystem för att på så vis skapa förutsättningar för en mer sammanhållen vård. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga är också, enligt regeringens bedömning, en förutsättning för att den specialiserade vården ska kunna avlastas och att köerna till barn- och ungdomspsykiatrin ska kunna kortas.

Vidare har regeringen gett Statens skolverk och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans genomföra ett treårigt utvecklingsarbete som ska syfta till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (U2017/01236/GV).

I syfte att öka den genomsnittliga personaltätheten inom elevhälsan har regeringen beslutat förordningen (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser. Satsningen är permanent.

Skolverket har också haft regeringens uppdrag att genomföra insatser för att förbättra det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom elevhälsan i syfte att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål (U2016/02937/S). Skolverket redovisade uppdraget i januari 2019 och konstaterar att det genom insatsen blivit tydligt att elevhälsouppdraget behöver organiseras utifrån en skolgemensam kultur där betydelsen av ett hälsofrämjande arbete, och detta sätt att tänka och utveckla skolan, behöver genomsyra all verksamhet på skolan.

Regeringen har även tillsatt en utredning om elevers möjligheter att nå kunskapskraven bl.a. med uppdrag att analysera hur elevhälsoarbetet kan utvecklas och föreslå insatser som kan bidra till att

skapa ett mer aktivt och väl fungerande elevhälsoarbete och därmed stärka elevhälsans kompensatoriska roll. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag den 28 februari 2020 (dir. 2019:38).

Behovet av en utredning

Regeringen bedömer att det behövs ytterligare insatser för att tillgodose de behov som barn och unga har av hälso- och sjukvård inklusive hälsofrämjande insatser. De insatser som har genomförts för att stödja samordningen när det gäller barn- och ungdomshälsovården har hittills inte lett till önskat resultat.

Behovet att se över en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård har också lyfts fram i flera tidigare utredningar.

Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar föreslår t.ex. i sitt slutbetänkande Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2017:9) att en statlig utredning bör tillsättas med uppdrag att lämna förslag om hur en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 års ålder, som inkluderar tillgång till förebyggande och främjande arbete för alla barn och unga, bör utformas. Utredningen lyfter fram att hälsa har stor betydelse för ungas etablering i samhället och att den ökade ohälsan bland unga utgör en riskfaktor för att misslyckas i skolan och för att hamna utanför studier och arbete. Bland unga som varken arbetar eller studerar är det vanligare att känna sig deprimerad, ha lågt självförtroende och uppleva fysiska besvär. Många unga som varken arbetar eller studerar har haft hälsoproblem sedan tidig ålder.

Samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården har i sin slutrapport Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid (S2016/01023-3) bedömt att det finns behov av tidiga och samordnade insatser mellan fler intressenter för att utifrån olika tvärkompetenser bygga en hållbar kedja av tidiga och förebyggande insatser för barn och unga.

Även den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa föreslår i rapporten Ungas beställning till samhället (S2018/04669/FS) att regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att ta fram en modell för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård för barn och unga i åldern 0–25 år. På så vis säkerställs att barn och unga som är i behov av insatser från flera huvudmän kan få stöd och hjälp på

ett lättillgängligt sätt och att samhällets stödsystem utformas utifrån barns och ungas behov och villkor.

I slutbetänkandet från Kommissionen för jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa (SOU 2017:47), föreslås att en utredning ska tillsättas för att ta fram förslag på en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård där elevhälsan ingår. Kommissionen menar att om elevhälsans resurser samlas centralt och inte avgörs av varje skola skapas förutsättningar för en mer jämlik vård. Bakgrunden till förslaget är bl.a. den varierande tillgången till elevhälsan och elevhälsans lagstadgade professioner på skolor runt om i landet. Kommissionen menar vidare att man bör se över om även ungdomsmottagningarna kan och bör inkorporeras i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Kommissionen pekar dessutom på att de olika aktörer som arbetar med barn och ungdomshälsovård i påfallande grad är organisatoriskt och professionellt separerade från varandra, vilket bl.a. leder till fragmentisering av vården och till att det förebyggande arbetet förbises. Kommissionen anser att en sammanhållen organisation för barn- och ungdomshälsovården skulle öka förutsättningarna för en mer jämlik vård. Det skulle också öka möjligheten att möta barn behov utifrån deras utvecklingsnivå i stället för utifrån ålder samt säkerställa att barn med behov av samordnade insatser från flera aktörer får rätt vård och stöd.

SKL har också lyft behoven av en sammanhållen barn- och ungdomsvård. I rapporten Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar (2017) framför SKL att organiseringen av barn- och ungdomshälsovården behöver utredas för att på ett ännu mer träffsäkert sätt tillgodose alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa oavsett bakgrund.

Vikten av att alla elever får tillgång till en elevhälsa av god kvalitet har tidigare belysts av Skolinspektionen 2015 och i betänkandet Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning (SOU 2010:95), särskilt dess betydelse för elever i behov av särskilt stöd. Skolkommissionen konstaterar i sitt slutbetänkande Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35) att elevhälsan utgör en viktig resurs för skolans arbete med elevers välbefinnande, utveckling och lärande. Skolkommission anser vidare bl.a. att kunskapsuppbyggnaden och kunskapsspridningen av arbetssätt och metoder inom elevhälsoområdet behöver förbättras. Det handlar dels om hur skolors generella hälsofrämjande arbete kan ut-

formas för att ha effekt och vara en integrerad del i skolans verksamhet, dels om att utarbeta evidensbaserade program för att motverka psykisk ohälsa.

Enligt januariavtalet, som är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna behöver ansvaret för barns hälsa, från mödravård tills barnet fyllt 18 år, samordnas och en utredning om hur samordningen ska stärkas kring barn- och ungdomshälsan ska tillsättas.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

I dagens system med många aktörer och flera huvudmän riskerar vården för barn och unga att fragmentiseras, och det försvårar förutsättningarna för att hålla ihop och samordna vården för barn och unga med olika vårdbehov. Samordning av barnets eller den unges vårdkontakter får ofta hanteras av föräldrar eller andra närstående, när den i de flesta fall skulle hanteras bättre av en professionell person i den nära vården. Det finns därför behov av att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och hur en sådan reform skulle kunna genomföras. Utgångspunkten är att barn och unga ska få vård och behandling efter behov och att hälsofrämjande insatser erbjuds för att i möjligaste mån förebygga psykisk ohälsa eller kroniska sjukdomar. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga kan vidare avlasta föräldrar ansvaret att samordna vårdens insatser för sina barn.

Eftersom andelen barn och unga som upplever psykisk ohälsa har ökat på senare år, är det särskilt viktigt att se över hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd.

Regeringen har beslutat om tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (dir. 2019:49) med uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa, i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Det är viktigt att barn och unga som lider av psykisk ohälsa, och som inte behöver den specialiserade vårdens insatser, fångas upp i övergången från den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården till vård för vuxna. De båda utredningarnas uppdrag bör därför samordnas med varandra.

Ansvaret för de hälso- och sjukvårdande insatserna och de förebyggande och hälsofrämjande insatserna behöver renodlas genom att tydliggöra olika aktörers och professioners roller och ansvar.

Det finns också behov av att definiera vad som ingår i uppdraget att erbjuda en god och nära vård för barn och unga och att avgränsa uppdraget i förhållande till andra relevanta aktörer inom regioner och kommuner, t.ex. barn- och ungdomspsykiatrin och socialtjänsten. Dessutom bör samordningsansvaret tydliggöras för vård- och behandlingsinsatser för barn och unga gentemot andra aktörer såsom den kommunala hälso- och sjukvården. Även tandvårdens roll ska beaktas. Det är särskilt viktigt att tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser så att barn och unga som har behov kan erbjudas adekvata insatser.

I dag finns många olika aktörer som är inblandade i hälso- och sjukvården för barn och unga vilket kan bidra till otydlighet och risker för dessa individer att falla mellan stolarna. Lämpligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna) och ungdomsmottagningarna behöver därför övervägas. Även när det gäller de medicinska delarna av elevhälsan kan för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap övervägas. Skolsköterskornas roll i elevhälsan ska dock vara oförändrad, dvs. deras närvaro i skolan ska bestå, detta eftersom skolsköterskorna har en viktig roll i skolornas hälsofrämjande arbete och är en viktig del i elevhälsans samlade kompetens. Av 3 kap. 7 § skollagen framgår exempelvis att det vid utredning av behov av särskilt stöd ska ske samråd med elevhälsan, om det inte är uppenbart obehövligt.

För att möjliggöra en samordning av relevanta aktörer med betydelse för barn- och ungdomsvården är det också angeläget att det finns ändamålsenliga och effektiva kontaktvägar mellan de olika aktörerna så att barn och unga snabbt kan få hjälp hos rätt instans. Även i förhållande till specialiserad hälso- och sjukvård är det viktigt att kommunikation och återkoppling fungerar som den ska.

Även samordningen av barnhälsovården och ungdomsmottagningar med socialtjänsten och annan relevant verksamhet som riktar sig till barn i så kallade familjecentraler kan förbättras.

Framtidens verksamheter behöver kunna organiseras på ett mer sammanhållet och ändamålsenligt sätt, där det är klarlagt för vilka åldersgrupper den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården

ska erbjudas. En utgångspunkt för detta ska vara att förenkla dagens system och om möjligt minska antalet aktuella aktörer. Möjligheten att samordna vårdinsatser för barn upp till 12 år i barnhälsovården och för barn och unga från 13 år inom ungdomsmottagningarnas verksamhet skulle t.ex. leda till en sådan minskning.

Utredaren ska därför

- utreda försättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur reformen kan organiseras och genomföras på ett ändamålsenligt sätt, inklusive att överväga lämpligheten och möjligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för bl.a. aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna), ungdomsmottagningarna och de medicinska delarna av elevhälsan,
- kartlägga kontaktvägar mellan relevanta instanser inom barn- och ungdomsvården och vid behov föreslå hur dessa kan bli mer ändamålsenliga och effektiva så att barn och unga kan få sina samlade hälso- och sjukvårdsbehov tryggt omhändertagna,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå vad som ska ingå i uppgiften att erbjuda en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och vilka åldersgrupper som vårdens olika aktörer ska ha ett ansvar för,
- utreda samordningsansvaret gentemot andra aktörer, t.ex. den specialiserade vården, och hur samverkan med relevanta aktörer såsom familjecentraler kan stärkas,
- lämna förslag som bidrar till att vården utformas så att barn, unga och närstående ska kunna vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av stöd och insatser, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren utgå från ett barnrätts- och ungdomsperspektiv samt ta hänsyn till närståendeperspektivet. De insatser som utredaren föreslår ska syfta till att barn och unga erbjuds en jämlik hälso- och sjukvård och hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, i alla åldrar oavsett modersmål, bostadsort eller vårdgivare.

Informationsöverföring

För att få till en sammanhållen vård krävs ett fungerande informationsutbyte. Den mångfald av aktörer som barn och unga möter styrs av olika lagstiftningar och måste löpande hantera avvägningen mellan å ena sidan sekretessregler som värnar den enskildes integritet och behovet av informationsdelning för att kunna ge en god vård.

Utredaren ska därför

– föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas, både när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser, och

– lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (EU:s dataskyddsförordning).

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta arbetet med patientkontrakt. I analysen ska även ingå att säkerställa att barn och unga som önskar och där så bedöms lämpligt, ska ha tillgång till sin egen hälsoinformation.

Nationell uppföljning av barn- och ungdomshälsovården

En central uppgift för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga bör vara att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid både individuellt och på aggregerad nivå. Som ett led i detta bör en sammanhållen journalföring övervägas som ska kunna följa barnets individuella hälsoutveckling från dagens mödra- och barnhälsovård

till elevhälsan och ungdomsmottagningarna, detta i enlighet med vad Kommissionen för jämlik hälsa föreslår i sitt slutbetänkande (SOU 2017:47). På så sätt samlas informationen om barnets eller den unges hälsoutveckling och det ger ett gott beslutsunderlag för eventuella åtgärder. En sådan uppföljning underlättar också kunskapsutvecklingen om barns och ungas hälsobehov på nationell nivå och kan bidra till att utveckla mer effektiva och tidiga insatser för att förebygga ohälsa hos barn och unga.

Utredaren ska därför

- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stöder utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta EU:s dataskyddsförordning.

Uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa

Både nuvarande regering och tidigare regeringar har genomfört omfattande reformer och satsningar på psykiatrin och inom området psykisk hälsa. I januariavtalet anges att ett mål om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska slås fast. För barn- och ungdomspsykiatrin har kapaciteten att ta emot fler patienter ökat, men ökningen av barn och unga som mår dåligt har ökat i högre takt vilket innebär att tillgången till vård ändå inte motsvarar behovet. Sedan 2014 har staten och SKL tecknat överenskommelser om insatser på området psykisk hälsa bl.a. för att stödja huvudmännens arbete med att möta den psykiska ohälsan hos barn och unga. För att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri behöver det finnas en väl fungerande första linjens vård som i ett tidigt skede kan fånga upp de barn och unga som behöver hjälp och stöd. Målet kan inte nås enbart genom en utbyggnad av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, utan en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård är en förutsättning även för detta.

För att stödja huvudmännen i deras nuvarande arbete med att utveckla en mer sammanhållen god och nära vård för att bl.a. möta

den psykiska ohälsan bland barn och unga ges utredningen även ett främjande uppdrag. Denna del av uppdraget ska ske i nära dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän. I dialogerna med dessa aktörer kan också deras respektive förutsättningar för att ge bra vård och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa, samsjuklighet, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar belysas. På så sätt kan utredaren få kunskap om i vad mån det nationella stödet från både myndigheter och SKL är ändamålsenligt utformat. Den kunskap och de erfarenheter som det främjande uppdraget ger utredaren utgör ett viktigt underlag för de förslag som utredaren har i uppdrag att lämna.

Utredarens främjande uppdrag innebär att, i dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän, stärka och stödja deras arbete med att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa hos barn och unga samt att förebygga samsjuklighet och kroniska sjukdomar. Arbetet ska stimulera och inspirera huvudmännen till att utveckla relevanta verksamheter för att på bästa sätt möta de utmaningar som finns.

Utredaren ska därför

- föra dialog med ett relevant antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän av varierande storlek och med en geografisk spridning med målet att ge aktörerna stöd och inspiration för att utveckla former för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga,
- bistå med goda exempel på framgångsrika arbetssätt från andra huvudmän, t.ex. samarbete mellan MVC, BVC, specialiserad hälso- och sjukvård, förskola, skola, socialtjänst och tandvård,
- fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer som identifieras i dialogerna och beakta detta i utredningsarbetet, samt
- föra dialog med SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom regionernas och kommunernas egna kunskapsstrukturer för att säkerställa att arbetet utgör ett konkret stöd för en kunskapsbaserad verksamhet och som en del av en samlad nationell kunskapsstyrning.

Utredaren ska därutöver

- i samråd med regioner, kommuner, enskilda skolhuvudmän, SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter, professioner och andra berörda parter, ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet, detta dels genom insatser inom ramen för överenskommelsen som riktas mot barn- och ungdomspsykiatrin i sig, dels genom utveckling av det främjande och förebyggande arbetet, så som omställningen till den nära vården, utvecklad elevhälsa och särskilda insatser riktade mot riskgrupper. Underlaget kan även användas för andra nationella insatser för att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri,
- inom ramen för arbetet med att ta fram underlaget till överenskommelse med SKL analysera och ge förslag på hur utökade nationella insatser kan bidra till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet. Förslagen ska vara skalbara.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön och vad gäller jämlik vård över landet.

Utredaren ska beräkna och beskriva de administrativa, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som motiverat förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Barnrätts- och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och konsekvenser för barn och unga ska särskilt belysas.

Utredaren ska särskilt

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

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i arbetet samråda med berörda myndigheter, vårdgivare och organisationer som företräder barn och unga och professionerna. Dialogen med barn och unga är särskilt angelägen. Utredaren ska utgå ifrån och samordna sina förslag med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) liksom med andra relevanta utredningar.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Den skriftliga redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

(Socialdepartementet)

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

Innehåll

Inledning **520**

Frågorna i enkäten på bris.se **522**

När mår barn och unga dåligt, och varför? **524**

Vart vänder sig barn och unga som mår dåligt? **527**

Vad vill barn och unga se för förändringar och förbättringar? **530**

Förbättringar inom skolan **536**

En bättre fritid – för alla **539**

Vad får barn och unga att må bra? **541**

> Jag brukar känna mig ledsen ibland men jag får ingen hjälp, det är därför jag chattar på Bris.
>
> *Tjej 11 år*

Inledning

Tack till alla som deltagit!

Bris och utredningen vill rikta ett varmt tack till alla barn och unga som delat med sig av sina egna erfarenheter, tankar och idéer för att förbättra vården för barn och unga som mår dåligt.

Att ni lagt tid och energi på att svara på våra frågor är ovärderligt och kommer vara till stor hjälp för utredningen. Tack!

Barns förslag ger vuxna nya perspektiv

Barn är experter på sina egna liv, och har rätt att komma till tals i frågor som rör dem. 700 barn har bidragit med egna erfarenheter, kunskap och förslag till utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (S 2019:05).

Barn har rätt till delaktighet och inflytande i frågor som rör dem och deras liv. Det slås fast i barnkonventionens artikel 12. För organisationer och verksamheter som jobbar med barn blir arbetet bättre om barnens egen åsikt beaktas och tillåts vara en del av verksamhetens utformning. Barns delaktighet ger vuxna nya perspektiv och kan hjälpa oss att se brister och lösningar som kanske inte hade uppmärksammats annars. Det viktigaste är att inflytandet blir på riktigt, användbart och meningsfullt för både barn och vuxna.

En sammanställning av 700 bidrag

I arbetet med den statliga utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (S 2019:05) har Bris och utredningen samarbetat för att möjliggöra för barn själva att komma till tals, och

berätta både om sina egna erfarenheter och sina idéer och förslag på förbättringar. Den här rapporten är en sammanställning av närmare 700 barns bidrag till utredningen.

Underlaget till sammanställningen har samlats in på olika sätt. Bris och utredningen har tillsammans genomfört expertgrupper enligt Bris metod **Expertgrupp barn**[1] på fyra högstadieskolor.

Expertgrupperna har jobbat strukturerat med utredningens frågeställningar under en halvdag. Dessutom har flera skolklasser på samma skolor svarat på frågor och gett viktiga inspel och bidrag.

Fyra skolor runtom i landet har deltagit. Bris har också genomfört en enkät på bris.se, där nästan 400 barn deltog under de två veckor som enkäten låg uppe. De som svarade var i åldrarna 8–18 år. Av de som svarade skattade 148 (38 procent) sin egen hälsa som bra eller mycket bra, och 244 (62 procent) uppgav att deras egen hälsa var dålig eller ganska dålig.

[1] Läs mer om Expertgrupp barn här: bris.se/om-bris/vart-arbete/utbildningar/expertgrupp-barn.

Frågorna i enkäten på bris.se

1. Ålder:
2. Kön:
3. Hälsa är att känna sig både frisk och glad för det mesta, men också att ha goda relationer med familj och kompisar. Har du en bra hälsa?
   a) Mycket bra
   b) Bra
   c) Ganska dålig
   d) Dålig

1. Vad är viktigast för din hälsa?
   _____
2. Kan du berätta om när du inte mådde bra och behövde hjälp? Fick du hjälp och hur gick det i så fall?
   _____
3. Vilka förändringar i hälso- och sjukvården skulle vara viktigast för dig om du fick önska? (inom t.ex. elevhälsan, ungdomsmottagningen, vårdcentralen, barnpsykiatrin etc.)?
   _____
4. Hur skulle du vilja vara med och påverka din hälso- och sjukvård i framtiden?
   _____

Frågorna vi använt vid genomförandet av skolträffarna

Vet du vem du skulle vända dig till i dag om du skulle må dåligt?

- När mår man dåligt? Vad kan vara symptomen, anledningarna?
- Vem pratar man med när man mår dåligt? Varför?
- Vart kan man vända sig när man mår dåligt och behöver stöd och hjälp?

För att barn och unga ska må bättre – vilka förändringar skulle du önska gjordes?

- Har ni någon ny idé på något som inte finns i dag? Vad skulle det kunna vara?
- Det som finns i dag, hur skulle det kunna bli bättre?

När mår barn och unga dåligt, och varför?

Barnen berättar om trötthet, stress, ångest och nedstämdhet, och beskriver att det kan finnas flera olika anledningar till att må dåligt. Det kan handla om situationen hemma, utsatthet i skolan eller problem i sociala relationer.

Stress, ångest och nedstämdhet

När de barn som deltagit beskriver hur det är att må dåligt berättar många om trötthet – att inte ha ork att göra något, att allt känns tråkigt. De berättar om en känsla av att inte vilja vara med, att isolera sig.

Andra berättar om stress, att märka att ens mående påverkar skolan och betygen, och att de känner stress över det. Stressen kan ge fysiska besvär, som att man mår illa och kräks. Det finns också berättelser om ångest, att känna sig deprimerad och ledsen och bara gråta.

I enkätsvaren är den mest förekommande anledningen att barn och unga inte vet varför de mår dåligt, utan att de känner sig nedstämda utan någon särskild anledning.

En 11-årig tjej förklarar:

> Jag mår inte bra och har inte fått hjälp. Jag är ledsen varje dag och det känns som ingen i hela världen gillar mig.

Några av barnen beskriver självmordstankar – att de känner att de inte orkar leva längre eftersom de mår så dåligt.

En 17-årig tjej berättar:

Jag ville dö och hade varit nedstämd i flera månader i sträck, så jag kontaktade min skolas kurator. Svaret jag fick var att det var normalt och inget mer. Det förvärrade bara min mentala hälsa då jag trodde det inte fanns någon väg ut ur att jag mådde så dåligt.

En 15-årig tjej skriver:

Jag mår inte bra nu och tänker inte ta hjälp. Jag vill dö.

Jag har inte tid att må dåligt jag behöver tänka på min framtid.

Tjej 15 år

Utsatthet i hemmet

Att ha det jobbigt hemma med föräldrar eller syskon ger upphov till dåligt mående för flera barn och unga. Det kan handla om både fysiskt och psykiskt våld i hemmet och en känsla av att inte ha en trygg punkt. Det kan också handla om föräldrar som själva har det svårt, exempelvis föräldrar som mår dåligt, som dricker för mycket eller använder droger. Eller om att det är mycket bråk hemma.

En 11-årig tjej berättar:

Det är många gånger vi bråkar och slåss hemma och det gillar inte jag. Men när jag inte bråkar med min mamma mår jag jättebra. Min mamma skriker hela tiden och jag vet inte om det är jag som gör något fel.

Dåligt mående kopplat till skolan

I skolklasserna berättar många barn om dåligt mående kopplat till skolan. Att vara stressad över prov, och inte få vardagen att gå ihop med pluggande, träning och pendling.

Barnen beskriver att den som börjar må dåligt kan få mindre gjort, somna på lektionerna, tappa motivationen och få dåliga betyg. Vad som skulle kunna ses som tidiga tecken på psykisk ohälsa ser skolan som att barnen ”latar sig” eller ”skiter i skolan” – trots att barnen gör sitt bästa.

När skolan påverkas, påverkas också resten av livet, vittnar barnen om. Man mår dåligt, vill inte äta och har svårt att sova. Man tänker att det är ens eget fel och känner sig nere eller ledsen. Man kanske

säger till sina föräldrar att man inte vill gå till skolan och att man är sjuk fast det inte är så.

Barnen upplever att skolan i dag behöver skolan fånga upp elever som verkar må dåligt, kunna se tidiga signaler. Den som mår dåligt kanske är tyst, trött och nere, och kanske inte beter sig som vanligt.

Att må dåligt av mobbning

Flera barn och unga skriver att de mår dåligt som ett resultat av den mobbning de blir utsatta för. Det är svårt att be om hjälp eller få hjälp för den som är utsatt, berättar de. Det finns vittnesmål både om att det känns svårt att prata med föräldrar, och om att lärare inte ser eller gör tillräckligt.

En 10-årig tjej berättar:

> Jag har inga klasskompisar, på rasterna känner jag mig osynlig och udda. Jag blir mobbad nästan hela tiden känns det som och andra barn säger jättefula saker till mig.

Ett barn skriver:

> Jag började att må sämre i 2:an eller 3:an för att jag blev mobbad varje dag, hade inte så bra eller många vänner och bråkade ganska mycket med min familj. I 3:an eller 4:an så började jag prata med skolsystern för att jag inte hade nån annan att snacka med, och det blev lite bättre.

Sociala medier

Sociala medier kan mata en med bekräftelse, beskriver barnen. Det är bra när man vill komma bort från verkligheten, men det kan också leda till man jämför sig med andra. De berättar om utsatthet på nätet, både att bli mobbad och kränkt men också till exempel rädsla för att information om en själv sprids utanför ens egen kontroll, vilket skrämmer och stressar. Det man skriver eller delar med sig av finns kvar där ute för alltid och går inte att ta bort.

Barn berättar om nära vänskap på nätet, relationer som betyder mycket. Kompisar som man kan prata om allt med, även om man inte träffas. Det är en trygghet att ha vänner på distans – då kan de inte skada en även om de skulle sprida vidare det man berättar.

Vart vänder sig barn och unga som mår dåligt?

Barnen berättar att de ofta börjar med att söka information på nätet, att det känns lättast att börja där. I vissa fall kan det kännas självklart att vända sig till föräldrar, men andra gånger eller i andra ämnen är det svårare att veta var man kan få stöd och hjälp. Återkommande hos barnen är upplevelsen av att vuxna inte riktigt förstår eller lyssnar.

Familj och vänner i första hand

Många barn berättar att de skulle vända sig till familjen i första hand, föräldrar eller syskon. Men de lyfter också att andra barn kanske inte har möjlighet att prata med sina föräldrar, om problemen är kopplade till hemmet eller om föräldrar har svårt att lyssna och förstå. Många får höra från sina föräldrar att de överreagerar och upplever att de inte tas på allvar när de försöker berätta om hur de mår.

En del killar kan också uppleva att det är svårt att söka hjälp på grund av manlighetsnormer, att de inte ska visa sig svaga. Även hedersnormer påverkar starkt – att ingen utanför familjen ska veta om ens problem och mående.

> Jag vill lösa det på egen hand och inom familjen först.

Bland de barn som svarade på enkäten är det vanligt att vända sig till föräldrar för att få vidare hjälp med kontakten till en kurator eller psykolog.

En 13-årig kille skriver:

> Mådde dåligt i skolan, fick prata med psykologer som mina föräldrar hjälpte mig få träffa. Fick bättre självförtroende och bytte skola och klass när jag började sjuan.

Andra vill helst prata med sina vänner, kanske av rädsla för att föräldrar förstorar och gör saker värre än de är. De vill i stället ha positiv energi från vännerna. De förstorar inte och vet hur det är – de lever i samma värld, det gör ju inte föräldrarna.

Stöd av andra viktiga vuxna

Andra viktiga vuxna som barn kan tänka sig att vända sig till är tränare, skolvärdar, fritidsledare eller andra vuxna i närheten som grannar eller vänner. En vuxen som barnet är bekväm med, som i sin tur kan hjälpa till med att kontakta psykolog eller barn- och ungdomspsykiatrin, BUP.

En 15-årig tjej berättar:

> Jag skulle aldrig gå till BUP eller ungdomsmottagningen för jag är en sådan person som gillar att prata med någon jag känner och som är nära mig. En familj, nära vänner, en lärare eller god granne. Jag skulle inte prata med en främling som jag inte litar på.

Skolan och kuratorn

Barnen upplever det olika lätt eller svårt att vända sig till lärare och skolpersonal för stöd. En del menar att det går att få hjälp om läraren får veta hur man mår och hur man har det hemma. Andra upplever att det inte finns någon att vända sig till, att lärare inte bryr sig på riktigt.

Barnen lyfter skolkuratorn som någon det går att prata med, men det är oklart för många vad som gäller. En del har hört att det inte råder tystnadsplikt och att det inte känns som om kuratorn går att lita på.

En elev berättar:

> Jag litar inte på kuratorn. Säger att det stannar här men sedan ringer de föräldrarna.

I enkätsvaren är det flera barn och unga som uppger att de har vänt sig till skolkuratorn eller kuratorer via ungdomsmottagningen när de mår dåligt. Däremot är det få av dessa barn som upplever att de har blivit tagna på allvar när de försökt upprätta kontakt med en kurator. Det kan handla om att de upplever sig bli avfärdade med motiveringen att ”må dåligt är en del av livet”, eller att kuratorn inte har tid att lyssna.

Flera barn och unga skriver också att det är svårt att få tillit till en kurator eftersom de många gånger tar kontakt med deras föräldrar efter samtalet.

Bris – när hjälpen inte finns

Flera barn som skriver att de mår dåligt nämner också att de inte får någon hjälp av sin omgivning. Då vänder de sig till Bris.

En 11-årig tjej berättar:

> Jag brukar känna mig ledsen ibland men jag får ingen hjälp det är därför jag chattar på Bris.

En 14-årig tjej skriver:

> Jag mår fortfarande inte alls bra men sist skrev jag här på Bris och det hjälpte i den situationen.

Svårt att ta professionellt stöd själv

Det kan upplevas svårt att själv ta sig till vårdcentralen eller BUP som minderårig. Då upplevs det lättare att ta kontakt med exempelvis Bris eller digitala vårdcentraler.

En del har fått råd och hjälp av lärare om vart man kan vända sig. Andra har haft kontakt med ungdomsmottagningen, UMO. Men många har också frågor och är osäkra på vilket professionellt stöd som är tillgängligt, och på huruvida det går att ta kontakt utan föräldrarnas vetskap.

> Vårdcentralen är för hur du mår fysiskt och inte psykiskt.
>
> *Tjej 15 år*

Vad vill barn och unga se för förändringar och förbättringar?

De barn och unga som bidragit med sina synpunkter har många idéer och förslag på förändringar. De tycker att vuxna behöver bli bättre på att se och förstå hur de mår.

Här presenteras tre områden som barnen lyfter fram: skola, vård och elevhälsa, samt fritid.

Ta psykisk hälsa på större allvar

Flera av de barn som deltagit berättar att de inte upplever att deras psykiska hälsa tas på allvar. Av de som svarat på frågan om förslag på förändringar i enkäten på bris.se är det 20 procent som lyft detta. Det kan handla om att de upplever att det läggs större fokus på den fysiska hälsan och att de sällan får frågor om den psykiska hälsan. Att de önskar att de fick regelbundna psykologsamtal för att kolla av hur de mår. Men också att det tar tid att kunna öppna upp sig och berätta om det som är svårt, att det gäller att få chansen och bli lyssnad på.

Barnen efterlyser också mer kunskap hos vuxna om orsakerna till psykisk ohälsa, att vuxna behöver se vad som ligger bakom ätstörningar, stress eller självskadebeteende. Att det också kan handla om neuropsykiatriska diagnoser som är oupptäckta, till exempel.

Det tar tid att kunna öppna upp sig och berätta om det som är svårt, det gäller att få chansen och bli lyssnad på.

Skolpersonal kan inte bara förvänta sig att kuratorerna ska kunna prata med alla barn, utan lärare behöver kunskap för att kunna lyssna på och ta hand om barn som mår dåligt. Kuratorerna är ofta instängda på sina kontor och ser inte allt som händer i skolan.

En 14-årig tjej berättar:

> Hittills när jag har varit på hälsokontroller i skolan så känns det som att de bryr sig mer om min vikt och längd än om min psykiska hälsa. Jag skulle vilja att de fokuserade mer på hur jag faktiskt mår.

En 15-årig tjej skriver:

> Att vuxna på barn- och ungdomshälsan faktiskt skulle tro på det man säger. Ett av de största problemen som jag haft, och som många andra har, är att man inte vill öppna upp för folk för att man är rädd att de inte ska tro på en. När inte ens vuxna på barn- och ungdomshälsan tar mig seriöst, vet jag inte vad jag ska göra.

Vuxenvärlden måste förstå

Barnen beskriver hur de skulle vilja bli peppade för att bättre kunna prata med sina föräldrar. Men de efterlyser också mer kunskap och stöd till föräldrar, framför allt om tonåringars behov, om hur det är att växa upp i dag. Till exempel förståelse för att det ställs höga krav i skolan och att pressen på att skaffa en god utbildning är stor, eller om livet online och i sociala medier.

> Alla ungdomar i dag får någon gång höra att dagens ungdomar är stökiga, mobilberoende, kaotiska, bråkar. Det är inte allt vi är.

Förbättringar inom vården och elevhälsan

Välkomnande väntrum, stöd via en app och anonyma chattar är några av de konkreta förbättringsförslag barnen kommer med. De lyfter också vikten av mer information, kortare vårdköer, ökad tillgänglighet och individanpassad vård.

Mer information om psykisk ohälsa

De barn som deltagit vill ha mer information om psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Av de barn som gett förslag på förändringar i enkäten på bris.se är det 11 procent som önskar mer information. Precis som att det informeras om hur man själv kan upptäcka bröstcancer, behöver människor få veta vad som främjar och vad som ökar riskerna för psykisk ohälsa – ”som mammografi fast för psykiska sjuk-

domar". Organisationer som arbetar med psykisk hälsa kan också komma och presentera sig i skolan.

Att inte veta vart man ska vända sig, hur man bokar en tid, eller vart man ska gå är också ett vanligt förekommande problem för barn och unga. Många önskar att det fanns mer tillgänglig information om var man kan ta vägen när man behöver prata med någon. Detta hänger ihop med en önskan om att föräldrar inte alltid ska behöva vara involverade i barnets hälsa.

En 14-årig tjej skriver:

> Jag visste till exempel inte om att det fanns en kurator i skolan förrän jag började högstadiet.

En elev föreslår:

> När jag mår dåligt så tycker vi att en ska få en mentor som tar hand om en hela vägen i vården och hjälper en med allt. Man ska träffas en gång i veckan och prata, ta en fika, prata och skapa relationer. Det vore också bra att kunna träffa andra i samma situation. Borde vara obligatoriskt för mentorer att ta upp var man kan söka hjälp när man mår dåligt. Typ när man börjar högstadiet.

Mer tillgänglig elevhälsa

Barnen önskar att skolsköterskan är på plats oftare, och är mer tillgänglig. Att det finns två personer på elevhälsan så att det går att välja den som eleven känner störst förtroende för, är också ett förslag som kom upp. Man ska få söka hjälp när man själv känner att man skulle behöva det, och kunna gå dit en gång i veckan om det behövs.

Det kan vara svårt och kännas pinsamt att gå till skolsköterskan och kuratorn, påpekar barnen. Då kan det underlätta med till exempel en brevlåda där man kan lämna att man vill bli kontaktad och få stöd och hjälp, eller anonyma chattar för de som inte vågar prata direkt med en vuxen. Barnen önskar också att även om de vuxna är utbildade och professionella så ska inte ha åsikter eller ge råd direkt – de måste öva på att bara ge stöd och lyssna.

En elev säger:

> Elevhälsan måste vara på skolan (inte bara tisdagar mellan 13 och 14 ojämna veckor).

En elev föreslår:

> Några av mina tankar för att förbättra ungas hälsa är att få hjälp nu. För om man väntar med de där psykologmötena så kanske det blir värre och värre och till slut kanske det brister över. Och för att förbättra det kan man ha fler timmar som skolsyster, kuratorer och psykologer på skolorna.

Kontinuerlig psykologkontakt för alla

Det är inte enkelt att öppna upp sig för en lärare, menar barnen. Ett förslag är därför att varje elev skickas till någon psykolog eller liknande där den kan fylla i en enkät som kan visa hur den mår – och sedan få hjälp om måendet blir sämre.

Tydlighet kring tystnadsplikt och tillgänglighet

Av de barn och unga som lyft förslag på förändringar i enkäten på bris.se handlar 40 procent om tystnadsplikt och tillgänglighet. Flera av barnen skriver att de inte vågar öppna sig, eller ens ta kontakt med en kurator eftersom de är rädda för att kuratorn sedan ska ta kontakt med föräldrarna. Det leder till att flera har blivit avskräckta från att ta kontakt eller att berätta det allra jobbigaste.

En 13-årig tjej skriver:

> Att även om man berättar om sina djupa tankar så ska de absolut inte säga till våra föräldrar. Fy fan vad jag blev arg när min kurator på ungdomsmottagningen ringde mamma och pappa för att jag berättade. Usch, nä, det skulle jag verkligen velat ändra på.

Det är inte tydligt för barn vart det går att vända sig i dag. Många beskriver erfarenheter av att hamna mellan stolarna. Att inte må tillräckligt dåligt, eller att må för dåligt och bli bollad mellan elevhälsan och psykologen. Att fastna i vårdköer och inte få hjälp i tid.

Korta köerna och gör det enklare att ta kontakt som minderårig

Barnen berättar också om hur de upplever att vården är begränsad, eftersom man inte är myndig och inte kan upprätta kontakt med vården på egen hand. En annan tillgänglighetsfråga hör ihop med svårigheten att få fatta vissa beslut om sig själva och sin egen kropp. Om du inte är myndig kan vuxna ta beslut åt dig, till exempel om abort.

Det finns också en missbelåtenhet i vårdens tillgänglighet vad gäller öppettider och väntetid, att det tar tid att få rätt hjälp. Och att 1–2 månader är väldigt lång tid i en ung människas liv. Även bristen på kontinuitet i vården får kritik, att man kan tvingas byta psykolog ofta till exempel. Barnen ställer frågan: Går det att öppna vårdcentraler med drop-in, men med anpassade välkomnande väntrum för barn och unga? Barnen lyfter också att de vill ha tillgång till sina egna journaler på 1177, i dag är det inte logiskt vilka åldersgränser som gäller, tycker de.

En 12-årig tjej säger:

> Det måste bli enklare att söka vård när man är barn. Man kanske inte vill prata med sina föräldrar.

En 14-årig tjej berättar:

> Jag tycker att allting är bra som det är, förutom att jag tycker att man borde kunna göra en diagnosutredning utan att föräldrarna behöver godkänna/ vara med.
>
> Det måste bli enklare att söka vård när man är barn. Man kanske inte vill prata med sina föräldrar."

Anpassad vård

Individanpassad vård är något som barnen själva lyfter, att vården inte ska vara generaliserad och normativ. Till exempel behöver en person som har ätstörningar inte vara fixerad vid sitt utseende och sin vikt – det kan också vara en konsekvens av en obehandlad depression.

En elev föreslår:

> Jag tycker att det borde finnas mer personal på sjukhus så att det går fortare för dem som behöver hjälp. Så att man slipper att sitta och vänta i flera timmar tills man ens får hjälp.

En elev berättar:

> Ätstörningsmottagningen jobbar inte med orsaken till ätstörning, men det finns alltid en orsak. Barnet kan må bättre och förlora ätstörningen men orsaken är fortfarande där. Då kan det fortsätta under lång tid.

Utveckla det digitala stödet

Barnen efterlyser digitala möjligheter och stöd på deras villkor. Några skulle vilja få stöd via sms, andra efterfrågar en app.

Appen skulle kunna fråga hur man mår och ge ett peppande citat om dagen. Appen skulle även kunna hjälpa en att prata om sitt mående. Om appen ser att du mår sämre kan den ge dig tips och råd på vart du kan vända dig i ditt närområde och även hjälpa dig att kontakta BUP eller vårdcentralen. Appen ska ha utbildade personer som ger dig stöd och hjälp och som du kan prata med. Det ska vara tillgängligt och öppet alla timmar på dygnet.

Skolkuratorn och Bris i samarbete

Fler ställen dit man kan gå och prata anonymt, är förslag som kommer upp. Skolkuratorn och Bris skulle kunna ha ett samarbete – det kan finnas en person som eleverna kan prata med från Bris, som är utvald och ansvarar för ett visst antal skolor eller område. Man kan ha en Bris-app som visar hur det går att komma i kontakt med Bris.

> Det kan vara bra om man får säga allt man håller inom sig, annars skapar man bara en stor klump i magen som växer och växer.
>
> Det måste bli enklare att söka vård när man är barn.
>
> *Tjej 12 år*

Förbättringar inom skolan

Skolan är en stor del av barn och ungas liv. Här kan många förebyggande insatser göras. Barnen lyfter vikten av att ha trygga och närvarande vuxna i skolan som lyssnar, och att skolan kan jobba på att öka barnens självkänsla och minska pressen.

> Det är fel att skylla ungdomars stress, ångest och depression på sociala medier när det i själva verket är tvärtom och skolan är anledningen till att de flesta mår dåligt.

Skolan behöver bli bättre på att lyssna

Alla ska kunna ha någon att prata med i skolan, anser barnen. Lärarna behöver lyssna mycket mer på vad barnen behöver hjälp med. Personalen i skolan måste också kunna ta emot feedback från barnen om sitt bemötande och hantering. Barnen efterlyser fler vuxna i skolan att kunna prata med om hur de mår och om livet, inte bara kopplat till skolresultat och studier.

Minska pressen i skolan

Stress kopplat till skolarbete och prov är återkommande i barnens upplevelser. Om pressen i skolan minskade lite skulle det minska stressen, tycker många. Att barn är olika bra på olika saker skapar också en stress i form av en känsla att inte passa in i skolan. Att inte hänga med i skolan, menar barnen på kan leda till psykisk ohälsa.

Anpassa prov och examination

Barnen efterlyser också mer information om vilka anpassningar som kan göras för att minska stress och psykisk ohälsa när det gäller examinationer – att elever själva ska kunna ges inflytande över hur de genomför prov. Alla kan inte få hjälp hemma med skolarbetet, det är viktigt att det extrastödet finns i skolan.

Hjälp att öka barnens självkänsla

Skolan kan jobba på ett mer systematiskt och strukturerat sätt för att öka elevernas självkänsla, menar barnen, som föreslår lektioner i hur vi ska bemöta varandra och bete oss mot varandra. Men även hur man gör när en kompis mår dåligt, eller när man själv mår dåligt.

Kan man lägga upp komplimanger som post-it lappar överallt på skolan? Avsluta skoldagen med reflektionstid med alla elever kring dagen som varit? Skolan borde också bli bättre på att prata om att det är okej att må dåligt, och att det finns hjälp.

En elev berättar:

> Jag hade velat att det fanns flera vuxna i skolan som bara finns där och inte bryr sig så mycket om just skolan. Utan dom bara finns där för att vi ska kunna prata med dom om allt annat än skolan.

Många lyfter även livet i sociala medier som en svårighet där skolan och vuxenvärlden behöver komma ikapp. Att prata om hur man beter sig på sociala medier, och hur man skyddar sig.

Klasser anpassade efter intressen

När man börjar ettan, föreslår några av barnen, kan man berätta om sina intressen för läraren eller rektorn. Sedan kan skolan sätta ihop klasser med elever med samma intressen. Man ska också kunna byta klass lättare om man vill komma till en klass där fler har samma intressen.

Lärare och rektorer bör veta mer om barnen i klassen för att få till en bättre klassammansättning. I arbetslivet intervjuas man av ju sin chef och kan byta arbetsuppgifter eller arbetsgrupp vid behov. Motsvarande bör ske i skolan.

Öka tryggheten i skolan

Det behövs också åtgärder för att öka tryggheten i skolan och minska mobbningen, menar barnen. Framför allt handlar det om att vuxna behöver vara närvarande, se men också agera. Det är svårt att som barn själv slå larm, eftersom det kan finnas en rädsla både för att det kan bli värre om man skvallrar, och för att inget kommer förändras.

En elev skriver:

> Jag skulle önska att man jobbade mer och var hårdare med mobbning och att man pratar med elever ganska ofta om hur dom mår både på fritiden och i skolan.

Bättre skolmat för att orka

Om elever får bra mat orkar de mer i skolan, och mår bättre, menar barnen. Det gäller både tillgång till skolkafé och bättre skolmat. Eleverna tycker även att de ska vara delaktiga i val av maten som ska serveras.

En elev skriver:

> Mer mat i skolan för att man ska orka hela dagen.

En annan elev föreslår också:

> Det borde även finnas fler matalternativ i skolan så ungdomarna inte skippar maten i skolan och går och köper godis och läsk i stället.

En bättre fritid – för alla

Barnen lyfter själva att ojämlika uppväxtvillkor gör att alla inte har tillgång till meningsfulla fritidsaktiviteter – gratis busskort, öppna fritidsgårdar och gratis aktiviteter kommer upp som förslag.

Meningsfull fritid

Barnen beskriver att de vill ha fler aktiviteter i skolan, och mer varierande lektioner där de kan vara kreativa. På så sätt blir det enklare och roligare att lära sig. De önskar också fler aktiviteter på ungdomsgården och i närområdet som är kostnadsfria för alla barn.

Ungdomsgårdar i varje kommun

Fritidsgårdar och ungdomsgårdar ska vara obligatoriska och finnas i varje kommun och stadsdel, så att kommuner inte kan välja bort dem när det blir dålig ekonomi. Ungdomsgårdar är viktiga för att minska kriminalitet och droganvändande i ett område. Att ungdomsgårdarna är öppna varje dag och på helgerna är viktigt för att ungdomarna ska ha något att göra på sin fritid och hålla sig borta från torget och kriminaliteten.

En 15-årig kille skriver:

> Ungdomarna har väldigt tråkigt under helgerna, då borde fritidsgården vara öppen. Har vi jättetråkigt hänger vi i centrum och där hänger grabbarna som säljer och som kan locka en att göra kriminella saker. Många börjar kriminaliteten för att det är tråkigt och för att de inte har något att göra på sin fritid.

En elev säger:

> För att må bra ska man alltid vara sysselsatt. Sporta, sticka, pyssla, spela spel osv. Alltså det jag vill ska förändras för att barn ska må bättre är att alla barn ska ha minst en aktivitet att satsa på. Det kan vara från att använda hela kroppen till att vara praktisk med händerna.

Jämlika uppväxtvillkor

Barnen lyfter också att uppväxtvillkoren skiljer sig åt och att alla inte har möjlighet att till exempel idrotta eller ha tillgång till meningsfulla fritidsaktiviteter. Här finns förslag som gratis sommarlovsbusskort så alla barn kan ta sig runt i sin kommun och inte behöver vara beroende av sin familjs ekonomi eller behöva planka för att ta sig runt med kollektivtrafik.

Barn efterlyser också kostnadsfria läger, fritidsgårdar i alla städer som har öppet sent, och fler idrottshallar – där det går att idrotta gratis. Och mer pengar till skolorna som ligger i förorterna då de behöver mer stöd och hjälp att kunna hjälpa sina skolelever.

Vad får barn och unga att må bra?

När barnen fick frågan om vad som får barn och unga att må bra i dag lyfte de själva kost, motion och fysisk hälsa, men också nära och viktiga relationer och att ha någon att prata med.

> Du vet att du mår bra när du känner dig glad både inombords och utåt. När du har kompisar och familj att vända dig till när du inte mår så bra.

Kost, motion och hälsa

Många av de barn som deltagit uppger att kost, motion och den fysiska hälsan på många sätt påverkar välmåendet. Det kan handla om att få tillräckligt mycket sömn, att röra på sig varje dag och äta en hälsosam och varierad kost. Musik, sport, djur och natur lyfts också upp.

En 17-årig tjej svarar:

> Att jag känner att min kropp mår bra.

En 13-årig kille skriver:

> Att jag tränar mycket på fritiden och det gör jag.

Vänner, familj och relationer

Flera av barnen uppger att en god relation med både vänner och familj är viktig förutsättning för att må bra. Många skriver att det är lätt att må dåligt när man är ensam och att det därför är viktigt att de sociala relationerna fungerar i vardagen.

En 14-årig tjej beskriver:

> Jag har dåliga och bra dagar för jag har inte en bra relation med min pappa eller hans familj, då de alla lämnat mig. Men det gör inget för jag behöver inte dom längre för jag har hela min mammas och bonuspappas familj som finns för mig och älskar mig.

Att ha någon att prata med

Att ha möjlighet till att prata om sina känslor och kunna vända sig till någon för att få stöd och råd är också omständigheter som påverkar hur barn och unga mår. Flera skriver att möjligheten att prata med någon när det behövs är betydelsefullt för att en ska kunna må bra.

En 17-årig tjej berättar:

> Att ha bra vänner som jag kan lita på, och att kunna prata ut med någon. Det kan vara skolkurator eller någon annan, men att få prata ut.

Rapport God och nära vård

av Föreningen Tilia

Förord

Vi är tacksamma för möjligheten att få samarbeta med denna statliga utredning som genuint och på riktigt ser värdet av ungas egna röster. Unga bär på en unik kompetens, nämligen hur det är att vara ung i dag. Denna kompetens behöver vi lyssna in för att skapa aktuella förändringar i samhället och på individnivå.

Utredningens uppdrag möter Tilias grundtankar om att se människan utifrån ett salutogent holistiskt perspektiv. Utredningens hälsofrämjande- och förebyggande arbete, likväl som att i ökad grad se över tidiga insatser, är ytterligare en beröringspunkt. En ung deltagare från expertgruppen vi arbetat med, vars röst är en av dem som står till grund för denna rapport, uttrycker det så här: ”Det känns väldigt skönt att vi fått ta ett nytt perspektiv, jag har alltid sett att vården enbart är till för dom i nöden. Det känns väldigt bra att vi ska kunna hjälpa innan det blir akut, som exempelvis att förebygga och inte bara hjälpa dom som mår dåligt, utan även de som mår bra, så att de kanske inte behöver hamna där”.

Att sätta in stöd tidigt och tillgängligt är ett sätt att forma insatser efter målgruppens behov. Vi kan på detta sätt minska framför allt mänskligt lidande, men också ekonomiska kostnader, genom att möta barn och unga innan sjukdom uppstår. I dag väntar vi många gånger tills individen utvecklat sjukdom innan hjälp sätts in.

Vi vill därför rikta ett stort tack till Peter Almgren med kollegor som öppet, ödmjukt och med stor respekt har mött vår unga expertgrupp, lyssnat in och tagit vidare deras röster till faktiska förslag. Tillsammans skapar vi ett system där ungas behov styr.

Uppdrag Tilia / S 2019:05

Tilia har i den statliga utredningen ”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” S 2019:05 bistått med en expertgrupp för att synliggöra brister, lyfta goda exempel och ge förslag på förändringar i vård och stöd vid psykisk (o)hälsa.

Bakgrund

Tilia har sedan 2012 arbetat för psykisk hälsa, på uppdrag av unga. Föreningen grundades utifrån ungas egna röster om vad som behövs, både direkt stödjande och på samhällsnivå.

Under våra verksamma år har vi fått en samlad bild av olika ungas upplevelser kring psykisk (o)hälsa, genom att vi möter dem dagligen.

Vi har även noterat att samhället förändras snabbt och därmed också ungas behov. För att vara förankrade i ungas verklighet och möta dem med insatser som tilltalar dem, krävs ett löpande och ständigt uppdaterat målgruppsarbete.

Vi ser också gemensamma nämnare som inte förändras nämnvärt över tid. Som att ungas hälsa och självkänsla ökar då de känner sig hörda och inkluderade. Enligt Tilia undviker vi slöseri med resurser om vi direkt möter det unga behöver, i stället för det vi tror unga behöver. Denna problembild råder allt för ofta på beslutsfattarnivå, där vuxnas uppfattning om vad unga behöver styr agendan, där unga inte får äga tolkningsföreträdet.

Metod ungas röster

Då vi på Tilia önskar agera föredöme och inspirera fler aktörer i samhället att i ökad grad inkludera unga i processer då beslut ska fattas, har vi formulerat en metod; ungas röster. Inom ramen för metoden bistår vi beslutsfattare med experter, alltså unga själva, samt facilitering kring detta.

Metoden avser att skapa utrymme åt unga att komma till tals i de processer som rör dem. Detta genom att låta unga vara de som primärt formar agendan utifrån sina behov, erfarenheter och önskemål. Detta formuleras sedan till förslag av och med unga med syfte att levereras direkt till beslutsfattare eller professionen som har i ansvar att formulera detta till konkreta förslag utifrån samhällets system.

Det är även av stor vikt att de som leder arbetet inom ramen för metoden har gedigen erfarenhet av arbete nära unga, en bred insyn i det dagliga stödet föreningen erbjuder samt att ledarna har erfarenhet av att leda men inte styra samtal. Det vill säga att skapa ett klimat utifrån öppna frågeställningar, där unga styr samtalet utifrån sina behov. För att detta arbete ska fungera så bra som möjligt krävs goda insikter i perspektiv som åldersmaktsordning, men också kunskap om hur vi i en grupp skapar utrymme för alla att komma till tals trots olikheter.

Vårt syfte med metoden är att vända på arbetsgången, som annars vanligen innebär att beslutsfattare tar fram underlag som unga i bästa fall får tycka till, alternativt får bistå med sin åsikt till en redan formulerad idé, formad utifrån ett vuxenperspektiv. Detta sker dessutom allt för ofta i miljöer där unga är underrepresenterade och i en kontext där vuxnas vokabulär och uttryck står i centrum. Vi vill genom vår metod bidra till att unga får trygga miljöer att tycka till och arbeta i.

Arbetssätt

Arbetssättet i metoden Ungas röster anpassas efter uppdrag, ofta med en grund i en förundersökning för att skapa utrymme åt en större mängd unga att komma till tals på ett övergripande plan.

Vi arbetar sedan vidare med ett mindre antal personer i djupintervjuer eller enkätformulär om den egna erfarenheten. Arbetet tas sedan vidare i workshops, då i mindre grupper med djupgående arbete

och ofta vid återkommande tillfällen. Syftet är att unga ska inkluderas hela vägen från idé till färdigt beslut eller förslag.

Exempel där metoden tidigare använts

- SOU 207:111 För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.
- Nationell samordning och utveckling på området psykisk hälsa (S 2015:09) ”Ungas beställning till samhället”.
- Nationell samordning och utveckling på området psykisk hälsa (S 2015:09) ”Studenternas beställning till samhället”.
- International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL) konferens, 2018 Stockholm. Uppdragsgivare: Folkhälsomyndigheten och Sveriges kommuner och regioner (SKR).
- ”Ungas beställning till samhället” Uppdragsgivare: Region Jämtland Härjedalen 2021.

Tilias ungas röster och God och nära vård

Förarbete

Vi genomförde förarbetet där 95 unga deltog, via Sociala medier, genom frågeställningar på Instagram story och live. Där ställde vi generella frågor om vad som behövs för att vården ska kunna vara god och nära samt riktade frågeställningar om hur olika insatser kan arbeta för att möjliggöra en så god vård som möjligt.

Frågeställningar:

Om du på något sätt söker stöd vid ett dåligt mående:

- Vart vänder du dig?
- Vad gör att du vänder dig dit, alternativt inte vänder dig dit?
- Hinder och möjligheter att söka stöd?
- Vad är viktigt för dig när du får stöd?
- Finns det några huvudfaktorer som hade gjort/skulle göra att du sökte stöd tidigare?
- Vad hade samhället kunna gjort?

Workshops med expertgrupp

Ansökningar från unga som ville medverka i expertgruppen togs emot av Tilia. Deltagarantalet bestämdes till en grupp om totalt åtta. Gruppen har träffats i två omgångar om två timmar per tillfälle. Gruppen bestod av unga med olika könsidentitet (med en majoritet cis-tjejer), i åldrarna 17–24 år, från olika delar av Sverige och med varierad erfarenhet av samhällets stödprocesser vad avser psykisk (o)hälsa. Vi har kommunicerat via skrift, i samtal samt i helgrupp och mindre arbetsgrupper.

Frågeställningar från utredningen:

Utredningen förmedlade nedanstående frågor till Tilia inför första workshopen. Tanken var att rikta frågorna mer direkt mot psykisk hälsa och erfarenheter av vården, särskilt de verksamheter som direktivet pekar på.

1. Hälsa är att känna sig både frisk och glad för det mesta, men också att ha goda relationer med familj och kompisar. Har du en bra hälsa?
   a) Mycket bra
   b) Bra
   c) Ganska dålig
   d) Dålig
2. Vad är viktigast för din hälsa?
3. Kan du berätta om när du inte mådde bra och behövde hjälp? Fick du hjälp och hur gick det i så fall?
4. Vilka förändringar i vården skulle vara viktigast för dig om du fick önska? (inom till exempel elevhälsan, ungdomsmottagningen, vårdcentralen, barnpsykiatrin etc.)?
5. Hur skulle du vilja vara med och påverka din vård i framtiden?

Framtagning av förslag

Workshopen hölls 2020-11-11 via det digitala verktyget Zoom, medverkade på mötet gjorde två medarbetare från Tilia, med syfte att leda och anteckna. Utredningen deltog kort i inledningen för att berätta om utredningen och syftet med fokusgruppen. Arbetssättet i detta första möte har formulerats av unga, där unga själva fått styra samtalen, utifrån vad de anser är relevant att lyfta.

Anteckningarna har sedan i två omgångar skickats ut till deltagarna som kunnat återkomma med ändringar, för att säkerställa att innehållet är korrekt enligt referensgruppen.

Anteckningar och förslag från de unga skickades sedan till utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga S 2019:05.

Uppföljning av förslag

Under ett uppföljande möte 2021-01-13 presenterade utredningen sina förslag preliminära förslag inom bland annat uppdraget psykisk ohälsa för Tilias expertgrupp. Efter presentationen delades expertgruppen upp i bikupor för att diskutera förslagen närmare och lämna utrymme även för utredningen att ställa frågor till expertgruppen, i syfte att få en djupare förståelse för feedbacken.

Expertgruppen från Tilia gav direkt feedback på vad som upplevdes som positiv riktning samt vad utredningen hade möjlighet att förbättra i sina förslag.

Frågeställningar till workshop

Del 1: Vad är psykisk (o)hälsa?

Inledande frågor som besvarades anonymt via verktyget Mentimeter.

- Vad är psykisk hälsa för dig?
- Hur stärker du din psykiska hälsa?
- Hur ser du på psykisk ohälsa?
- Nämn de tre ord som är viktiga för dig när du mår dåligt?

Del 2: Innan du söker stöd

Frågeställning: Vad behöver samhället göra för att du ska söka stöd? Diskuterades i bikupor, samt gemensam diskussion i helgrupp.

Del 3: Du som sökt stöd i vården

Individuellt frågeformulär, se bilaga 1.

Del 4: När du söker stöd

Frågeställning: Vad önskar du få ut av ditt stöd?

Bikupor:

Vad är viktigt för dig för att du ska fortsätta söka det stöd du behöver? Gemensam diskussion i helgrupp.

Bikupor:

1. Ungdomsmottagningar/Vårdcentraler/elevhälsa med flera. Hur kan de arbeta?
2. Specialiserad vård: BUP/Vuxenpsykiatri. Hur kan de arbeta? Gemensam diskussion i helgrupp.

Del 5: Avslut/medskick

Vårdkedja: samverkan/samarbete mellan olika vårdande aktörer Vad är viktigt för att de ska styra detta i en helhetslösning för så många som möjligt: Vad är viktigast att det satsas på systemmässigt? Mer sammanhållet/ändamålsenligt?

Del 6: Avslutande enkät några dagar senare

1. Hur önskar du att dessa aktörer (Umo, vårdcentral, elevhälsa med flera) ska arbeta enskilt eller tillsammans för att skapa den bästa vården för dig och andra unga?
2. Har du konkreta förslag du vill skicka med?

Resultat

Nedan följer en sammanställning av förarbetet och arbetet med expertgruppen. Resultat från både första mötet med öppna frågeställningar och diskussioner samt andra mötet med mer fokuserade frågor kring utredningens förslag är här sammanslagna.

Resultatet består av tre delar:

1. Innan vård.
2. Viktiga komponenter när en söker vård.
3. Specifik feedback till befintliga vårdinsatser.

1 Innan vård

I samråd med unga har denna workshop kategoriserats i behovet som finns innan en söker vård där flertalet unga upplever att det råder informationsbrist om psykisk ohälsa och hälsa samt hur och var en kan söka stöd. Många unga menar att detta förskjuter vårdprocessen och gör att en söker stöd först senare, när läget upplevs mer akut.

En annan viktig faktor för att en ska få rätt stöd handlar givetvis om vad som händer under stödet där flertalet unga identifierat bemötande, delaktighet och samarbete som viktiga faktorer för att en ska fortsätta söka stöd och komma till rätta med känslan som skapar de upplevda symtomen. Nedan följer två viktiga indikatorer för unga, två möjliggörare för att söka stöd.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser

En grundläggande del för att unga ska kunna söka adekvat hjälp tidigt är information. En viktig informativ insats är kunskap om den egna psykiska hälsan, men också om den psykiska ohälsan.

> Har jag inte ord för det, kan jag inte prata om det och därmed inte heller be om hjälp.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Många upplever att de inte får information om vad psykisk (o)hälsa är och inte heller att detta är något annat än psykisk sjukdom. Mycket av det stödet de känner till är till för de med komplex psykiatrisk problematik.

Unga önskar arbeta bort att en måste må på ett speciellt sätt för att ha rätt att söka stöd. En ska kunna söka tidigt, när det ”bara skaver”. Ett sätt är att inkludera psykisk hälsa och hur en stärker sin hälsa i undervisningen i skolan. När en får kunskap, får en också ord för hur en kan kommunicera kring det som pågår och ibland kan bara kunskapen i sig hjälpa till att stärka sin egen hälsa.

Utredningens förslag om en sammanhållen barn- och ungdomshälsa från graviditet till ung vuxen och ett nationellt hälsovårdsprogram med tydliggjort och skärpt hälsofrämjande, förebyggande och hälsoövervakande uppdrag, inte minst gällande den psykiska hälsan, fick enhetligt positiv respons från fokusgruppen.

Förslag

- Vara tydligare med vad det finns för olika typer av stöd att söka.
- I dag vet en sällan om vilka alternativ som finns samt vad dessa alternativ innebär. Förslag är att forma informationen tillsammans med målgruppen, så att informationen är anpassad för och tilltalar målgruppen samt finns på plattformar där målgruppen befinner sig.
- Avdramatisera, det är inte fel att söka stöd och hjälp. Det behövs förutom information om hur en söker stöd, också berättelser som kan avdramatisera hjälpsökande.
- Öka kunskapen om psykisk hälsa, genom att införa det på skolschemat.

Tillgänglighet och anpassning utifrån barn och ungas perspektiv

En viktig del i att möjliggöra hjälpsökande är tillgänglighet. Många menar att det är allt för komplicerat, att en inte vet var en kan söka för vad och att det är för långt borta, för att en ska söka stöd tidigt och därmed avvaktar tills det är akut. Stora skillnader i stödalternativ finns också över landet, mycket är storstadsbaserat. Vi är även medvetna om att några av förslagen finns regelverk kring, men att unga lyfter dem som att de inte görs på vissa vårdenheter, talar för att något är fel och att detta bör följas upp.

Förslag

- Ökad tillgänglighet att söka stöd digitalt, samt möjlighet att även boka tider digitalt då exempelvis telefontider kan kännas som ett stort steg och leda till att en inte söker stöd alls.
- Tydliggör direkt hur och om vårdnadshavare kommer att blandas in, tydlighet skapar trygghet.
- Utökade öppettider även kvällar och helger, kan göra att fler kan söka stöd. Ofta går en i skolan eller jobbar under dagtid. Att ta ledigt eller missa en lektion, kan kännas som ett stort hinder.
- Önskas bredare tidsgränser utifrån individens enskilda situation.
- En närvarande elevhälsa, som går omkring i skolan och skapar igenkänning och trygghet. Bör ingå i uppdraget.
- Kuratorn behöver vara mer synlig och bygga relation och förtroende, alltid finnas på plats, rimlig mängd kuratorer i förhållande till antal elever. Att bygga relation, skapa igenkänning bidrar till att sänka tröskeln till att söka stöd.
- Åldern 18–25 år är en svår tid. Men ändå försvinner mycket stöd här.
- Viktigt att ha med unga vuxna som en särskilt utsatt grupp som varken är barn eller vuxna, behöver beaktas som en heterogen grupp med varierande behov.

- Enhet för ungdomar/unga vuxna för att möta dessa på ett bra sätt, särskild kompetens samt ett minskat glapp (psykiatrin), genom ett utvidgat uppdrag till UMO inom ramen för första linjen.

2. När vård och stöd sökes

Andra viktiga faktorer som är frekvent återkommande när en söker stöd är bemötande, delaktighet och samarbete vilka presenteras närmare nedan. Dessa menas vara avgörande för att en ska fortsätta söka stöd.

Bemötande

En av de viktigaste faktorerna för den som söker stöd är just bemötande. Ett varmt, omtänksamt och empatiskt bemötande där den unga känner sig sedd, hörd och bekräftad och där tydlighet utgjorts. Utan detta spelar resterande väldigt liten roll och unga menar att detta behöver erkännas. Det mänskliga mötet är grunden för att en ska kunna ta emot samtalsbehandling eller annat stöd.

> Bra bemötande är viktigt, något av det viktigaste, men också ha i beaktning att bra bemötande innebär olika för olika individer. Gemensam nämnare för många (alla) är att det är av stor vikt att bli lyssnad på och inte dömd.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Förslag

- Medvetande- och tydlig-göra maktförhållandet mellan behandlare och barn/ung, samt behandlare och patient. Detta bör ingå i alla utbildningar och något alla vårdande aktörer bör arbeta med, utvärdera och följa upp regelbundet.
- UMO bör utbilda andra enheter i att bemöta just unga.
- Kontinuitet behövs – för att bygga relation. Ge vårdpersonal tid för att få arbeta med detta.

- Se människan bakom och inte bara gå efter en mall. Att den professionella använder sitt handlingsutrymme, även om standardisering och mallar kan kännas begränsande

Delaktighet och kommunikation

Det är avgörande att de barn och unga som befinner sig i vården är inkluderande och känner att de har möjlighet att påverka sin behandling, att det snarare är ett samarbete mellan två individer, än något den unga enbart ska förhålla sig till. En annan viktig del är att en tydlig kommunikation med vården, då tydlighet många gånger skapar trygghet.

> Vården är ju till för oss. Då borde vi inkluderas. Få tycka, tänka och bolla tillsammans med behandlaren. Så att vi kan forma det bästa för oss. När jag fått vara med och påverka, har det gett mig större förståelse men också mer motivation.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Förslag

- Att göra tätare och mer konkreta vårdplaner, så att en vet vad en jobbar mot. Följa upp dessa, och samtidigt följa upp måendet. Göra en plan mellan barn/unga och den professionella. till exempel ”nu ska vi jobba med det här under den här perioden, sen följer vi upp det och gör en ny plan”.
- Ha en tydlig uppföljning av detta. Till exempel genom revisioner i vården där unga själva medverkar och utvärderar detta för utveckling av verksamheten. Unga, kan beskriva vad de ser och upplever utifrån sitt perspektiv.

Samverkan: runt barnet

En annan viktig faktor är samarbetet mellan vårdenheterna och patienten. De unga beskriver att de ofta samordnar vårdaktörer, får informera vem som gör vad och att mycket av ens egna tid går åt att berätta om samma sak om och om igen. Unga önskar att systemet rör sig runt dem, inte dem runt systemet, vilket är en grundläggande faktor för att stödet ska ge effekt samt vara av god kvalité.

Förslag

En aktör som ansvarar för att vara en oberoende uppföljare av en persons vård och insatser oavsett kommun- eller region, som ett ombud, som en kan bli tilldelad vid första vårdkontakt. Behöver en person/aktör som har ansvar för personens alla kontakter, och kopplar ihop/följer upp remisser osv så informationsansvaret inte hamnar på individen.

Uppgifter för denna aktör att ansvara för:

- Svårigheten mellan somatik och psykiatri som i dag är uppdelade.
- Synen på en delad människa gör det svårt att samverka och se hela människan.
- De stora problemen är inte i vården utan i samarbetet. Den som remitterar borde ha ansvar att följa upp att kontakten sker. Det behöver ställas krav på kommunikation mellan olika enheter som i dag ofta läggs över på individen. SIP fungerar inte riktigt, ytterligare ett sätt att lägga över ansvaret på varandra (ofta olika arbetssätt/metoder som krockar). Att psykiatrin ser problematiken på ett sätt, socialtjänsten det på ett annat osv. Våga se helhetsbilden, inte bara dela upp utifrån symtom. En oberoende verksamhet som har ansvar för uppföljningen/samordningen.
- Stärka möjligheterna för kommunikationen mellan till exempel elevhälsa och BUP, men också kommunikationen mellan patienten och vården. Detta för att som patient få vara delaktig, men också få information om hur vården tänker. Att få veta att det faktiskt händer något.

3. Feedback till specifika vårdinsatser

Expertgruppen har stor erfarenhet av olika vårdande insatser och deras uppdrag, nedan följer en specifikation med tillhörande förslag till varje specifik vårdenhet. Då arbetet varierar i olika kommuner och regioner följer nedan en generell bild av upplevelsen. Där vissa av förslagen genomförs på vissa platser redan, andra inte alls. Där vissa förslag också är helt nya för region- och kommun.

Elevhälsa

Elevhälsan är en viktig aktör som möter unga på en plattform där flertalet unga känner igen sig. Detta kan skapa en trygghet, till skillnad från exempelvis vårdcentralen som ofta känns långt borta och inte utgör ett stöd i elevernas arbetsmiljö. Det finns fördelar med att fånga upp barn och unga i den miljö de redan befinner sig i. För de unga är det inte avgörande i om det är kommun eller region som har huvudmannaskapet, vilket är en fråga som kom från utredningen. Det viktiga är att det finns hög tillgänglighet och närvaro på skolan.

> Vi behöver mänsklighet, kärlek och värme
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Elevhälsan bör ha ett aktivt uppdrag i att synas mer i skolan, samt att vara på plats i större utsträckning i ett vidgat uppdrag. Detta vidgade uppdrag bör även inkludera att anpassa tider för unga att söka stöd, till exempel på eftermiddagar och kvällar. Kuratorn är ofta tillgänglig under lektionstid, vilket inte nödvändigtvis gör denne tillgänglig för eleverna. Dessutom erbjuder elevhälsan främst samtalsstöd, där vissa elever kan behöva mer stöd än att ”bara” att prata av sig. För vissa elever finns ett behov att elevhälsan erbjuder ett utökat stöd.

Elevhälsan bör ha obligatoriska återkommande elevhälsosamtal där en också inkluderar samtal om den psykiska hälsan, precis som en väger och mäter eleven. Detta för att normalisera samtal, möjliggöra en lägeskoll samt etablera en naturlig dialog med elevhälsoteamet. Hälsosamtal önskas vara ett enkelt samtal utan krav.

> Vi behöver utrymme att få prata om vår hälsa, normalisera samtalet om den psykiska hälsa och göra det lika självklart som att väga, mäta och kolla vår ryggrad. För även vår inre hälsa kan kännas sne.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Förslag

- Psykosocial kompetens i undervisningen, för att ge unga kunskap och vokabulär för den psykiska hälsan.
- Psykiska hälsokontroller. Att få en kallelse från skolan, med syfte att prata om den psykiska hälsan för att exempelvis minska stigmatiseringen.
- Erbjuda kurser rörande psykisk hälsa.
- Utökat uppdrag hos elevhälsan med möjlighet till tydligt ansvar i samverkan med exempelvis BUP eller andra vårdande aktörer.
- Ökad närvaro genom förändrade öppettider (till exempel kvällar) samt inkludera i uppdrag att skapa kontakt med elever och synas i skolan.

Goda exempel

- Kurator som följt upp och kontaktat elev när andra elever som, denne har nära kontakt med, mått väldigt dåligt.
- Elevhälsa som haft bra kontakt med BUP och som haft kontakt med till exempel behandlare och läkare för att vara uppdaterad. Kontakterna rör sig runt den unga och inte tvärtom.
- Kunnat höra av sig till kuratorn utanför bokade tider, att vid behov kunnat gå till elevhälsan.
- Kuratorer som rört sig ute i skolan, till exempel på fiket och försökt skapa relation till eleverna. Gör det tryggare att söka stöd.
- Erbjudande av stödprogram/verktyg som stresshantering.
- Kontakten är frivillig och på elevens villkor.

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningen är den enhet med mest positiv återkoppling och feedback. Ungdomsmottagningarna är i dag den enda verksamhet som vänder sig till åldersgruppen 18–25, en viktig aktör för psykisk hälsa hos unga över 18 år.

Verksamheten får god återkoppling på bemötande, flexibilitet, anpassning utifrån individen, att de har ett fokus på helhetshälsa och en god kunskap om gruppen unga och unga vuxna. Det är en tillgänglig verksamhet där en kan boka samtal online, där det kan finnas möjlighet till kvällstider.

> Där kände jag mig sedd. Jag gick inte in på en vårdenhet utan på en mottagning för mig som ung vuxen. Den enda platsen för mig. Här känner jag att jag kan ha passerat 18 år och ändå må dåligt.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Denna verksamhet önskas få ett utökat uppdrag med målgruppen unga och unga vuxna, som ett komplement till elevhälsan, med syfte att arbeta desto mer med den psykiska hälsan. Ungdomsmottagningarna har inte ett lika stort upptagningsområde och finns främst i större städer. Ungdomsmottagningen skulle eventuellt kunna ha ett rörligt uppdrag i den egna regionen, för att komma närmare alla unga.

Ungdomsmottagningen upplevs som en trygg och avslappnad enhet, på den ungas villkor och sida. Här upplevs det finnas ett generellt bra bemötande av unga, där de som arbetar inte dömer ut en generation utan finns för att lyssna och förstå. De kan både hantera livets svårigheter generellt, men också till viss del finnas som Förstalinjen verksamhet. Att det är en plats för mer än psykiska besvär underlättar också, ofta finns en känsla att här finns plats för hela mig och min utveckling som ung och ung vuxen.

Förslag

- Tydliggöra information om deras verksamhet för psykisk hälsa och ohälsa.
- Stärka deras uppdrag som primär enhet för målgruppen unga och unga vuxna rörande psykisk hälsa.
- Psykisk hälsa-kurser/cirklar/grupper.
- Möjliggöra stödjande samtal i större utsträckning.
- Möjlighet till samtal digitalt för de som inte bor nära ungdomsmottagningen.

Goda exempel

- Fantastiska psykologer och kuratorer som sett människan genom att våga fråga kring och utforska personens situation, inte bara symtom.
- Haft tillit tills en själv varit redo, fått tillåtelse att ta det utifrån individens process. Att få stanna kvar har skapat en trygghet för vidare stöd.
- Möjlighet till tidsbokning via nätet, gör det lättare att söka stöd jämfört med att ringa.
- Bra förståelse och kunskap kring ungas situation. ”Det känns att de är specialiserade på vår situation.”
- Flexibla öppettider, kvällar och ibland helger.

Vårdcentral

Vårdcentralen visar sig vara den som minst antal personer önskar söka stöd hos. Dock uppger unga att det är bra om vårdcentralen har ett samlat uppdrag, med start från födsel. Det blir då stöd under hela barn- och ungdomsåren inte bara vissa åldrar och bitar. Viktigt att enheterna kommunicerar och samarbetar med varandra samt får god möjlighet till detta, då vårdcentralen skulle kunna utgöra en ”spindel- i nätet-funktion”.

> Det känns naturligt att vårdcentralen är en väg in. Där har vi lärt oss att söka stöd för allt det fysiska som allt ifrån halsfluss, allergi och magproblem. Det känns naturligt att vi också skulle söka oss dit när själen gör ont. Men de behöver få den kunskapen och de förutsättningar som de behöver för att axla det uppdraget.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Vårdcentralen som en väg in är en bra idé. De finns med redan från livets start och är den instans en ska vända sig. Vi har ett invant beteende att söka vårdcentralen, vad gäller vår fysiska ohälsa, väldigt bra att kunna söka även för den psykiska hälsan och därmed inte skilja på dessa, då de ofta hänger samman. Däremot krävs ökad kompetens på vårdcentralerna kring det psykiska måendet och hur en kan

bemöta detta. Det anses väldigt bra om vårdcentralerna får ett större ansvar och högre kompetens på området.

Förslag

- Tydliggöra vårdcentralens roll med information om hur en kan söka stöd för sin psykiska hälsa.
- Ha ett holistiskt perspektiv på människan.
- Öka den egna kunskapen om unga och psykisk ohälsa.
- Ge möjlighet att boka digitalt.

Goda exempel

- Upplevs bra när de har tagits på allvar och fått en remiss med tydlig uppföljning.
- Bra och tydligt samtalsstöd med konkreta verktyg från kurator.

Högspecialiserad vård: Psykiatri

Den instans flest känner till för stöd vid psykisk ohälsa är de specialiserade enheterna.

BUP bör var en del av en kedja som hänger ihop med de tidiga insatserna, där de tydligare bör samarbeta med exempelvis vårdcentraler.

> Just för att du inte blir vuxen enbart för att du fyllt 18 år. Inget förändras på en dag till en annan.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

En genomgående upplevelse är att det är många som faller mellan stolarna när de fyller 18. Om BUP släpper en vid ens födelsedag finns en känsla av att ”starta om allting igen” på ny enhet. Det är inget som en orkar när en själv mår dåligt. Det krävs en bättre överlämning, där övergången till vuxenvården planeras.

Glappet som skapas vid 18 år ålder är problematiskt. För individen i sig ändras inget över en natt. En enhet primärt riktad till unga vuxna, 18–25 år, men viss flexibilitet anpassat utifrån individens bästa, skulle kunna ta emot från cirka 15 års ålder beroende på personens

problematik och slutföra en påbörjad behandling även om en passerat 18 års ålder. Detta utifrån ett perspektiv om patientens bästa med trygghet och kontinuitet. En enhet för unga vuxna skulle minska det stora glapp som finns i systemet, samt vara en enhet som också är experter på att möta just unga och unga vuxna, en grupp som tydligt skiljer sig från både barn och vuxna.

Förslag

- Tydliggöra enhet (öppenvård) för unga och unga vuxna till exempel mellan 15–25 år för att minska glappet. Liknande Ungdomsmottagningen, men i syfte att ge specialiserad vård till ungdomar/unga vuxna.
- Möjlighet att tydligare hänvisa med ansvar till en allmän vård till exempel vårdcentral. Där ingen riskerar att hamna i ett glapp, utan i stället med tydlig uppföljning, lämnas över till enhet med tydligt uppdrag om psykiska insatser på primärvårdsnivå.

Goda exempel

- Bra bemötande, som varit det viktigaste av allt. Blivit tagen på allvar och blivit förstådd.
- Möjligheten att byta behandlare om det inte klickar.
- Flexibilitet, att ha kvar en kontakt trots att den bytt enhet och på så sätt få tid till avslut.
- Bra inledande information om hur en behandling går till.

Slutord

> Det känns äntligen som att våra erfarenheter når fram till de som bestämmer. Äntligen försöker vi fixa kommunikationen, så ingen faller mellan stolarna. Det var min främsta önskan att få föra fram och den känns verkligen besvarad av utredningen.
>
> *– Deltagare i expertgruppen*

Under Tilias verksamma år har vi utöver den dagliga kontakten med unga i stödverksamhet haft otaliga referens- och expertgrupper med unga, både i egen regi men också för andra verksamheter. Där finner vi att vissa resultat som var högst aktuella förr har passerat och nya behov har växt fram i nutid.

Dessa förändringar sker lika fort som i samhällets övriga takt. Men det finns också behov som varit konstanta. Återkommande uttrycks önskemål från målgruppen såsom att införa psykisk hälsa på skolschemat, få verktyg för hälsa, såsom självkänsla, vikten av att bli hörd och lyssnad till, samt att det bör erbjudas fler trygga sammanhang att få växa i.

Denna återkoppling avspeglar sig även i vårt påverkande arbete, där unga önskar bli hörda, respekterade och tagna på allvar i samhällets utformande av insatser

Det i sig möjliggör ett samhälle anpassat av och för unga, där unga får sina grundläggande behov tillgodosedda. Genom att inkludera unga från start bistår samhället dem med en känsla av att bli hörd och sedd. Vi ser ständigt hur detta påverkar och stärker varje enskild individ och leder till ökad psykisk hälsa. Ett win-win samarbete för och med unga.

Vi anser att vi behöver våga lyssna till unga, vara modiga nog att möta behoven och utforma målgruppsanpassade insatser, där det är avgörande att vi som är vuxna vågar och kan vara lyhörda. Det är inte

en-dagsarbete, utan ett ständigt pågående arbete och ett ansvar vi har för vår generation unga – nu, inte sen.

Innovation och kostsamma insatser önskas sällan. Unga ber om möjlighet att få sina grundläggande behov tillgodosedda: att bli lyssnade på, hörda, sedda och bekräftade.

Det är också ett ansvar att inte bara lyssna. Vi måste därtill agera på det unga säger, så att förändring blir till. Annars återstår dessa kloka förslag enbart som just det, i väntan på att uppfyllas.

När vi agerar skapar vi förändring och ringar på vattnet för närmare en hel generation.

Det gör skillnad.

Bilaga 1: Frågor, enkätundersökning

Har du sökt stöd hos elevhälsan?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något elevhälsan skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).

Har du sökt stöd hos ungdomsmottagning?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något UMO skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).

Har du sökt stöd hos vårdcentral?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något vårdcentralen skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt)

Har du sökt stöd hos psykiatrin?

JA/NEJ

Om ja var är din upplevelse? Om nej finns det något psykiatrin skulle kunna skapa för att du skulle kunnat söka stöd? (nämn gärna både bra och mindre bra erfarenheter om möjligt).
Om du har varit i kontakt med flera aktörer. Ex. både UMO och vårdcentral. Hur upplever du deras samarbete? Finns det saker de kan göra för att förbättra samarbetet och vården för dig?

Övrig feedback till dessa enheter. Finns det något de kan göra för att skapa förbättringar? Eller är det något du upplever fungerar bra som kan inspirera fler?

Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden

Underlagsrapport för den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga S 2019:05.

Om samverkansmodeller för och hälsoekonomisk nytta av hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser för barn och unga med särskild fokus på psykisk ohälsa

Författare vid Uppsala universitet:
Anna Sarkadi
Camilla Nystrand
Kine Johansen
Jamile Marchi
Nina Johansson
Josefin Dahlström

Innehåll

Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden 569

Utgångspunkter 571

Ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa..... 578

Områden med god ekonomisk evidens för investering..... 584

Områden som har bra effektstudier, men saknar god evidens för kostnadseffektivitet..... 595

Vad är problemet med dagens organisation?..... 599

Goda exempel på samverkan – ”Workarounds” 607

Lyckade exempel på systemomvandlande samverkan 620

Det är inte brist på statlig satsning på området psykisk hälsa, men 631

Vägen framåt 634

Varför är en sammanhållen barn- och ungdomsvård en önskvärd modell?..... 643

Referenser..... 646

Utgångspunkter

Hälsans bestämningsfaktorer

En viktig utgångspunkt för arbetet är hälsans bestämningsfaktorer, vilket också återspeglas i folkhälsomålen som beslutades av Riksdagen. Hälsan hos en individ är beroende av faktorer hos individen (kön, ålder, ärftlighet, mm), hens nära relationer, levnadsförhållanden, som exempelvis boende, levnadsvanor, utbildning, inkomst, arbete och arbetsförhållanden samt den breda samhälleliga kontexten med dess lagar, regler, stödsystem och normer. Hälsan kan därtill ses som resultatet av individens resurser och handlingsfrihet och effektiva insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa bör syfta till att stärka individens resurser och därmed handlingsfrihet (SOU 2017:47).

I Sverige är en persons livslängd och upplevd hälsa socialt skiktat (SOU 2017:47). Det är skillnad i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, mellan män och kvinnor och geografiskt (SOU 2016:55). Ett barns hälsa följer tydligt den sociala gradienten i samhället och är kopplat till familjens ekonomiska och sociala status. Därmed har inte alla barn jämlika förutsättningar då uppväxtvillkor, resurser och chanser i livet är beroende och präglade av föräldrar och andra viktiga och närvarande vuxna under barnets uppväxt (SOU 2017:47).

Samhällets ökade segregering ger även avtryck både inom skolan, förskolan och boendeområden där familjens socioekonomiska position i samhället har en avgörande roll för de förutsättningar och möjligheter familjen har och får i livet (SOU 2017:47). Socialt utsatta områden är mindre attraktiva för arbetsmarknaden vilket avspeglar sig i förskolor och skolor som tenderar att skilja sig i kvalitet i jämförelse med mer attraktiva områden (SOU 2019:40). Skillnaderna påverkar barnens utvecklingsmöjligheter genom förskolepersonalens och skolans antal anställda samt deras kompetensnivå men också möj-

ligheten att erbjuda extra resurser för de barn som inte har möjlighet till utvecklande och stimulerande miljöer hemifrån. På så vis påverkas barn i mindre attraktiva områden ofta mer negativt och barn från mer gynnade socioekonomiska familjer får i sin tur oftare möjlighet att gå på en förskola eller skola av högre kvalitet. Mer privilegierade barn har även ett försprång i sin utveckling då familjens resurser och möjligheter till stimulerande miljöer och stöttning i utvecklingen ofta gynnas mer i familjer med högre socioekonomisk status.

Många samhällssektorer formar hälsans bestämningsfaktorer oavsiktligt, genom policy och olika program (Wismar *et al*. 2006, 2013). Insatser måste därför implementeras utanför hälso- och sjukvårdssystemet, till exempel i skolor, på arbetsplatser och i fritidsmiljöer, för att påverka folkhälsan generellt och den psykiska hälsan specifikt. Detta innebär ofta att man inte bara ska förlita sig på aktörer utanför hälso- och sjukvårdssektorn för ekonomiskt stöd, men också för effektiv förvaltning, administration och samordning för många hälsofrämjande insatser. Många kritiska policyområden kommer att ligga långt utanför hälsosystemens kontroll, såsom transportsäkerhet, miljö och stadsplanering, utbildning och finanspolitik. Naturligtvis är detta inte något nytt – vikten av sektorsövergripande samverkan och delat ansvar för hälsa har länge framhävts av dem som arbetar inom området (WHO 1986). Livsstil, sociala nätverk, levnads- och arbetsvillkor och allmänna socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden är alla mångfacetterade bestämningsfaktorer för hälsan som inte kan hanteras av enbart insatser inom hälso- och sjukvården, eller tillskrivas till en enda policy eller aktivitet utanför hälsosektorn (Dahlgren and Whitehead 1991).

Eftersom hälsans bestämningsfaktorer är ojämlikt fördelade har samhällets hälsofrämjande och förebyggande insatser ett kompensatoriskt uppdrag. Hälsa är ytterst ett resultat av resurser och handlingsfrihet. En effektiv organisation för barn och unga bör därför eftersträva att öka båda delarna. Detta är inte bara av betydelse utifrån mänskliga rättigheter och likvärdighet utan också ur ett ekonomiskt perspektiv.

Från ett folkhälso- till ett ekonomiskt perspektiv

Folkhälsoarbetet har till stor del sin grund i hälsans bestämningsfaktorer, med allt från genetiska risker till livsvillkor och levnadsvanor, där insatser, projekt och arbetssätt struktureras kring att minska riskfaktorer eller främja skyddsfaktorer. Ramverket för folkhälsoarbetet utgår ifrån att framtida hälsa och välmående i populationen beror på samspelet mellan en rad olika faktorer i dag och framöver.

Går man över till ett nationalekonomiskt perspektiv kan man använda sig av ramverk med liknande ansats, men där målet är att vi vill öka produktivitet och därmed driva ekonomisk tillväxt. Michael Grossmans modell från 1970-talet är central för att förklara och förstå hur hälsan har en avgörande roll för ekonomiskt tillväxt på individnivå, alltså ökad inkomst, eller på samhällsnivå (Grossman, 2000). Grossman-modellen har sin ansats i att varje individ föds med en viss mängd hälsokapital som sedan minskar ju äldre man blir, och i samband med negativa förändringar såsom sjukdom. Idén är att man kan upprätthålla eller öka sitt hälsokapital genom investeringar i hälsa över tid. Hälsa betraktas därför ha ett egenvärde och ett mervärde – människor mår bättre och det är en god investering för framtida hälsa och därigenom inkomst, det vill säga att det finns en finansiell avkastning för friskhet.

Därför kan man säga att individer både efterfrågar och producerar olika mycket hälsa utifrån dess förväntade avkastning, beroende på grundkapitalet. Vid ett lägre hälsokapital vid födseln och negativa förändringar i hälsa förväntas antalet arbetsdagar minska, därmed vår produktivitet och således inkomst. På en välfungerande marknad baseras individers inkomst på dess marginalprodukt (hur mycket extra vi producerar) och individer kan på så sätt påverka sin inkomst genom investeringar i sin hälsa. Grossman (2000) menar att den generellt viktigaste faktorn för människors investering i sitt hälsokapital är utbildning. Med utbildning kommer kunskap och lärdomar om vad som krävs för att investera i och förvalta sin hälsa – det vill säga resurser och handlingsutrymme. Däremot så fokuserar teorin på investeringar i hälsa bland vuxna och ser hälsokapital, medfödda förmågor samt dess utveckling som givna. Det betyder att hur hälsa påverkas av barns risk- och skyddsfaktorer inte kan tas hänsyn till, trots att

forskning visar att det spelar en viktig roll för produktiviteten längre fram.

Denna avsaknad av ett livscykelperspektiv är en nackdel när det gäller hur man kan tänka kring investeringar i barn och ungas hälsa. För att ta hänsyn till hur hälsa kan påverka barns utveckling och hur detta senare har en inverkan på produktivitet finns det alternativa teoretiska ramverk.

Humankapitalet

Becker (1975) beskrev tidigt att humankapital är aktiviteter som påverkar vår framtida monetära och fysiska inkomst genom att öka resurserna som människor kan bidra med (Becker, 1975). Humankapital är människors kunskaper, färdigheter, talanger och kompetenser, men också hälsa, som bidrar till deras produktionsförmåga. Likt teorier inom neurovetenskap, utvecklingspsykologi och närliggande områden inkluderar humankapitalteorin följande argument rörande barns utveckling:

- Barns utveckling är en process där senare färdigheter bygger på tidigare färdigheter
- Mängden färdigheter genererade i en period är kritiskt beroende av grunden av färdigheter som skapats under en tidigare period
- Människans utveckling är ett samspel mellan arv och miljö
- Människans möjligheter inkluderar flertalet dimensioner av produktiva färdigheter, både kognitiva (relaterade till inlärning, språklig förmåga och problemlösning) och icke-kognitiva (motivation, preferenser, självbild m.m.), erfarenheter, och hälsa.

Detta ramverk, som också den Nobelprisbelönade forskaren James Heckman utgår ifrån i sin ”Heckman-equation”, belyser vikten av att ta hänsyn till kritiska perioder under utvecklingen. Detta är speciellt viktigt då negativa händelser kan vara särskilt skadliga, eller då en specifik policy kan få särskilt stor effekt, vid vissa kritiska tidpunkter i barns utveckling. Hälsa, kognitiva och icke-kognitiva förmågor avgör alltså till stor del den kapacitet man har för att lyckas inom studier eller på arbetsmarknaden. Ett femte argument används också i humankapitalteorin, men den är beroende av hur starkt sam-

bandet är mellan de olika faktorerna som bidrar till humankapital under olika tidpunkter i livet:

> En investering i humankapital i livets tidiga skede kommer sannolikt att vara mer effektivt än att försöka ta hand om de problem som uppstår senare i livet. Forskning på ansatser där man försökt kompensera för avsaknad av färdigheter genom att satsa på humankapital senare i livet, såsom specialistutbildning på jobbet, har ofta sammanfattat att dessa försök till stor del varit förgäves (Heckman, 2000).

Centralt för förståelsen av humankapitalteorin är idén om att samtliga delar kompletterar varandra, vilket innebär att bra hälsa och goda förmågor i en viss period kan komma att höja produktiviteten av investeringar i nästföljande period. Därför kan utveckling av hälsa och olika förmågor och färdigheter påverkas på olika sätt genom politiska åtgärder. En åtgärd för att främja psykisk hälsa bland barn kan potentiellt öka lärande; ett större utbud att föräldraskapsstödsprogram skulle kunna leda till lägre sjukskrivning bland föräldrar; en investering i att öka barns förmåga att tolka, förstå och reglera känslor skulle kunna öka barns potential till högre utbildning och därmed bättre chanser på arbetsmarknaden.

Då humankapitalteorin gör det tydligt att effekten av en investering kan variera under olika perioder av livscykeln, kan såklart intäkterna från en investering skilja sig åt mellan prevention, behandling och åtgärder vid uppstådda problem. Liksom Grossman-modellen lyfter detta teoretiska ramverk fram att hälsa har betydelse för ekonomins tillväxt, med utbildning som avgörande faktor.

Effekten av att investera i barn och ungas psykiska hälsa på ekonomisk tillväxt kan således undersökas genom dess effekt på utbildning, arbetsutbud och inkomst. Av vikt är de relativt ”små” mekanismerna eller insatserna i utvecklingen av barns kapacitet som kan ha en betydande inverkan på deras hälsa och kan leda till stora socioekonomiska skillnader över ett livstidsperspektiv. Utifrån ett epidemiologiskt, folkhälso- och ekonomiskt perspektiv kan vi därför skapa förståelse för hur vårt medfödda hälsokapital, olika risk- och skyddsfaktorer, timing av investeringar och förändringar i hälsa kan påverka vår utveckling av kapacitet. Det betyder att viss negativ utveckling kan brytas med hjälp av samhällsinsatser, med mest lovande resultat om man vet för vilka, när och hur dessa investeringar gör mest nytta.

Det finns en bred forskningsgrund som tyder på att humankapitalteorin stämmer. Bland annat visade: Currie och Moretti (2003) att en policy som ökade utbildningsnivå bland mammor hade positiv inverkan på deras barns humankapital (Currie and Moretti, 2003). Reynolds, Temple, Robertson och Mann (2001) visade att Chicago Child-Parent Center (CPC) framgångsrikt främjade barns humankapital till en högre grad om man erbjöd barn insatsen redan i förskolan, till skillnad från tidigt i grundskolan. Barn som erbjöds CPC tidigare hade både mindre behov av speciallärare och klarade dessutom av skolan bättre (Reynolds *et al.*, 2001).

En svensk pärla som exempel

I början av 1930-talet avsattes 30 000 kronor, vilket i dagens penningvärde motsvarar cirka 800 000 kronor, för en försöksverksamhet med mödra- och spädbarnsvård. Mellan år 1931 och 1933 pågick försöksverksamheten i 59 utvalda kommuner på landsbygd och i städer. Verksamheten gick ut på att ge förebyggande vård utifrån tre huvudaktiviteter: (1) hälsoundersökningar, (2) information till mödrar om hur de bäst skulle ta hand om sitt barn och (3) hembesök.

Med hjälp av historiska data har man jämfört uppgifter om hälsa och humankapital bland de barn som fick ta del av mödra- och spädbarnsvården, med matchade individer som inte fått tagit del av försöksverksamheten (Karlsson and Nilsson, 2018). Resultaten visade att spädbarnsdödligheten var 24 procent lägre bland barn i försöksverksamheten, samt att risken för att dö senare i livet var sju procent lägre än bland matchade individer utanför verksamheten. Läs- och skrivkunnighet förbättrades också i försöksverksamheten, speciellt bland flickor. Resultaten från studier tydde på att klyftan bland pojkar och flickor som tog examen från realskolan minskade – signifikant fler flickor från försöksverksamheten tog examen än från kontrolldistrikten, medan någon signifikant skillnad inte sågs för pojkar. I medelåldern var inkomsterna i genomsnitt sju procent högre för individer från försöksgruppen, men det berodde helt och hållet på kvinnorna, vars inkomster var 20 procent högre. Resultaten visar sammanfattningsvis att tidig spädbarnsvård kan åstadkomma långvarig förbättring i människors liv, vilket inte minst kan ses från en ekonomisk synvinkel utifrån effekten på humankapital.

Eftersom humankapitalet är sammansatt och består av många olika kognitiva och icke-kognitiva färdigheter måste en organisation som är satt för att främja barn och ungas hälsa klara av ett helhetsperspektiv och att barn har olika förutsättningar och behov.

Ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa

Kostnaderna[1] för psykisk ohälsa

World Economic Forum uppskattade att den globala kostnaden för psykisk ohälsa år 2030 kommer att ha mer än fördubblas jämfört med 2010, med totala kostnader upp till 5,7 biljoner euro. Två tredjedelar av den ekonomiska bördan kommer från indirekta kostnader. Denna kostnad skulle stå för mer än hälften av de totala kostnaderna för icke-smittsamma sjukdomar globalt (Bloom *et al.*, 2012).

Stort fokus de senaste åren har legat på att skatta den finansiella bördan av psykisk ohälsa bland barn och unga. Dessa kostnader uppstår ofta inom hälso- och sjukvården relaterad till behandling och mediciner, utbildningssektorn, socialtjänst och den frivilliga sektorn. Kostnader kan också bero på spill-over effekter på familjer. Med ett livstidsperspektiv kan kostnaderna fortsatt öka genom att problem fortskrider, eller genom de ökade riskerna för konsekvenser, inkluderat kriminalitet, substansberoende eller arbetslöshet. Ackumulerade under en livstid riskerar räkningen att bli skrämmande hög.

Blygsamma skattningar för barn i åldrarna 3–8 år med beteendeproblem har visat att resursförbrukning inom offentlig sektor uppgår till ungefär 3,5 gånger så mycket som för barn utan problem (Scott *et al.*, 2001). Om problemen dessutom kvarstår och utvecklas till en diagnos ökar kostnaderna markant. Uppskattningar från Storbritannien visade att resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, utbildning och socialtjänst för barn i åldrarna 5–15 med en psykiatrisk diagnos uppgick till i genomsnitt 3 900 euro per barn årligen (Snell *et al.*, 2013). Foster et al. (2005) jämförde resursförbrukning

[1] Samtliga priser återges i den valuta som presenterats i den ursprungliga studien.

bland barn med trotssyndrom eller uppförandestörning med barn utan denna problematik, och fann att kostnad per barn över en 7-årsperiod översteg 68 000 euro för uppförandestörning och över 18 000 euro för trotssyndrom (Foster and Jones, 2005). Över sextio procent av utgifterna låg hos utbildningssektorn.

De sistnämnda kostnaderna är relativt låga i jämförelse med de extra resurser som elever med psykiska problem får i skolan i Sverige. Utifrån data från Uppsala län skattade Wellander et al. (2016) att den genomsnittliga kostnaden per elev med ADHD, psykosociala problem eller ångest/depression låg på cirka 18 500 euro årligen (Wellander, Wells and Feldman, 2016). I denna skattning har författarna inkluderat kostnader för extra lärare, elevassistenter och specialklass, men exkluderat kostnader för elevhälsa.

Det ekonomiska och sociala värdet av tidiga insatser

En snabbt växande forskningsgrund för utvärderingar av tidiga insatser visar på stor potential för besparingar bland flera av samhällets sektorer som väldigt ofta kan väga upp för de initiala kostnaderna för insatser och producera bättre hälsa.

Ekonomisk utvärdering

Två olika typer av ekonomiska utvärderingar är av relevans vid beslutsfattande – *kostnadsnyttoanalyser* och *kostnadsintäktsanalyser*.

Kostnadsnyttoanalyser är rekommenderade och används ofta som stöd vid resursprioritering inom hälso- och sjukvård. I kostnadsnyttoanalyser ställs *hälsorelaterad livskvalitet* (Quality Adjusted Life Years, QALY) i relation till nettokostnader. Livskvalitémått är något som används istället för kliniska utfall, dels för att de är enklare att förstå för beslutsfattare oavsett klinisk kompetens, men också för att de möjliggör för jämförelser av insatser mellan olika områden. En insats i öppenvård för barn med en viss typ av problematik kan därför jämföras med en insats i specialistsjukvården för barn med andra typer av problem. Likaså kan vi använda dessa för en bredare jämförelse – hur kostnadseffektivt är det med en aktivitetsfrämjande insats bland barn i förskolan, i jämförelse med en antimobbningsinsats i gymnasiet?

Det finns ytterligare ett argument för att använda hälsorelaterad livskvalitet, nämligen att det finns rekommendationer eller gränsvärden för hur mycket samhället är villig att betala för en förbättring av livskvalitén. Detta är ett oerhört försprång i jämförelse med ”områdestypiska” eller kliniska utfall, där vi inte vet om en viss hälsoförbättring för en viss kostnad är på rimlig nivå, eller för kostsam. Vad är vi till exempel villiga att betala för att en ytterligare person ska få behörighet till gymnasiet, för att en mindre person ska utsättas för mobbning eller för att undvika ungdomsbrottslighet? Mäter vi hälsorelaterad livskvalitet kan vi använda oss av rekommenderade gränsvärden och därmed avgöra om en insats är kostnadseffektiv i relation till någon annan insats om den kostnaden är lägre än gränsvärdet. Vi kan därför svara på frågor såsom ”vad ger mest nytta (hälsa) för pengarna” och ”är det värt den extra kostnaden för att implementera en mer effektiv insats, i relation till vad vi är villiga att betala för denna extra effektivitet?”.

Kostnadsintäktsanalyser. Utanför hälsoekonomin återfinns exempel på ekonomiska utvärderingar där man ställer kostnader i relation till *intäkter*, snarare än hälsa. Dessa är så kallade kostnadsintäktsanalyser. Kostnadseffektiviteten av till exempel ett infrastrukturprojekt beskrivs ofta i termer av hur mycket man kan få tillbaka per investerad krona, eller hur stor avkastningen är över tid. Sociala insatser kan rimligtvis också utvärderas utifrån ett liknande perspektiv.

Den främsta förebilden för att ”räkna hem” tidiga insatser för barn och unga utgörs av de ekonomiska modeller som utvecklades av Washington State Institute of Public Policy (WSIPP) (Washington State Institute for Public Policy, 2020). WSIPP sammanställer forskning kring effekter av metoder och insatser inom olika områden relaterade till barn och unga. Analyserna ger en övergripande bild av evidensläget gällande folkhälsoinsatser, dels för att utröna vilka effekter man kan förvänta sig, dels för att slå hål på luftslott, då evidensen inte alltid pekar i den riktning man vill eller förväntar sig. WSIPP använder därefter samhällsekonomiska analysmodeller, skräddarsydda för olika insatsområden, för att beräkna den samhällsekonomiska lönsamheten av olika typer av interventioner. Detta genom att länka insatsernas effekt på riskfaktorer (såsom beteendeproblem) till långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser. WSIPP har bland annat beräknat den långsiktiga avkastningen för preventiva insatser

inom ungdomsbrottslighet, barns psykiska hälsa och missbruk, och inom olika arenor såsom förskola, skola, hälso- och sjukvård.

I Storbritannien har man påbörjat en variant av WSIPPs modellen, med relevanta insatser och kostnader för brittisk offentlig sektor. I Sverige finns ett liknande arbete för att stödja kommunernas beslutsprocess om sociala investeringar, med stöd av stiftelsen Idéer för Livet och framtagen av forskare på Uppsala universitet (Nystrand, Feldman and Sarkadi, 2020). Initiativet tillkom eftersom det både i Sverige och internationellt finns en mångfald av insatser, både med och utan evidens, som erbjuds inom kommunal verksamhet och som syftar till att förebygga eller minska psykiska problem bland barn och unga. Däremot finns det inget stöd för beslutsfattare att sortera mellan dessa metoder, delvis för att svensk forskning saknas och delvis för att det är svåråtkomligt för lokala beslutsfattare.

Sociala konsekvenser av psykisk ohälsa i barndomen

Inverkan av psykisk ohälsa bland barn och unga på utbildning, arbete och inkomst har studerats flitigt. Med hjälp av registerdata och longitudinella kohortstudier har man kunnat följa barn med olika psykiatriska diagnoser och problem upp i vuxen ålder. Man har i dessa studier kunnat kontrollera för en mängd bakomliggande faktorer som också kan komma att påverka utfallen. I vissa studier har man även haft möjlighet att göra långsiktiga uppföljningar av tvillingar, för att kunna kontrollera för genetik och uppväxtförhållanden. Dessa studier är speciellt intressanta, då de ger en bild av den kausala inverkan av psykisk ohälsa på långsiktiga utfall, såsom akademisk förmåga, arbete och inkomst.

Konsekvenserna av psykisk ohälsa i tidig ålder kan uppkomma redan i skolåldern i form av problem med sociala relationer, mobbning och utanförskap. Senare i tonåren ökar även risken för bland annat rökning och alkoholanvändning, och i vuxen ålder en ökad risk för beroendeproblematik eller andra psykiska problem och kriminalitet. I de kohortstudier som nämnts tidigare har man funnit att barn med beteendeproblem löper högre risk för beroendeproblematik, arbetslöshet, problem med sociala relationer och kriminalitet än barn utan underliggande problem. Även svenska registerbaserade studier visar liknande mönster av negativa konsekvenser på humankapi-

talet relaterat till psykisk ohälsa i tidig ålder (Lundborg, Nilsson and Rooth, 2014).

Många studier har följt upp barn med ADHD och uppförandestörning (conduct disorder) eller beteendeproblem (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005; Le *et al.*, 2005; Currie and Stabile, 2006; Breslau *et al.*, 2008; Webbink *et al.*, 2012; Fletcher, 2014). Erskine *et al*. (2016) sammanfattade litteraturen rörande ADHD och uppförandestörning och beräknade den genomsnittliga inverkan av dessa problem (Erskine *et al.*, 2016). Författarna såg att ADHD resulterade i 3,7 gånger högre odds att hoppa av skolan, och 2 gånger högre odds att hamna i arbetslöshet, i jämförelse med barn utan ADHD. Oddsen för att hoppa av skolan för barn med uppförandestörning var 2,7. Skattningar från Nya Zeeland och Storbritannien där man följt barn under 25 respektive 40 år, visar att barn och ungdomar med beteendeproblem har 4 gånger högre odds att få ofullständiga betyg i skolan (Colman *et al.*, 2009), och större risk att vara beroende av ekonomiskt stöd vid 25 års ålder (33 procent av de barn med högst problematik, i jämförelse med 9 procent för barn utan problematik) (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005).

Barn med beteendeproblem löper en 10 gånger högre risk att hamna i olika typer av kriminalitet, eller en 3,8 gånger högre risk att hamna i narkotikaberoende (Fergusson, Horwood and Ridder, 2005). Register- och kohortdata har också visat att barn med ADHD och trotssyndrom mer frekvent hamnar i beroendeproblematik och en kriminell bana (Fletcher and Wolfe, 2009; Knop *et al.*, 2009; Dalsgaard *et al.*, 2014; Sundquist *et al.*, 2015), med en svensk studie som tyder på kausala samband mellan ADHD som barn och beroendeproblematik i vuxen ålder (Sundquist *et al.*, 2015).

Studier har funnit liknande, om än mindre, negativa samband mellan ångest och depressionsdiagnoser bland barn och unga och arbetsmarknadsutfall (Duchesne *et al.*, 2008; Fletcher, 2013). Problematik gällande alkoholberoende i vuxen ålder har också setts bland barn och unga med depression och ångestsymptomatik (McKenzie *et al.*, 2011).

Det vetenskapliga underlaget är därför entydigt när det kommer till de förhöjda riskerna samt de ekonomiska och sociala konsekvenserna relaterade till tidig psykisk ohälsa. Men det finns ytterligare fördelar med att arbeta med tidig prevention för att minska risken för dessa negativa utfall i vuxen ålder. Å ena sidan är den underliggande problematiken inte något som bara påverkar individen i fråga,

utan också familj, vänner, skolkamrater och lärare. Kan vi förebygga eller minska problemen för dessa individer idag har vi möjlighet att påverka många individers framtid. Å andra sidan kommer de problem vi vill förebygga och de långsiktiga konsekvenserna också med en prislapp. I praktiken innebär det att man med tidiga insatser inte bara bör se till hur humankapitalet och därmed samhällsproduktionen kan komma att påverkas, men också hur tidiga insatser slår mot offentlig sektor, speciellt intäktssidan. Med ett brett perspektiv kan ofta samhällsbesparingar vägas upp mot kostnaden för tidiga insatser, där investering i tidiga insatser ofta resulterar i en ekonomisk lönsamhet utifrån ett långsiktigt perspektiv.

Områden med god ekonomisk evidens för investering

Perinatal depression

Argumentationen för tidiga insatser utifrån ett ekonomiskt perspektiv börjar redan under graviditeten. Mellan 10 procent och 20 procent av kvinnor upplever prenatala depressiva symtom (Gavin *et al.*, 2005; J.Y. *et al.*, 2017). Bättre hantering av psykisk ohälsa under graviditet kan också bidra till att mildra problem som ångest, psykos och posttraumatisk stress. Män upplever också psykiska påfrestningar kopplat till graviditet; nyligen genomförda studier i Storbritannien och Italien rapporterar att 4–6 procent av nyblivna pappor upplever depressiva symtom (Epifanio *et al.*, 2015; Nath *et al.*, 2016) och upp till 18 procent lider av ångestproblematik (Leach *et al.*, 2016). Prenatal psykisk ohälsa kan ha långvariga konsekvenser för barns psykiska hälsa, liksom för fysisk och kognitiv utveckling.

För samhället kostar prenatal depression och ångest för mammor och barn upp till 112 300 respektive 51 600 dollar utifrån ett livstidsperspektiv. Kostnader relaterade till utbildning och rättsväsendet överstiger här kostnader för hälso- och sjukvården (Bauer, Knapp and Parsonage, 2016). Dessa kostnader visar ett tydligt ekonomiskt incitament för att investera i åtgärder för att identifiera risken för depression hos nya och blivande föräldrar. Allt fler länder, inklusive Sverige, Australien, Nya Zeeland och Storbritannien, har i dag program eller riktlinjer för att screena för pre- och postnatal depression. Ett antal ekonomiska utvärderingar visar att det är kostnadseffektivt att förebygga och/eller behandla tidig prenatal depression (Gurung *et al.*, 2018).

Föräldraskapsstödsprogram

Föräldraskapsstödsprogram erbjuds i en majoritet av kommuner i Sverige som förebyggande insats (mödravård, förskolor, socialtjänsten m.m.), både på universell nivå och som riktad eller indikerad insats. Inom många regioner ska föräldraskapsstödsprogram enligt riktlinjer erbjudas som första-linjeinsats för föräldrar vars barn uppvisar beteendeproblematik eller fått diagnoser, som ADHD, trotssyndrom eller uppförandestörning. Det finns även föräldrastöd som är specifikt utvecklade för föräldrar som har underliggande problematik, som missbruk eller psykiska problem, eller för barn med andra diagnoser, till exempel autismspektrumdiagnos.

Föräldraskapsstödsprogram erbjuds i olika format, vilket kan inkludera individuella möten, telefonmöten, gruppträffar och/eller föreläsningar, både online och genom fysiska träffar. Syftet med föräldraskapsstödsprogram är att ge föräldrar verktyg för att förstå och hantera barns beteenden, vilket i sin tur leder till minskade beteendeproblem bland barn, minskad stress bland föräldrar och känsla av ökad föräldrakompetens och allmänt välmående.

Det finns en stabil forskningsgrund när det kommer till den ekonomiska evidensen för föräldraskapsstödsprogram, speciellt då man de senaste fem åren sett en tydlig ökning i antalet publicerade artiklar inom området. I en systematisk litteraturöversikt från år 2020 sammanfattade Sampaio *et al.* kunskapsläget utifrån 45 ekonomiska utvärderingar av föräldraskapsstödsprogram (Sampaio, F., Nystrand, C., Feldman, I., Mihalopoulos, 2020). För att förebygga och minska beteendeproblem hos barn är dessa program kostnadseffektiva, och evidensen ser också lovande ut gällande emotionella problem, som ångest och depression, där dessa insatser ofta är kostnadseffektiva i förebyggande eller lindrande syfte.

Fler av dessa studier har uppföljningstider på längre än sex månader, varpå man kan säga något om hållbarheten av effekten från insatserna. I en nyligen genomförd ekonomisk utvärdering i Storbritannien hämtade man data från fem studier som undersökt föräldraskapsstödsprogrammet de Otroliga Åren, som också finns tillgänglig i Sverige, för föräldrar med barn i 5-årsåldern (Gardner *et al.*, 2017). Med hjälp av ekonomisk modelleringsteknik uppskattade man framtida kostnader och intäkter upp tills barnen blev 30 år, med ekonomiska skattningar för hälso-, socialtjänst- och utbildningssektorn

samt rättsväsendet. Forskarna skattade en avkastning på 4,57 dollar för varje dollar spenderad.

Ekonomiska utvärderingar utförda av WSIPP i USA visar på avkastning mellan 0,6–30,5 dollar per investerad dollar för föräldraskapsstödsprogram, där några av de inkluderade programmen finns tillgängliga i Sverige, bland annat de Otroliga Åren och Triple P (Positive Parenting Program). Dessa skattningar går i linje med vad som setts i svenska studier, där avkastningen varierat mellan 6,3–39 kronor per investerad krona för programmen Cope, Connect, Komet och de Otroliga Åren (Nystrand *et al.*, 2020). Intäkter i den svenska studien inkluderade poster för utbildning och hälso- och sjukvården, samt framtida livstidsinkomst.

I två andra svenska studier använde man livskvalitémått för att skatta insatsernas effekt, något som föredras för hälsoekonomiska utvärderingar utifrån det inbyggda ”värdet” för livskvalitet, som beslutsfattare kan använda som riktlinje för att bedöma kostnadseffektivitet. Dessa utvärderingar inkluderade Cope, Connect, Komet och de Otroliga Åren, självhjälpsboken *Fem gånger mer kärlek*, och programmet Alla Barn i Centrum, ABC (Ulfsdotter, Lindberg and Månsdotter, 2015; Nystrand *et al.*, 2019). Föräldrar till barn i åldrarna 3–12 randomiserades till insatserna, och kostnader beräknades för 5–12-åringar fram tills 18 års ålder. I utvärderingen av de fem förstnämnda gjordes en långtidsuppskattning av de potentiella intäkterna kopplade till minskning av beteendeproblematik bland barn, med fokus på kostnadsbesparingar för utbildningssektorn och hälso- och sjukvården. För insatsen ABC ställdes insatsens kostnader i relation till livskvalitet. Vad båda utvärderingarna visade var en tydlig bild – samtliga insatser var kostnadseffektiva utifrån rådande betalningsvilja, dvs. ”värde” för livskvalitet, som beslutsfattare kan använda som riktlinje. Man såg också besparingar för olika sektorer. Analyser visade också på att ett långsiktigt perspektiv där intäkter ackumuleras över flertalet år inte vad nödvändigt för att uppnå kostnadseffektiva resultat. Detta är särskilt viktigt eftersom den kommunala ekonomin och det politiska klimatet har betydligt lättare att hantera korta tidsperioder mellan insats och effekt.

Evidensen är mer otydlig när det gäller föräldraskapsstöd för andra psykiska problem, för att främja generellt välmående och som specifik selektiv insats. Exempelvis varierar evidensen gällande kost-

nadseffektiviteten av föräldraskapsstödsprogram för föräldrar med missbruksproblematik eller för barn som adopterats.

Skolan som arena för insatser

Skolan är en arena med stor potential för främjande och förebyggande arbete för psykisk hälsa. Få svenska ekonomiska utvärderingar av insatser i skolan har gjorts, men evidens från grannländer, övriga länder i Europa och internationellt är entydiga när det kommer till de ekonomiska argumenten för att arbeta med vissa typer av förebyggande insatser i skolan. Svenska läkarsällskapet (SLS) sammanfattade nyligen i en rapport *Kraftsamling för ungas psykiska hälsa* fem generella insatsområden där det finns en god vetenskaplig grund för att kunna påverka ungas psykiska hälsa och skolresultat. Dessa fem områden innefattar:

1. Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet
2. Balans mellan tid på digitala medier, skola, fysisk aktivitet och sömn
3. Socialt och emotionellt lärande för att stärka självkänsla, hantera stress och skapa positiva förändringar
4. Anpassning av kunskaps- och betygskraven till elevers utveckling och förutsättningar
5. Tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa.

Några av dessa med god ekonomisk evidens tas upp nedan, nämligen fysisk aktivitet, socialt och emotionellt lärande och tidig upptäckt och stöd till unga med risk för sämre psykisk ohälsa, som självskada, ångest och depression.

Fysisk aktivitet

Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) har i sin rapport från 2018 ”Physical Activity Guidelines Advisory Committee” sammanfattat evidensen av fysisk aktivitet på kognition, livskvalitet, självkänsla och depressiva symptom hos unga i skolåldern. Högre grad av fysisk aktivitet och lägre nivåer av stillasittande bland unga 5–18 år ökar självskattad livskvalitet (3), samtidigt som det finns stark evidens för att fysisk aktivitet har måttlig till hög effekt gällande minskning av depressiva symtom hos barn och ungdomar, med eller utan diagnostiserad depression. Träning har också visat måttlig effekt för att förbättra självkänslan (Das *et al.*, 2016). Cöster *et al*. (2018) visar en studie från Sverige att behörigheten till gymnasiet kan öka för pojkar med en insats som syftar till att öka den fysiska aktiviteten bland skolungdomar (Cöster *et al.*, 2018).

Argument för satsningar inom fysisk aktivitet på befolkningsnivå baseras i allt högre grad på beräkningar av kostnaderna för inaktivitet. Enligt skattningar från WHO är en fjärdedel av den vuxna befolkningen i EU otillräckligt aktiva, och fyra femtedelar av ungdomar. Över 500 000 dödsfall per år kan relateras till fysisk inaktivitet, vilket kan förebyggas genom livsstilsförändringar. Stora kostnadsposter är relaterade till de ökade hälsorisker som fysisk inaktivitet resulterar i, både för hälso- och sjukvården men också gällande samhällsproduktion, då många av dessa resulterar i för tidig död. Direkta kostnader för hälso- och sjukvården utifrån de fyra största riskerna relaterade till fysisk inaktivitet; hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, kolon- och bröstcancer och indirekta kostnader kopplat till depression och ångestproblematik, uppgår till 80 miljarder euro årligen för EU-länderna. Detta motsvarar 6,2 procent av utgifterna för hälso- och sjukvården i Europa; fem miljarder euro mer än hela världen spenderar på cancerläkemedel varje år eller hälften av den årliga BNP för Irland eller Portugal. Ser vi framåt kommer denna ekonomiska kostnadsbörda att öka – konservativa uppskattningar för år 2030 är att dessa kan uppgå till årliga kostnader på över 125 miljarder euro (ISCA/Cebr, 2015).

Fyra översiktsartiklar har publicerats där man bland annat tittat på den ekonomiska evidensen för fysisk aktivitet bland barn och unga. Laine *et al.* (2014) och Wu et al. (2011) konkluderade att insatser i skolan för att främja fysisk aktivitet generellt är kostnads-

effektiva. Båda översikterna inkluderade dock en mängd olika skolbaserade insatser (från hälsoutbildning till miljöförändringar) som varierade väsentligt när det gäller storleken på kostnadseffektiviteten (Wu *et al.*, 2011; Laine *et al.*, 2014).

Lehnert et al. (2012) inkluderade främst skolbaserade insatser som främjade aktivitet i samband med resa till/från skolan (Lehnert *et al.*, 2012). I denna översikt ansågs inte dessa insatser vara kostnadseffektiva. Lewis et al. (2010) undersökte insatser för fysisk aktivitet i familj- och hemmiljö, skola och samhället. Översikten sammanfattade att vissa insatser var kostnadseffektiva (t.ex. danslektioner och program för vandringsgrupper i stället för skolskjuts), medan andra endast visade sig vara kostnadseffektiva för en viss grupp barn (t.ex. endast för tjejer), eller inte kostnadseffektiva alls (t.ex. gratis simlektioner) (Abu-Omar *et al.*, 2017). Få av dessa ekonomiska utvärderingar har gjort långsiktiga prognoser av insatsernas inverkan på framtida hälsa och humankapital. Däremot kan vi anta än bättre kostnadseffektivitet och potentiella kostnadsbesparingar om dessa skulle ha inkluderats.

Socialt och emotionellt lärande (SEL)

”Sociala och emotionella färdigheter” avser förmågan till att reglera ens tankar, känslor och beteende. Dessa färdigheter skiljer sig från kognitiva förmågor såsom läskunnighet eller förståelse för matematik eftersom de huvudsakligen berör hur människor hantera sina känslor, uppfattar sig själva och interagerar med andra, snarare än deras förmåga att bearbeta information. Sociala och emotionella färdigheter har stor inverkan på ens egna mående, kognitiva utveckling och kan ha en inverkan på mer långsiktiga utfall, såsom skolprestation och framtida fysiska och psykiska hälsa.

Heckman och Kautz (2012) jämförde studenter som hoppat av gymnasiet och fick högskolebehörighet genom att genomföra så kallade ”GED”-tester, med studenter som fått ut en vanlig gymnasieexamen (Heckman and Kautz, 2012). Deras kognitiva förmåga skiljde sig inte åt, men man såg att avhopparna hade sämre sociala och emotionella färdigheter. Det som dock skiljde dem mest åt var inte dessa färdigheter, utan hur det gick senare för dem i livet. Eleverna med sämre SEL färdigheter hade lägre sannolikhet att klara av uni-

versitetsstudier, kortare anställningar, lägre timlön, högre skilsmässonivåer, sämre hälsa, och högre sannolikhet att hamna i kriminalitet. I en studie av Roberts *et al.* (2007) såg man att SEL färdigheter hade en något lägre inverkan än IQ på arbetsrelaterade utfall, men en högre effekt än vad föräldrars inkomst och socioekonomisk status hade (Roberts *et al.*, 2007). Flera studier har tittat mer specifikt på vilka SEL färdigheter som driver olika typer av direkta och mer långsiktiga utfall. Forskningen sammanfattas väl i en nyligen publicerad rapport av OECD (OECD, 2018)

Många SEL-insatser har utvecklats i USA och en del av dem har översatts och kulturanpassats till andra språk och länder. Flera av dessa visat sig vara effektiva både i USA och i andra länder, och för vissa av dessa har det även utförts ekonomiska utvärderingar. Ett exempel på den potentiella ekonomiska lönsamheten när det kommer till SEL-program är från insatsen Good Behavior Game (GBG), som i Sverige går under namnet PAX Samspelet eller Höjaspelet, och som är olika varianter av programmet. GBG syftar till att främja positivt och prosocialt beteende bland barn genom ett belöningsbaserat ”spel”. Då mycket forskning om GBG har visat effekter på både psykisk och fysisk hälsa bland barn, med positiv inverkan på skolresultat som leder till en rad andra förbättringar på sikt, har man skattat att GBG kan leda till en avkastning på upp till 63 dollar per investerad dollar i USA. Detta är om man gör prognoser av individer på sikt som fått tagit del av GBG som barn, där man inkluderat intäkter för bland annat hälso- och sjukvården, arbetsmarknaden och rättsväsendet. GBG har implementerats på flera platser inom och utanför USA, men också i Sverige i olika versioner. Just nu pågår en stor randomiserad studie av GBG i Sverige för att primärt mäta de hälsorelaterade effekterna på lärare i skolan, samt de ekonomiska konsekvenserna för att bedöma kostnadseffektiviteten.

Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) är en annan SEL-intervention där man gjort ekonomiska utvärderingar, speciellt i Storbritannien. PATHS är ett av de mer kända evidensbaserade SEL-programmen. Det manualbaserade programmet riktar sig till barn i åldern 4–11 år och består av separata lektioner för varje årskull, där SEL-färdigheter lärs ut i olika steg som bygger på varandra.

Tre ekonomiska utvärderingar av PATHS från Storbritannien visar att PATHS knappt genererar bättre hälsorelaterade effekter än en kontrollgrupp (Berry *et al.*, 2016; Humphrey *et al.*, 2018; Turner

et al., 2020). Detta beror dock främst på att man i skolor i Storbritannien arbetar mycket med SEL-komponenter i ordinarie läroplan, bland annat med programmet SEAL (Bywater och Sharples, 2012). Att man i samtliga tre studier därför såg små eller inga effekter av insatsen är inte förvånande. Däremot använde två av studierna hälsorelaterad livskvalitet som utfallsmått, och såg, om än små, effekter av insatsen, och att PATHS utifrån dess låga kostnader (cirka 18 pund vid nationell implementering) var kostnadseffektiv. En anledning till kostnadseffektiviteten och den låga kostnaden är att man inte räknat med löner för lärare, utan endast utbildning och materialkostnader. Detta för att lärare arbetar med PATHS under ordinarie lektionstid, varpå inga extra personalresurser krävs. Detta är något som gäller de flesta SEL-insatser, varför de utifrån programmens effektivitet ofta ses som väldigt kostnadseffektiva.

Suicidförebyggande insatser

Den vetenskapliga grunden gällande huruvida suicidförebyggande insatser är kostnadseffektiva för barn och unga är begränsad. Suicid och självskadebeteende beräknades kosta mer än 58,4 miljarder dollar i USA år 2013, varav endast 1,7 miljarder dollar representerar kostnader för hälso- och sjukvården (Shepard *et al.*, 2016). En majoritet av dessa kostnader var relaterade till självskada.

Forskare har tagit fram många effektiva insatser för att förebygga suicid, suicidtankar och självskadebeteende (Zalsman *et al.*, 2016), men det finns fortfarande bara begränsad litteratur gällande dess kostnadseffektivitet. I SEYLE-projektet testade man tre suicidpreventiva insatser i 10 EU-länder med över 10 000 medverkande elever, där Sverige var koordinator för projektet (Wasserman *et al.*, 2015). Insatserna var (1) professionell screening, (2) gate-keeper träning eller (3) Youth Aware of Mental Health program (YAM). Den enda insatsen som visade signifikant minskning av nya suicidförsök (över 50 procent) och allvarliga självmordstankar jämfört med en kontrollgrupp var YAM. YAM är ett program för skolelever som främjar diskussion och utvecklar färdigheter för att möta livets svårigheter och öka kunskap om psykisk hälsa. I en nyligen publicerad studie såg man att YAM också var den mest kostnadseffektiva insatsen, med en kostnad på mellan 47 000–48 000 euro per QALY

för att förebygga ett fall av suicid eller allvarliga suicidtankar (Ahern *et al.*, 2018). Med en sådan kostnad kan YAM anses vara en kostnadseffektiv insats, utifrån rådande riktlinjer för betalningsviljan för en QALY. I studien ställde man endast insatskostnader i relation till hälsoeffekten, och därför exkluderades de långsiktiga fördelarna med att minska suicidtankar och försök, både hälsorelaterade samt ekonomiska. Hade man inkluderat dessa hade insatsen troligen ansetts vara än mer kostnadseffektiv.

Insatser för att förebygga ångest och depression

Flera systematiska översikter och meta-analyser utförda av forskare i Sverige har visat att förebyggande insatser, både universella och riktade, inom ångest och depressionsproblematik har mycket lovande effektivitet, både om de utförs inom ramen för skolans arbete eller hälso- och sjukvården (Ahlen, Lenhard and Ghaderi, 2015; Ssegonja *et al.*, 2019).

Den ekonomiska evidensen inom området är något varierad. I en nyligen publicerad systematisk översikt utförda av forskare på Uppsala universitet, såg man att insatser i skolan inom området har visat på varierad kostnadseffektivitet. De studier som inkluderades i översikten var enbart kostnadsnyttoanalyser där man undersökt kostnaden per QALY. Utifrån de inkluderade studier som utvärderade insatser för barn och unga, var hälften av de som implementerats i skolan inte kostnadseffektiva, oavsett teoretisk utgångspunkt eller komponenter inkluderade i insatserna. Enbart två utvärdering inkluderades där man använt hälso-och sjukvården som arena för att ge förebyggande insatser. I dessa utvärderingar hade man främst implementerat insatser som inkluderade kognitiv beteendeterapi, och båda visade på kostnadseffektiva resultat. Många ekonomiska utvärderingar inom området har använt kliniska utfallsmått, vilka exkluderats från översiktsartikeln.

Barn med ADHD och autism

Autismspektrumtillstånd och ADHD är två av de vanligaste neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna bland barn, där ADHD och autism drabbar 7 procent respektive 1–2 procent av barn världen över (Thomas *et al.*, 2015). Då båda problemen börjar vid tidig ålder krävs tidig identifiering och insats. Tidig intervention för barn med utvecklingsneurologiska och neuropsykiatriska svårigheter har visat sig vara effektiva (Johnston, 2009; Ulrich, 2010; Guralnick, 2011; Zwaigenbaum *et al.*, 2015). Hjärnas formbarhet de första åren gör att man generellt kan säga att det är lättare att främja utveckling och inlärning samt förebygga problem när barnet är mycket litet (Dawson, 2008; Ozonoff *et al*., 2008; van der Meer, 2016). Tidig upptäckt är avgörande för att möjliggöra tidiga insatser för att optimera barnets utveckling samt att förebygga eller minimera utvecklingsförseningar och sekundära problem (Johnston, 2009; Ulrich, 2010; Guralnick, 2011; Zwaigenbaum *et al*., 2015). Men barn med utvecklingsneurologiska och neuropsykiatriska problem/svårigheter ofta upptäcks och får hjälp sent (Tuominen-Eriksson, Svensson och Gunnarsson, 2013). Detta får konsekvenser både för individen och ekonomin.

Studier visar att den samhällsekonomiska bördan av ADHD och autism bland barn är stor: den årliga genomsnittskostnaden för ADHD per barn i Europa ligger på mellan 5 700 euro och 14 400 euro, med höga kostnader för psykologiskt stöd och medicinering. Bland indirekta kostnader beror en majoritet på produktivitetsförlust för vårdnadshavare (Pelham, Foster and Robb, 2007; Le *et al.*, 2014; Quintero *et al.*, 2018). ADHD bland vuxna är också kopplat till stora ekonomiska förluster, relaterade till brottslighet, arbete, problem i sociala relationer och andra psykiatriska problem.

Autism är också kostsamt. Barn i åldrarna 3–17 år med autism kostar hälso- och sjukvården årligen cirka 2 100 euro och 10 000 euro för andra sektorer, i jämförelse med barn utan autism. För utbildningssektorn uppgår kostnaderna årligen till 6 100 euro mer än för barn utan diagnosen (Lavelle *et al.*, 2014). Kostnader förknippade med autism kvarstår till vuxen ålder på grund av de stora kostnaderna för vuxenomsorg och förlorad produktivitet för personer med autism och deras föräldrar.

I en systematisk översikt som nyligen accepterades för publikation, utförd av forskare på Uppsala Universitet, sammanfattades evidensläget rörande kostnadseffektiviteten av insatser för barn och unga med ADHD eller autism (Sampaio *et al.*, 2021). Studien fann endast fyra ekonomiska utvärderingar av tidiga insatser som inte utvärderade kostnadseffektiviteten av medicinering. Hälften av dessa konkluderade att specifika insatser (såsom föräldrastöd och kommunikationsfrämjande individuella insatser) inte var kostnadseffektiva, då insatserna dels kostade mer än de ordinarie tjänster som gavs, och inte visade sig vara mer effektiva. Två av utvärderingarna visade kostnadseffektiva resultat. Speciellt intressant var en utvärdering som utifrån ett livstidsperspektiv inkluderade potentiellt undvikbara kostnader relaterade till utbildning, specialiserad hjälp i hemmet, hälso- och sjukvård, barnens framtida produktivitet samt en skattning av den tid som föräldrars lade ner för att ta hand om barnet. Utvärderingen visade på stora kostnadsbesparingar (upp till 53 000 dollar) över ett livstidsperspektiv, för insatser till barn som visat tidiga varningssignaler relaterade till autism (Penner *et al.*, 2015).

Områden som har bra effektstudier, men saknar god evidens för kostnadseffektivitet

Barn med kommunikations- och inlärningssvårigheter

Tidiga svårigheter med tal, språk och kommunikation kan ha en stor inverkan på framtida liv, välmående och på samhället. En stor kohortstudie som följde barn som vid fem års ålder hade kommunikationssvårigheter upp till vuxen ålder, fann att barnen hade fyra gånger högre risk för lässvårigheter, tre gånger högre risk för psykisk ohälsa och dubbelt så hög risk att hamna i arbetslöshet (Law *et al.*, 2009). I en rapport från Storbritannien uppskattar man att utökat stöd för barn med kommunikationssvårigheter kan generera en avkastning upp emot £ 6,43 per investerad krona, genom dess effekt på livstidsinkomst (Marsh *et al.*, 2010). En systematisk översikt visar dock att mycket evidens saknas, och att rekommendationer utifrån kostnadseffektiviteten av insatser därför är svåra att dra (Law *et al.*, 2012).

Angående tidiga och förebyggande insatser för barn och unga med inlärningssvårigheter, utöver de insatser som finns riktade till barn med autism, rekommenderar bland annat the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannien att gruppbaserade föräldraskapsstödsinsatser bör erbjudas föräldrar till barn under 12 års ålder med inlärningssvårigheter, men även att man i förskolan kan arbeta med olika insatser för att stödja dessa barn (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2015). Dock finns det för få ekonomiska utvärderingar inom området för att kunna dra slutsatser om kostnadseffektiviteten.

Antimobbningsinsatser

Ett lovande område där mer forskning behövs gäller mobbning. År 2019 utsattes uppemot hälften av barn och unga för kränkningar i Sverige (Friends, 2019), och Skolinspektionen rapporterar om en negativ trend gällande trygghet i skolan från 2013 och framåt för elever i årskurs fem, nio och årskurs två på gymnasiet (Skolinspektionen, 2019).

Forskning från Storbritannien visar att barn som har blivit mobbade inte bara har högre risk för psykiska problem utan upplever också långvariga negativa effekter på framtida hälsa, sysselsättning och inkomst (Brimblecombe *et al.*, 2018). Medan de mekanismer som relaterar mobbning till psykisk ohälsa i vuxen ålder inte är helt klarlagda, inkluderar möjliga mekanismer stress – unga människor som utsätts för mobbning har större sårbarhet för stress och psykisk ohälsa när de växer upp (Singham *et al.*, 2017). Ett annat argument är att ungdomar som utsätts för mobbning kan ha en högre risk för att utsättas för mobbning som vuxna, med direkta konsekvenser för deras psykiska hälsa (Arseneault, 2017).

Effektiva insatser för att förebygga och minska mobbning kan vara kostnadseffektiva med tanke på dessa kort- och långsiktiga konsekvenser. En framstående insats för ekonomisk analys är KiVA, en skolbaserad antimobbningsinsats utvecklat i Finland. KiVA fokuserar på att lära ut och stärka empati, handlingsförmåga och attityder kring mobbning bland elever, med fokus på mobbning och nätmobbning. En randomiserad studie i Finland och en efterföljande icke-randomiserad studie med mer än 150 000 studenter visade lägre risker för att mobbas (22 procent minskning) och bli mobbad (18 procent minskning) (Kärnä *et al.*, 2011). KiVA är också effektiv för att hantera nätmobbning (Williford *et al.*, 2013).

Med denna bevisgrund har KiVA nu implementerats i över 90 procent av finska skolor och testas i andra länder, inklusive Storbritannien, där en ekonomisk analys tillsammans med en randomiserad kontrollerad studie pågår (Clarkson *et al.*, 2016). Ekonomiska modelleringar i Storbritannien har också genomförts där man antar effekten man uppmätt i Finland är överförbar, men man använt implementeringskostnader skattade för Storbritannien. Modellen uppskattar att nettobesparingar för en kohort på 200 barn fram till 50 års ålder, inklusive långsiktiga effekter på arbetsmarknaden,

skulle vara cirka 66 100 dollar. Det saknas emellertid fler ekonomiska utvärderingar av KiVA och andra antimobbningsprogram, varför det är svårt göra policyrekommendationer.

Mindfulness

Ett annat område där det krävs mer forskning för att dra slutsatser är universella mindfulness-insatser och mindfulness-baserade program som terapiform. Det vetenskapliga underlaget gällande effektiviteten för att främja välbefinnande och förebygga psykiska problem är långt ifrån konsekvent, men vissa översikter pekar mot att det kan vara ett effektivt alternativ till konventionella metoder för att hantera (prenatal) depression och ångest (Lever Taylor, Cavanagh and Strauss, 2016).

I Storbritannien pågår nu en skolbaserad insats som involverar mer än 5 700 elever, och inkluderar en kostnadseffektivitetsanalys, för att testa om mindfulness kan främja psykisk hälsa och välbefinnande (Kuyken *et al.*, 2017). Mindfulness-baserad kognitiv beteendeterapi har också visat sig vara effektiv för att minska risken för återkommande depression (50), men kostnadseffektiviteten återstår att fastställa (Kuyken *et al.*, 2015).

UVAS/Hemmasittare

Övergången från tonåren till vuxenlivet är en period som präglas av psykiska utmaningar. Unga vuxna som varken arbetar eller studerar (UVAS) riskerar långsiktiga ekonomiska konsekvenser och socialt utanförskap. Risken för att hamna i gruppen UVAS är bland annat relaterad till psykisk hälsa (Rodwell *et al.*, 2018).

Innovativa och inkluderande program har utvecklats för att förebygga ungdomars sociala utanförskap. I Finland använder man Time Out!, en modell för unga män med hög risk för socialt utanförskap (Appelqvist-Schmidlechner *et al.*, 2010). Time Out! har visat sig vara kostnadseffektiv i en randomiserad studie, främst tack vare dess positiva inverkan på möjlighet till anställning. Tröskelvärdet eller ”break-even” för kostnadseffektivitet var en ökning av sysselsättningsgraden med 3–4 procent i gruppen som fick insatsen (Reini, 2016). Dock finns det få andra vetenskapliga underlag från

Europa för att underbygga det ekonomiska argumentet för tidiga och förebyggande insatser för UVAS, och mer forskning krävs därför för att kunna rekommendera investeringar inom området.

Umeå Universitet har tillsammans med stiftelsen Idéer för Livet tagit fram en beräkningsmodell för att kunna skatta de ekonomiska vinsterna relaterade till insatser för UVAS (Umeå Universitet, 2020). Modellen bygger på registerdata där man skattat livsbanor för UVAS i jämförelse med övrig befolkning i Sverige. Vilka insatser som vetenskapligt bevisat ger effekt på UVAS i Sverige finns inte i modellen, men om man som användare kan göra en rimlig och väl argumenterad skattning för en viss insats inom områden, kan beräkningsmodellen användas för att skatta dess ekonomiska inverkan på olika samhällsaktörer och humankapitalet.

Ekonomisk evidens för samverkan

Den ekonomiska evidensen för samverkan inom psykisk hälsa för barn och ungdomar är begränsad. Internationellt finns det få studier generellt som studerat det ekonomiska värdet av samverkansmodeller inom psykisk hälsa, än mindre för den yngre populationen. I Sverige publicerades nyligen två rapporter som Uppsala universitet tagit fram på uppdrag av Länsstyrelsen Stockholm, där det förebyggande och främjande arbetet i två kommuner i regionen samverkat tvärsektoriellt med insatser för barn och unga. Dessa presenteras i detalj under goda nationella exempel på systemomvandlande samverkan i rapporten.

Vad är problemet med dagens organisation?

Psykisk ohälsa bland barn och unga bidrar inte bara till stort lidande för individer, deras familjer och närstående, kamrater och lärare. Det finns också stora risker för att lidandet fortsätter upp i tonåren och in i det vuxna livet, om problemen inte förebyggs, minskar eller behandlas. Teorier som bland annat humankapital ligger till grund för att förstå hur avsaknaden av vissa färdigheter eller företeelsen av vissa problem kan leda till stora samhällsekonomiska konsekvenser senare i livet. Avsaknad av tidiga förebyggande insatser kan därför bidra till betydande kostnader för offentlig verksamhet, men också för familjer och arbetsmarknaden.

Det finns ett flertal problem i dagens vård och service för barn och unga som vi nu ska titta på. Bland problemen återfinns ojämlikhet, en fragmenterad och okoordinerad vård och stort spill av vårdresurser.

Ojämlik vård och välfärd för barn och unga

En god vård är jämlik, något som innebär att hälso- och sjukvården inte skiljer i kvalitet beroende på personliga egenskaper som kön, ras, etnicitet, geografiskt läge eller socioekonomisk status (Socialstyrelsen, 2009; SFS 2017:30). Men tillgången till hälso- och sjukvård samt kvaliteten på vården skiljer sig mellan olika utbildningsgrupper och personer med olika nationaliteter (SOU 2017:47). Även om barnhälsovården i Sverige når 97 procent av alla barn i ålder 0–5 år med universella insatser (Wallby and Hjern, 2011), har man svårare att nå ut med riktade insatser till barn i migrant- och låginkomstfamiljer (SOU 2017:47).

Barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har ojämlik och varierande tillgång till vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2019a), och socioekonomiska faktorer rapporteras att påverka barn och ungas tillgång till vård (Magnusson *et al.*, 2016). Stödet till unga med exempelvis neuropsykiatrisk problematik varierar kraftigt mellan olika kommuner och regioner (Socialstyrelsen, 2019a), och tillgången till barnpsykiatriska/neuropsykiatriska utredningsteam, synen på neuropsykiatriska tillstånd och graden av samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn, elevhälsa och socialtjänst varierar. Flickor utsätts för tvångsåtgärder inom barnpsykiatrin oproportionerligt oftare än pojkar: för tvångsvård, avskiljning, fastspänning och läkemedelstillförsel under fastspänning (Socialstyrelsens statistikdatabas, 2014).

Skillnader i stöd, bemötande och insatser kan bero på kunskapsskillnader inom området, men även tillgången till jämlika och enhetliga rutiner för upptäckt, utredning och behandling (Socialstyrelsen, 2019b). Det bristande helhetsperspektivet och samverkan mellan berörda aktörer bidrar till att barn och familjer ofta upplever att de inte får det stöd de behöver (Socialstyrelsen, 2019a), något som leder till ett minskat förtroende för vården både hos barnet och familjen (Nowak, Broberg och Starke, 2013; Carlsson *et al.*, 2016).

Det är inte bara inom vården som det finns omotiverade skillnader i tillgång till stöd och service. Utsatta barn som far illa på grund av eget riskbeteende eller fysiskt våld riskerar att inte få den hjälp och stöd de behöver då endast en minoritet får tillgång till insatser inom den sociala barn- och ungdomsvården (Vårdanalys, 2018). Av de anmälningar som kommer in i ämnet är det endast en tredjedel som leder till utredning och hälften av dem som leder till insatser. Det finns även omotiverade skillnader i bedömda behov av insatser samt beviljade insatser av socialtjänsten (Vårdanalys, 2018). Det är exempelvis färre pojkar med utländsk bakgrund som bedöms ha behov av insatser jämfört med andra grupper.

Under 1900-talet har idéen om att ökad specialisering leder till större effektivitet och högre produktivitet varit ledande (Tyrstrup, 2014). Genom att dela upp både arbete och befogenheter har man ansett att verksamheter och utförare som fokuserar på väldefinierade uppdrag och moment blir snabbare och mer tidseffektiva i att utföra en bestämd aktivitet. Centralt i denna modell är hur uppgifter och ansvar delas upp, och gränser och gränsdragningar blir viktiga.

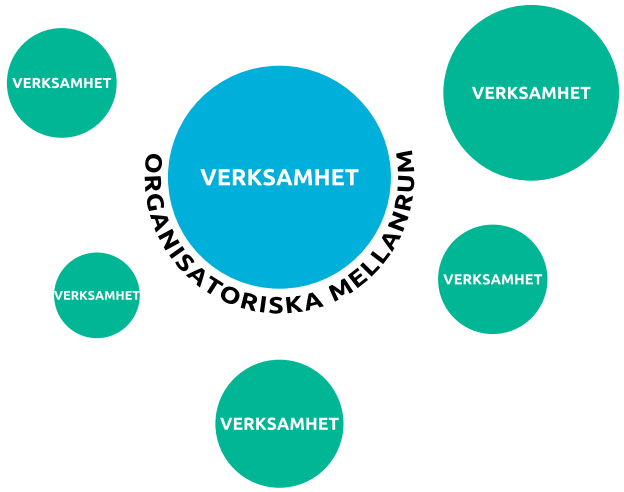
Denna vertikala organisering har lett till det vi idag känner som ”stuprör”, en av de mest använda metaforerna när vi talar om organisering av svensk välfärd idag. Uppdelningen i många olika organisationer som styrs separat har gjort att det i praktiken blivit svårt att koppla samman olika tjänster till en helhet.

Barn och unga i behov av insatser från fler vårdgivare eller fler samhällsinstanser utgör en utmaning för välfärden. Att ha flera behov eller behov inom fler än ett område samtidig som vårdens och välfärdens aktörer har blivit mer specialiserade och mer fokuserad på olika diagnoser och olika typer av utsatthet, har lett till att barnet, ungdomen och deras familjer som regel har många kontakter inom olika verksamheter. Att organisera välfärden i stuprör resulterar inte bara i en fragmenterad vård och omsorg, men ökar också risken för att välfärdstjänsterna som erbjuds blir ineffektiva och ibland motsägelsefulla för barnet och familjen. Organiseringen lägger också en stor börda på familjer som måste samordna och kämpa för adekvat vård, skola och omsorg (Carlsson *et al.*, 2016; Westman Andersson, Miniscalco and Gillberg, 2017).

Det skapas organisatoriska mellanrum

En nästan lika vanlig metafor som ”stuprör” för att beskriva organisering av välfärdstjänster är ”hängrännor” som beskriver vägar för att fånga upp barn och unga som inte får sina behov mötta inom respektive stuprör. Ett annat sätt att beskriva metaforen ”hängrännor” ges av Mats Tyrstrup (2014), nämligen *organisatoriska mellanrum*. Ett organisatoriskt mellanrum uppstår när integrering av aktiviteter till värdeskapande tjänster uteblir, eller misslyckas mellan olika verksamheter (Figur 1).

Figur 91 Organisatoriska mellanrum



Där dagens välfärd definieras av det typiska, huvudsakliga och det som kan förberedas inom varje verksamhet, hamnar undantagen, detaljerna, det oförutsedda och det komplexa i de organisatoriska mellanrummen. De organisatoriska mellanrummen kan vara svåra att identifiera, men de är högst kännbara för de individer eller grupper som drabbas av att de finns. Det är också i dessa organisatoriska mellanrum som vi hittar välfärdens utvecklingspotential. Inte minst blir detta uppenbart när man tar en närmare titt på olika lyckade samverkansprojekt som har blivit framgångsrika just eftersom de lyckas överbrygga, kringgå eller bygga bort ett organisatoriskt mellanrum, något som vi återkommer till längre ned.

Välfärd är inte en produkt – det är en tjänst

Det är lätt att tänka att stora organisationer inom vård, skola och omsorg bedriver storskalig produktion. Men enligt organisationsläran är det arbete som utförs i välfärdssektorn att betrakta som tjänster (Tyrstrup, 2014). Enligt Svenska Akademins ordlista är en tjänst när någon gör något som någon erhåller nyttan av. Välfärdstjänster innebär alltså att någon gör något för att någon annan, till exempel patienten, eleven eller klienten, ska dra nytta av den. Om

välfärdssektorn ses som tjänster är det rimligt att den som tjänsten riktar sig till är den vars perspektiv är viktigast. Således bör brukarperspektivet vara det centrala för hur man organiserar välfärdstjänster och välfärdssektorn (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011) (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011).

Om vårt mål är att utveckla välfärden och förbättra dess kvalitet bör fokus ligga på aktiviteterna som utförs. Det är samordningen av dessa aktiviteter som är själva kärnan i produktionen av välfärd (Tyrstrup, 2014). Därtill bör ett helhetsperspektiv och hänsyn till brukarens behov vara vägledande. Utgångspunkten bör således inte vara hur aktiviteter och resurser ska delas upp, utan hur de kan fogas samman till en meningsfull helhet. Det krävs alltså integrering: en synkronisering av processer och tjänster, och en samordning av hur olika aktörers expertis och kunnande ska tillvaratas (Holmberg and Tyrstrup, 2010). Det är denna synkronisering som skapar helheten som välfärdssektorn erbjuder. Genom samproduktion och integrering av aktiviteter och kompetenser skapar vi välfärdstjänster av hög kvalitet (Tyrstrup, 2014). För välfärdens fortsatta utveckling är integrering av välfärdstjänster och samverkan nödvändig (Tyrstrup, 2014).

Integrering av hälso- och sjukvårdstjänster

Integrerade hälso- och sjukvårdssystem är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) ett tillvägagångssätt för att stärka personcentrerad hälso- och sjukvård (WHO, 2016). Det sker genom att erbjuda tjänster av hög kvalitet som har utformats efter befolkningens och individens behov och som ges av multidisciplinära team som samverkar på olika arenor och på olika vårdnivåer (WHO, 2016). Genom att integrera vårdtjänster är målet att förbättra patienters upplevelse av vården, samt uppnå ökad jämlikhet, tillgång och effektivitet och på så sätt få ut mer av satsade resurser på hälso- och sjukvårdssystemen (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011).

Även om värde skapas genom integrering, så är det inte alltid så att all integrering skapar värde (Tyrstrup, 2014). Integrerad hälso- och sjukvård kan bara anses framgångsrik om den leder till förbättrad upplevelse av vården och förbättrade hälsoutfall (Goodwin and Smith, 2011). Det finns många exempel inom kvalitetsförbättrings-

litteraturen att bättre kvalité i form av förbättrad upplevelse av vården och förbättrade hälsoutfall går hand i hand med förbättrad kostnadseffektivitet (Waters *et al.*, 2011), till stor del på grund av undvikande av olika former av spill.

Det skapas spill inom hälso- och sjukvården

Argumentationen kring att en betydande del av utgifterna för hälso- och sjukvården kan anses vara spill påbörjades systematiskt för drygt tio år sedan (Bentley *et al.*, 2008; Berwick and Hackbarth, 2012). Även om olika definitioner av spill används, handlar det främst om spill som uppstår när:

- Tjänster och processer antingen är skadliga eller inte levererar den nytta de avser
- Kostnader uppkommer till följd av att vi väljer mer kostsamma alternativ för identiska utfall

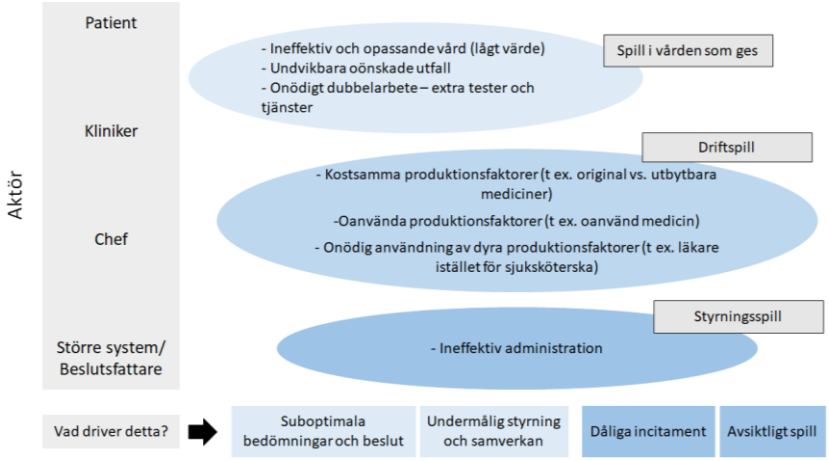
Spill uppkommer i alla organisationsformer och sektorer, men skattningar för hur mycket spill som ackumuleras har främst utförts inom hälso- och sjukvård. En uppskattning i USA tyder på att spill utgör mer än 20 procent av de totala utgifterna inom hälso- och sjukvården; i vissa fall upp till 50 procent (Berwick and Hackbarth, 2012). I Australien visade en undersökning att nästan en tredjedel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården kan ses som onödiga (Swan and Balendra, 2015). En studie i Nederländerna uppskattade att 20 procent av budgeten för akutvård skulle kunna sparas genom att minska onödigt nyttjande av resurser och öka samverkan inom vården (Visser, 2012).

Teorin om spill presenteras i figuren nedan, tillsammans med tre kategorier av spill. Dessa inkluderar (1) spill i den vård som ges, (2) driftspill och (3) styrningsspill.

Spill i vården som ges handlar om spill relaterat till den vård som ges och omfattar fall då patienter inte får rätt vård. Detta inkluderar negativa utfall eller biverkningar som skulle kunna förebyggas, suboptimala beslut och organisatoriska faktorer, särskilt dålig samordning mellan olika vårdprofessioner och enheter. Dessutom inkluderar spill i den vård som ges även ineffektiv och olämplig vård, eller

vård av lågt värde. Denna är främst driven av suboptimala beslut och dåliga incitament. Till sist inkluderar denna kategori även spill relaterat till onödigt dubbelarbete, där bedömningar upprepas utan medicinska skäl eller extra tester och undersökningar ordineras som är onödiga och kostsamma.

Figur 2 **Tre huvudsakliga former av spill inom hälso- och sjukvård**



Översättning av figur från: OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris.

Driftspill uppstår när vård kan produceras med färre resurser samtidigt som patientnyttan bibehålls. Exempel är situationer där lägre priser hade kunnat förhandlas för inköpta medicintekniska produkter, där dyra produktionsfaktorer (t.ex. dyrare vårdpersonal) används i stället för mindre kostsamma utan någon fördel för patienten, eller där produkter kasseras utan att användas. Denna typ av spill involverar oftast chefer eller den större organisationen/beslutsfattare och speglar undermålig organisation, styrning och samordning.

Styrningsspill handlar om ineffektiv administration. Det första är administrativt spill som kan handla om allt ifrån mikro (chef) till makronivå (enheter eller större organisationer). Återigen handlar det om ineffektiv organisation och avsaknad av samordning.

Samtliga aktörer inom hälso- och sjukvården kan generera spill och kan placeras i fyra kategorier: patienter, professionella, chefer (som arbetar på enhetsnivå eller på en mer makronivå – t.ex. inom

hälso- och sjukvårdens systemadministration) och större system eller beslutsfattare (detta kan vara en enda enhet eller flera). Fyra huvudskäl kan förklara varför enskilda aktörer kan bidra till spill av resurser:

- För det första *vet* de inte bättre: fördomar, kunskapsbrister, riskaversion och vanor leder till suboptimala bedömningar och beslut som avvikelser från bästa möjliga praxis.
- För det andra *kan* de inte göra bättre: systemet är inte optimalt organiserat, styrningen är undermålig och samordningen är svag.
- För det tredje kan aktörer *förlora genom att göra rätt*; detta inträffar när ekonomiska incitament inte är justerade efter organisationens mål – till exempel när professionella betalas för att tillhandahålla tjänster oavsett om tjänsterna tillför mervärde.
- För det fjärde *vill* de inte bättre: alla kategorier av aktörer generera spill avsiktligt, med det enda syftet att tjäna deras egenintresse.

I de första två situationerna har aktörerna för det mesta inte för avsikt att generera spill och gör sitt bästa, men med ett suboptimalt resultat. Men det finns tillfällen då aktörer medvetet genererar spill på grund av dåligt utformade incitament. Den sista punkten är i själva verket en variant av den tredje (ineffektiva incitament) men det involverar mer uttryckligen bedrägeri och korruption.

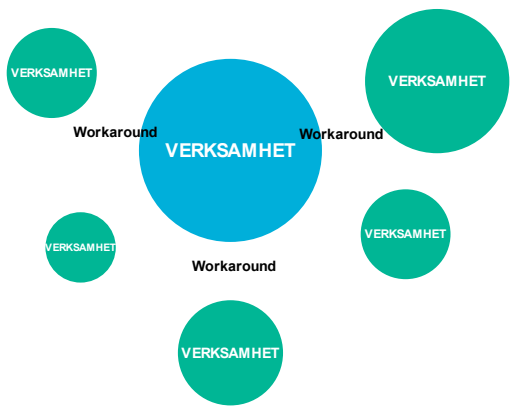
När det gäller den svenska välfärdssektorn framstår en viktig form av spill vara *styrningsspill* – man *kan* inte göra bättre då systemet inte är optimalt organiserat, styrningen är undermålig och samordningen svag. I verksamheter som behöver ständig situationsanpassning har den hierarkiska modellen betydande begränsningar i det operativa arbetet (Tyrstrup, 2014). Om organisationen är uppbyggd enligt den hierarkiska modellen, med många enheter och gränser, kommer medarbetare och chefer ständigt att behöva kompensera för det formellas tillkortakommanden genom informella lösningar på diverse olika frågor och situationer: något vi valt att kalla ”workarounds”.

Goda exempel på samverkan – ”Workarounds”

Svenska exempel

Verksamheter som bygger på utförande av kvalificerade tjänster där den professionella individen själv har ett ansvar för stora delar av arbetsdelningen och merparten av besluten är vertikal styrning alltså snarare en nackdel än ändamålsenlig. Organisationer som ska utföra kvalificerade välfärdstjänster lämpar sig därför i stället för en nätverks- eller projektmodell, där det snarare är horisontellt än vertikalt som flödena måste hanteras. Goda exempel på samverkan är därför ofta lokala och tillfälliga lösningar på samordningsproblem och försök att minimera spill och bristande personcentrering – därav vår benämning ”workarounds”.

Figur 3 **Organisatoriska mellanrum som täcks av Workarounds**



I de nationella exemplen (Tabell 1) är det är tydligt att förskola och skola är med i nästan varje projekt, vilket innebär att dessa verksamheter ofta är del i organisatoriska mellanrum. Att förskolan figurerar i flera projekt är föga förvånande med tanke på att det helt saknas elevhälsa för barn i förskolan. Kontakten mellan förskola och BVC är helt oreglerad och hänger oftast på föräldrarna. Därför blir det ofta stora utmaningar och glapp kring barn som har utmaningar på förskolan där det finns ett behov av såväl specialpedagogiska insatser som specialiserad bedömning och kanske insatser från vården och/eller habiliteringen. Flera projekt berör också barn med multipla eller komplexa behov – det är ju de som lättast hamnar i de organisatoriska mellanrummen.

Det är tyvärr också tydligt att de allra flesta projekten saknar effektutvärdering. Det saknas också undersökning av huruvida dessa projekt bidrar till större jämlikhet i hälsa. Däremot ligger det på ett sätt i sakens natur att barn med sämre förutsättningar och föräldrar med svagare resurser har en större risk att fastna eller försvinna i de organisatoriska mellanrummen. På så vis kan projekt som framgångsrikt täppt igen ett sådant organisatoriskt mellanrum en möjlighet att bidra till att utjämna hälsoskillnader och förbättra barns villkor och livschanser.

Ett intressant exempel nationellt är Region Kronoberg där man sedan 2018 utvecklat nya arbetsformer för en ökad samverkan med varandra i arbetet för barn och unga med inspiration från skottlandsmodellen GIRFEC (Anderberg, Forkby and Thelin, 2020). En beskrivning av den skotska förlagan finns längre ned i rapporten.

”Barnens bästa gäller! – i Kronobergs län” har som syfte att tidigt identifiera barn och unga med behov av samhällsstöd och skapa en välfungerande ansvarsfördelning mellan berörda aktörer vid insatser. Man har anammat några delar från den skotska modellen, till exempel en tydlig samordnare som ser till att alla insatser, från förskola, socialtjänst och sjukvård samordnas och att föräldrar samtycker till att de olika förvaltningarna delar information med varandra. Dock har man inte implementerat essensen i den skotska modellen – gemensamma politiker, gemensam budget och gemensam förvaltning för alla aktörer.

Barnahus och Familjecentraler

Slutligen bör vi nämna Barnahus och Familjecentraler som två etablerade samverkansformer som har funnits över en längre tid. Exakt utformning och vilka aktörer som är med varierar över landet och modellerna har också kritiserats för detta. Men det är trots allt verksamheter som fungerar relativt väl och där kärnuppdraget är just samverkan.

För familjecentraler är det den öppna förskolan som är hjärtat i verksamheten: här träffas föräldrar, pedagoger, socialtjänstens öppna verksamhet och ibland tandvården. Barnmorskemottagning och BVC finns vägg i vägg i de samlokaliserade familjecentralerna. Det finns många processutvärderingar som har visat på fördelar, men ingen effektutvärdering av vare sig samverkan eller resultat för brukarna (Ramböll, 2014). Resultatet av Rambölls utvärdering av familjecentraler på uppdrag av Socialstyrelsen 2014 talar för att familjecentrum genom samverkan kan bidra till att få personer i kontakt med rätt yrkeskompetens.

> Familjecentrumen har däremot sämre förutsättningar för samverkan framför allt när det gäller resurser, roll- och ansvarsfördelning respektive organisatoriskt lärande. I många fall saknas till exempel en gemensam bild av roller och ansvar, samtliga parter tar inte heller sitt ansvar i samverkan och det råder därtill brist på tid och resurser samt lämpliga lokaler. Vidare indikerar studien att den operativa ledningen många gånger är bristfällig vad gäller att stimulera samverkan", skriver man.

När det gäller Barnahus är samverkan inriktad på att samordna den utredning som Åklagarmyndigheten, polisen och socialtjänsten är ålagda att göra när ett barn misstänkts ha utsatts för våld. Även sjukvården är en aktiv part och undersöker barnet på Barnahus för att undvika att barnet utsätts för nya stressiga miljöer med okända vuxna. En utvärdering av Barnahus visar att det finns många välfungerande Barnahus men att det förekommer regionala skillnader i organisation och verksamhet (Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum, 2019). Det finns regionala skillnader och en knapp fjärdedel av kommunerna saknar Barnahus. De främsta brister som lyfts fram i utvärderingen gäller riktlinjerna kring styrning (tex. sekretess och den särskilda företrädarens kompetens och roll) samt tillgång till rättsmedicinsk, barnmedicinsk och barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens.

Det verkar med andra ord som att, även om man lyckas skapa öar av samverkansformer, så blir de lidande av att de ständigt tvingas förhålla sig till diverse moderorganisationer som inte har samverkan som sin uppgift eller ens prioritet. De är som permanentade Workarounds som fungerar så länge det finns eldsjälar som orkar med striderna och de eviga förhandlingarna om villkoren, styrningen, avtalen, målen och innehållet.

Tabell 1 **Nationella exempel på lyckade samverkansprojekt som rör barn och unga**

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
Team Agera[1]	Skola, socialtjänst	Barn i familjer med missbruks-problematik, psykisk ohälsa eller våld	Grästorp kommuns tre grundskolor, 600 elever	Tvärprofessionell, utökad och fördjupad elevhälsa	Projektets tillgänglighet har stärkts vilket har ökat tilliten till arbetet bland barn och unga.
Essence-team	Psykolog, logoped, fysioterapeut, läkare.	Långa väntetider, många vårdkontakter, ostrukturerade utredningar, ett icke-värdeskapande resurs-användande.	Barn och unga med en sammansatt Essence-problematik (*Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations).*	Berörda aktörer från olika instanser arbetar tillsammans.	Antalet besök under pilotstudiens första 21 veckor halverades för barnen[2] [3] Deltidsutvärdering visar att familjer och team-medlemmar är nöjda med arbetet hittills.[4]

[1] www.hv.se/globalassets/team-agera.pdf.
[2] www.mynewsdesk.com/se/regionvasterbotten/pressreleases/kortare-utredningstid-med-effektivt-team-3054827.
[3] https://meetingsplus.vll.se/welcome-sv/namnder-styrelser/regionstyrelsen/mote-2020-09-29/agenda/halso-och-sjukvardsnamnden-protokoll-ssss-78-91pdf?downloadMode=open.
[4] www.srat.se/Logopederna/Nyheter/20172/2017/essencemottagning.

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
					Projektet Optimus har genererat att föräldrar känner sig nöjda och trygga med den utredning som gjorts, att utredningstiden förkortades från många månader till drygt 5 veckor med färre besök och tidigare remiss (> 3 år) till habilitering för insatser.[5] [6]
Tidig upptäckt, tidiga insatser.[7]	Förskoleverksamhet och barnhälsovård.	Omständlig processkedja: från upptäckten av utvecklingsmässiga svårigheter till att barnet får korrekt hjälp. Processgången medför risk för glapp, tidstapp och dubbelarbete.	Små barn med breda utvecklingsmässiga svårigheter, Södra Älvsborg.	Skapa en modell för arbetsformer och samarbetsformer mellan berörda verksamheter för att upptäcka, utreda och samordna insatser för barnen.	Projektet har lyckats ta fram en arbetsmodell för tidiga upptäckter och en mer sammanhållen vård.

[5] www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1318262/FULLTEXT01.pdf.
[6] www.fysioterapeuterna.se/globalassets/_sektioner/habilitering-och-pediatrik/kurserutbildning/optimus-barnklinikdagarna-april-2018.pdf.
[7] https://ju.se/download/18.7d241c5015334a41afbaaf9/1520578716298/TUTI Rapport till Socialstyrelsen.pdf.

Projekt/ Modell	Institution/ myndighet	Problemområde	Population	Service	Resultat/ feedback
SIMBA-team[8]	Primärvård, elevhälsa, socialtjänst.	Barn och unga med lindrig psykisk ohälsa.	Barn och unga i Tjärn, Ale, Stenungsund och Kungälv.	Representanter från institution/myndighet möts på veckobasis för att samverka runt barn som behöver kommunala och regionala insatser.	Majoriteten av respondenterna anser att samverkan i SIMBA-teamet varit till nytta för barnet och familjen.
Bryggan Gästrikland [9]	Region Gävleborg samt förskola/skola i Gävle, Sandviken, Hofors och Ockelbo kommun.	Barn med svårigheter kan få en lättare start och närvaro i förskola/skola om de har kännedom om barnets särskilda behov.	Barn med tidiga utvecklingsrelaterade svårigheter i åldrarna 4–6 år.	Samverkansarbetet ska fungera som en brygga mellan förskola och skola, vårdnadshavare och lärare samt mellan kommun och region för att stötta barnet.	Bryggornas väntetid för läkarbesök har varit omkring 2–6 månader och det pedagogiska arbetet har påbörjats.
”Barnens bästa gäller! – i Kronobergs län”[10]	Region Kronoberg och Alvesta, Lessebo, Ljungby, Markaryd, Tingsryd, Uppvidinge, Växjö och Älmhults kommun.	Tidigt identifiera barn och unga i behov av samhällets stöd.	Barn och unga med behov av samhällsstöd.	Ha barnet i centrum för bedömnings-, planerings- och stödprocesser.	Uttalat behov av nya arbetssätt och en ökad samverkan i arbete med barn och unga.

[8] https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/1ebf953d-2943-4065-99be-0c6c0f39b399/ Uppföljningsrapport - SIMBA-teamen våren 2019.pdf?a=false&guest=true.
[9] www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/fou-valfard/fou-rapporter/fou-rapport-2019_4-arbetet-med-foraldraskapsstod-i-gavleborgs-lan.pdf.
[10] www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/folkhalsa/barn-och-unga2/barnens-basta-galler-i-kronobergs-lan/.

Internationella exempel

Tabell 2 Internationella exempel på lyckade samverkansprojekt som rör barn och unga

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
AIDES initiativet[11]	Kanada, AIDES – Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (Intersektoriell insats för barns utveckling och välfärd).	Att främja och stödja samarbetet mellan föräldrar och professioner som arbetar med målgruppen: barn, i åldrarna 0–17, som växer upp i utsatta miljöer. Syfte: att tillgodose barnens behov – med hänsyn till barn- och föräldraperspektivet, samt främja deltagande i analys och besvarandet av behoven.	Föräldrar och professioner som interagerar med barn i åldrarna 0–17 år, som växer upp i utsatta områden.	Den experimentella insatsen tog form av en familjebedömning som inkluderade en fullständig analys av barns utvecklingsbehov. Barn och familjer i kontrollgruppen fick nuvarande service, och mottog inte familjebedömningsinsatsen.	Minskningen av föräldrars riskfaktorer mellan Tid 1 och 2 var förknippad med en förbättring i socio-emotionell utveckling, medan förbättring i hemkvalitén var kopplad till bättre prestation i kognitiv/språktest.

[11] https://initiativeaides.ca/?page_id=24891.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Early Childhood Mental Health[12]	Kanada, Mental Health Commission of Canada.	Att stödja aktiviteter och konversationer som underlättar en mer samordnad och stödjande miljö som främjar positiv utveckling, psykisk hälsa och motståndskraft under hela livet.	Spädbarn och tidig barndom – I kontexten av familj, samhälle och kultur. Från födsel till fem år.	Konsultera med vårdnadshavare och personer som arbetar med små barn och familjer. Identifiera större utmaningar och möjligheter inom service, policys, program och miljöer som stöttar spädbarn, småbarn och deras vårdnadshavare. Identifiera nationella prioriteringar i tidiga barndomens psykiska hälsa. Stödja och sprida bästa praxis och program för tidiga barndomens psykiska hälsa.	De frågade (i enkäter och intervjuer) vad människor såg som de största utmaningar och möjligheter i den tidiga barndomens psykiska hälsa i Kanada.

[12] https://mentalhealthcommission.ca/English.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Partnering For Change (P4C)[13]	Kanada. Som del i CanChild (där ett antal olika studier också kan hittas).	Initialt utvecklades en stödmodell för barn med Developmental Coordination Disorder (DCD), dock har P4C servicemodellen visat sig vara av värde för barn med många olika behov.	Barn med särskilda behov – barn i skolålder.	Tidig identifiering av barn med särskilda behov. Bygga kapacitet hos lärare och familjer för att förstå och hantera barns behov. Förebygga sekundära konsekvenser och underlätta själv- och familjehantering. Förbättra barns möjligheter att framgångsrikt delta i skolan, samhället och i hemmet.	Detta projekt har visat framgången som är möjlig när starka partnerskap skapas mellan forskare, hälso- och sjukvårdssystemet och skolsystemet. Forskning är integrerat i aktuell praxis och leder till hållbarhet och systemförändring.

[13] https://canchild.ca/en/research-in-practice/current-studies/partnering-for-change.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
Connecting Care for Children (CC4C)[14]	England (London). Pediatrikläkare på Imperial College Healthcare NHS Trust.	Att förbättra tillvägagångssättet för hur barnhälsovården och öppenvården organiseras och levererar vård för barn. Det behandlar de oproportionerligt höga nivåerna av pediatrisk akutvård och sjukhusvård inom regionen.	Barn	En barnläkare besöker den samlade gruppen allmänläkare var fjärde till var sjätte vecka för att delta i ett multidisciplinärt team-möte, med fokus på barnhälsa. På så sätt kan de stödja ärendehanteringen utan att det behöver ske en separat remittering av patienten. Dessutom hålls en specialistklinik under besöken, där patienten kan bokas in för en gemensam bedömning.	På grund av de lyckade resultaten har CC4C modellen upptagits av fler aktörer inom Storbritannien. Tidiga resultat har visat på lovande utfall inom patientnöjdhet, ökat lärande och minskat användande av sjukhusvård.

[14] www.cc4c.imperial.nhs.uk/.

Projekt/ Modell	Land, Institution	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat/ Återkoppling
The Icelandic Prevention Model[15]	Island	ANDT-användning (alkohol, narkotika, droger och tobak).	Barn och ungdomar.	Förebyggande insatser för barn och ungdomars ANDT-användning. Exempel kontinuerlig mätning av ungdomars uppväxtmiljö, allmänna mående och droganvändning, mer organiserade fritidsaktiviteter, mer tid tillsammans med familjen, gemensamma regler för hemgång, föräldrar kommer överens med varandra.	Efter ett pågående arbete i över 20 år visar statistik från åren 1998–2017 att alkoholanvändning minskat från 42 % till 5 %, narkotikaanvändning från 17 % till 2 % och rökning från 23 % till 6 %. Modellen kan anpassas efter olika kontext och kulturer.

[15] https://planetyouth.org/.

De internationella exemplen (Tabell 2) är brokigare och rör sig om alltifrån breda preventiva insatser, som Islands alkohol- och drog-preventiva ansats till systematisk brukarmedverkan kring insatser för barns hälsa och utveckling och rena förbättringsprojekt för bättre, mer effektiv, jämlik eller kostnadseffektiv hälso- och sjukvård för barn i vissa områden eller med vissa särskilda eller komplexa behov. Dessa utvärderingar har oftare en beskriven utvärdering.

Lyckade exempel på systemomvandlande samverkan

Det finns några få exempel både nationellt och internationellt på samverkan som inte är projekt utan där man har bestämt sig för att organisera sig för samverkan och där det också finns utvärderingar tillgängliga.

Svenska exempel

Norrtälje

I Norrtälje samlas det förebyggande arbetet i en gemensam avdelning, vilken går under namnet Trygg i Norrtälje kommun, Tink (Nystrand, Gebreslassie and Feldman, 2020). Med uppdrag och mandat från politik och ledning leder, samordnar och utvecklar avdelningen trygghetsarbetet i Norrtälje kommun. I Tink har övriga kommunala förvaltningar en stödfunktion, och avdelningen har ansvar för samordningsstrukturen mellan kommunala och regionala samverkansplattformar och andra samhällsaktörer, såsom polis och hälso- och sjukvård. Plattformarna finns på olika nivåer, från chefsnivå till operativa nivåer.

Genom Tink fokuseras arbetet på att minska riskfaktorer och främja skyddsfaktorer, för att förebygga eller minska framtida problematik. Det systematiska trygghetsarbetet utgår från strategiska inriktningar och ett jämlikhetsperspektiv. Ett stort fokus i det förebyggande arbetet som bedrivs av Tink är på barn och unga. Enligt en nyligen publicerad rapport från Uppsala universitet kan det förebyggande arbetet i Norrtälje kommun till stora samhällsbesparingar.

Den årliga budgeten för Tink (cirka 10 miljoner kronor) kan jämföras med exempelvis:

- En tioårsbesparing till följd av minskade våldsbrott vid skolavslutning (16–28 miljoner kronor)
- En årlig besparing utifrån minskat narkotikaberoende (5,7 miljoner kronor)
- En femårsbesparing i och med minskat riskbruk av alkohol bland vuxna (21 miljoner kronor) där 10 miljoner av kostnadsbesparingarna tillfaller kommunen.

Framgångsfaktorer för arbetet i Norrtälje kommun är bland annat:

- Strategiskt förebyggande funktioner har grupperats i den gemensamma avdelningen under kommunstyrelsen, Tink
- Det kommungemensamma förbyggande arbetet leds av Tink utifrån samverkansplattformarna på chefsmässig, strategisk och operativ nivå
- Kommunen arbetar med insatser och metoder som har stöd i forskningen och beprövad erfarenhet.

Botkyrka

På liknande sätt har Botkyrka kommun utformat sitt främjande och förebyggande arbete utifrån sin lokala problembild (Nystrand, Feldman and Gebreslassie, 2020). Information och data från skola, fritidsverksamhet och ungas egen utsago har vittnat om ett hårt klimat bland barn och unga. Socialtjänstens bokslut visade på barn- och ungdomsärenden med våldsinslag. Därför fokuserade samverkansarbetet på just våld genom insatser i förskola, grundskola och gymnasium. Arbetet samordnas genom Botkyrkas Våldspreventiva center, som likt Tink har uppdrag, resurser och mandat att leda samverkan. Utifrån beslut från kommunfullmäktige bedrivs och finansieras det våldsförebyggande arbetet inom ramen för den ordinarie verksamheten, för att säkerställa ett långsiktigt arbete. Inom Våldspreventiva centret i Botkyrka kommun samverkar och samordnas socialtjänst, förskola, fritidsverksamhet, grundskola, polis, räddningstjänst och aktörer i civilsamhället (Figur 4).

Modellen bygger på:

- Samverkan mellan polis, socialtjänst och Åklagarmyndigheten för att arbeta med kriminalitet och det faktiska våldet
- En hela-kommunen-ansats genom förskola, skola, socialtjänst, polis, räddningstjänst och civilsamhälle för att arbeta våldsförebyggande
- Samverkan med civilsamhälle, näringsliv, myndigheter och högskolor för att arbeta med kunskap och metodutveckling. I denna del arbetar man även med att möjliggöra för statliga myndigheter att samverka med lokala aktörer, långsiktigt och strukturerat.

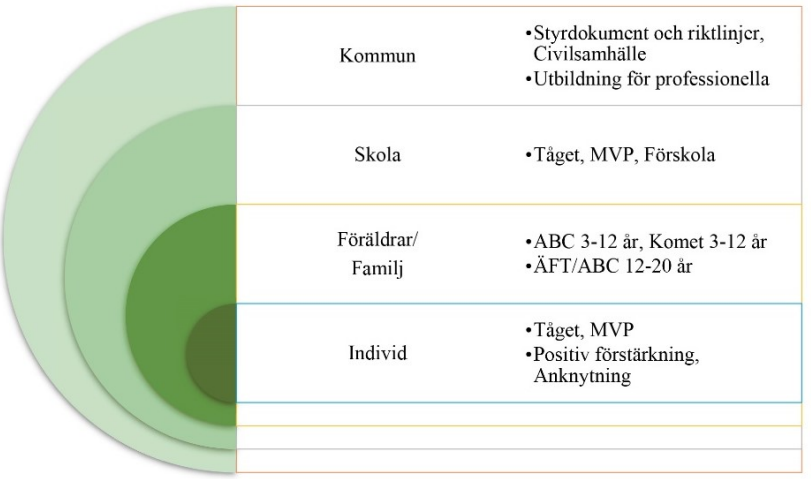
Socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen i Botkyrka kommun har sedan 2014 utvecklat det universella våldspreventiva programmet TÅGET, ett program för barn och unga med ett tydligt genus- och åskådarperspektiv (Länsstyrelsen i Stockholm, 2018). Fokus i programmet är även att lyfta människors styrkor och handlingskraft. Grunden till arbetet är bland annat den svenska grundskolans läroplan kring kunskapsområdet jämställdhet. I programmet arbetar socialförvaltningen, utbildningsförvaltningen, polis, räddningstjänst och civilsamhälle tillsammans för ett våldsfritt samhälle. Programmet drivs i Botkyrkas 10 skolor och är ett arbete som löper över både låg- och mellanstadiet. Programmet TÅGET arbetar utifrån fyra principer:

- **Åskådarperspektivet** som syftar till att aktivera omgivningen kring våldet och utmanar normen att inte lägga sig i
- **Utmana stereotypa könsnormer** genom att synliggöra och diskutera föreställningarna om hur tjejer och killar bör vara, och vad konsekvenserna kan bli av det
- **Ledarskap** genom att skapa en tro på delaktighet och förebilder, och att få unga att vara med och forma sin egen framtid
- **Anknytning** där alla barn ska känna att de har en vuxen på skolan att vända sig till

Resultatet av gjorda utvärderingar visar på en försiktigt positiv utveckling. Då programmet har en universell utformning, är det svårt att påvisa en större effekt. Dock är idén att ett universellt program

som har en liten effekt på många kan vara betydelsefull ur ett befolkningsperspektiv. Programutvärderingen indikerar att TÅGET resulterar i en mer genomarbetad och enhetlig värdegrund och begreppsapparat. Att jobba utifrån en hela-skolan-ansats där elever, lärare och föräldrar involveras har identifierats vara viktiga komponenter för ett förebyggande arbete mot våld och kränkningar i skolmiljö. Detta har konstaterats från stadsrevisionen i Stockholms stad och av Skolinspektionen.

Figur 4 **Botkyrka kommuns tolkning av den socioekologiska modellen och hur de olika insatser som ingår i det våldspreventiva arbetet platser in den**



Källa: Botkyrka kommun

Enligt en rapport från Uppsala Universitet kan det våldsförebyggande arbetet i Botkyrka kommun leda till samhällsbesparingar för olika sektorer vid olika tidpunkter (Nystrand, Feldman and Gebreslassie, 2020). Misstanke om våldsbrott har minskat sedan kommunen började arbeta våldsförebyggande, samtidigt som fler elever blivit behöriga till gymnasiet och tagit gymnasieexamen. Störst besparing kan ses utifrån ett ökat antal elever med gymnasieexamen, som kan generera framtida kostnadsbesparingar på upp till 66 miljoner för kommunen, 40 miljoner för regionen och 107 miljoner för staten.

Malmö

Rapporter om att det finns allt fler barn och unga bland de som utövar dödligt våld har duggat tätt. Sedan 1990-talet har vapenvåldet ökat i Sverige (Ivert and Mellgren, 2021). Våldet har ökat kontinuerligt, med en högre ökningstakt de senaste åren. Mellan 2011–2015 ökade antalet skjutningar i Malmö med 50 procent. Ökningarna kan relateras till ett ökat antal kriminella grupper och nätverk, vilket kan kopplas till utsatta stadsdelar. Vapenvåldet är koncentrerat till få områden. I 10 av Malmö stads 136 stadsdelar skedde det 10 eller fler skjutningar. I hälften av Malmö stads stadsdelar skedde det inga skjutningar under samma tidsperiod.

I Malmö inledde man 2018, efter den amerikanska strategin Group Violence Intervention (GVI), projektet ”Sluta skjut!” (Ivert and Mellgren, 2021). GVI är en problemfokuserad strategi som inkluderar lokala aktörer, som rättsväsendet, kommunen, socialtjänsten och civilsamhället, för långsiktiga förändringar. Strategin använder sig av fokuserad avskräckning och beteendeförändring genom att öka förståelsen för vad som driver våldet, tydliggöra konsekvenser av fortsatt våldsanvändning samt erbjuda stöd och hjälp till individer som vill sluta använda våld/hoppa av en kriminell livsstil. Projektet Sluta skjut infördes i hela Malmö stad. Effektutvärdering av projektet visar en minskning av skjutningarna i Malmö. Vapenvåldet var dock redan i en nedåtgående trend, vilket gör det svårt att med säkerhet säga om projektet har haft effekt eller ej.

Malmö har även tagit initiativ och inför en modell som heter Communities that Care, CTC, ”ett styrsystem för ett långsiktigt och systematiskt preventionsarbete” i fem stadsdelar (Malmö stad, 2021). Utgångspunkten är hälsans bestämningsfaktorer och Malmökommissionens rapport om hur dessa är fördelade lokalt. Centralt i CTC är anpassning efter lokala behov, samverkan, evidensbaserade insatser och lokalt engagemang. Samverkan sker mellan förskola, skola, socialtjänst, polis, räddningstjänst, civilsamhälle, boende och näringsliv. Utvärdering av modellen pågår.

Det skotska exemplet

I Skottland har man sedan 2009 ett nationellt förhållningssätt för att arbeta för barn och ungas hälsa genom modellen Getting It Right For Every Child (GIRFEC) (Anderberg, 2020). Modellen syftar till att förbättra barn och ungas välbefinnande, genom att ha barnet i centrum för bedömnings-, planerings- och stödprocesser.

Målet med förändringsarbetet GIRFEC är att komma ifrån ”stuprörsarbetet” och ge organisatoriska förutsättningar för samverkan för en brukarcentrerad välfärdsinsats för varje barn och familj. En av de stora förändringarna var att de inte bara skapade samverkansteam utan att också *slog ihop olika budgetar* så att budgetarna för socialt arbete, hälsa och utbildning samfinansierar arbetet.

Uppdrag Psykisk Hälsa besökte Perth i Skottland 2014 och tog med sig GIRFEC tillbaka som gott exempel på att arbeta med tidiga insatser för barn och unga. Man beskriver följande kärnkomponenter i GIRFEC (Uppdrag Psykisk Hälsa, 2018).

- **Förskola och skola –** har en samordnande roll i allt arbete kring barn/unga och utgör en del av ” första linjen för barns psykosociala hälsa”. Volontärer och socialarbetare finns på skolorna för att tillsammans med elevhälsan finnas för barnen/ungdomarna och stärka lärarnas möjligheter att bedriva undervisning.
- **Föräldrastödsgrupper –** såväl för blivande föräldrar som de som fått barn.
- **En sammanhållande chef –** för allt samverkansarbete mellan skola, socialtjänst och hälso-och sjukvård.
- **Integrated service co-ordinators –** samordnare, utgör länken mellan hälsa, utbildning och socialt arbete. Skaffar sig en överblick över de olika institutionerna, vilka som gör vad samt utmaningar och förutsättningar för regionen.
- **Integrated service officers –** socialarbetare som finns i skolan som en del av socialtjänstens öppenvård. De ger råd om vad som är bra för barnen. I frågor där det finns oro kring ett barn bedömer de i vilket forum som oron ska hanteras. Detta är ett mindre steg än att ta direktkontakt med socialtjänsten i ett ärende vilket skapade skillnad i skolornas inställning till sitt arbete då de började fokusera mer på ”vad kan vi göra” i stället för att lämna över

ärendet till den delen av socialtjänsten som arbetar med Child protection.

- **”Named person” –** namngiven person för alla barn eller unga. Är en *första kontaktperson* i frågor när det finns oro för barnet eller ungdomen och agerar utifrån detta. För de små barnen brukar det vara BVC-sköterskan, för skolbarn är det oftast rektorn eller någon annan med överordnad funktion i skolan. När behov finns sammankallar ”named person” till ett möte kring barnet och utser en ”lead professional”.
- **”Lead professional” –** utses av ”named person” för att samordna insatser när barnet eller ungdomen har behov av mer än en insats från skola, hälso- och sjukvård eller socialtjänst
- **”Child”s plan” –** när barnet eller ungdomen behöver insatser från fler än en verksamhet ska en ”Child”s plan” upprättas. Planen är en gemensam dokumentation där verksamhetsföreträdare kan skriva och läsa hur man planerar kring barnet eller ungdomen för att denne ska få sina behov tillgodosedda.
- **Samtycke –** föräldrarnas samtycke om informationsdelning i ”Child”s plan” löper från barnets födelse till dess att ungdomen är 18 år.

Arbetet med barn och unga är organiserat med förskolan och skolan som bas. I samma organisation finns verksamheter för barn med funktionsnedsättning, kultur och fritid samt social barn-och ungdomsvård och inte minst primärvården. Utanför organisationen ligger den del av hälso- och sjukvården som innebär inskrivning på sjukhus samt den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Dessa delar drivs av NHS (National Health Service). Samverkan med polis och frivilligsektorn utgör också en viktig del i det kommunala samverkansarbetet, men ingår inte i samma budget.

Utvärderingar har visat att gemensamma politiker med gemensam budget ger förutsättningar för att effektivt implementera GIRFEC. Modellen har lett till ett flertal initiativ som bygger på de förutsättningar för effektiv samverkan som organisationen har skapat. Dessa kännetecknas av att de adresserar viktiga utmaningar som också hänger samman med hälsans bestämningsfaktorer, exempelvis våld i när relationer, nutrition under graviditet och späd-

barnstid, barnfattigdom och barns tidiga utveckling och lärande (Tabell 3). Det finns en tydlig jämlikhetsaspekt och en kompensatorisk ansats.

Initiativen finansieras av statliga medel och hela tiden finns där en ansats att utvärdera och skala upp om modellen visar sig ha goda resultat. Eftersom organisationen för samverkan redan finns där behöver det inte skapas särskilda projektgrupper för att bygga upp samverkan. I stället kan man fokusera på innehållet och utvecklingen av den aktuella välfärdsinsatsen. Flera av de här utprövade modellerna sprids också internationellt.

Tabell 3 Olika initiativ för att påverka hälsans bestämningsfaktorer för barn i det skotska systemet

Modell/arbetssätt	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat
Equally Safe: A National Strategy. Skottlands strategi för att förebygga och utrota våld mot kvinnor och flickor.[1]	Att förebygga och utrita våld mot kvinnor och flickor.	Kvinnor och flickor	Primärt förebyggande, bygga förmåga och kapacitet, rättvisa, tydliggöra ansvar. Mer information går att finna här.[2]	Skottland har gjort stora framsteg, men det finns fortfarande mycket att göra. Mer information går att finna här.[3]
Förbättra nutrition hos gravida och spädbarn: ett insatsramverk [4]	Att förbättra gravida kvinnors och spädbarns nutrition för att ge dem den bästa starten i livet.	Gravida kvinnor, spädbarn och barn upp till tre års ålder.	Ett antal olika program och strategier – mer information går att finna här.[5]	

[1] www.gov.scot/publications/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/.
[2] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2018/04/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/documents/00534791-pdf/00534791-pdf/govscot%3Adocument/00534791.pdf.
[3] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2018/04/equally-safe-scotlands-strategy-prevent-eradicate-violence-against-women-girls/documents/00534791-pdf/00534791-pdf/govscot%3Adocument/00534791.pdf.
[4] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2011/01/improving-maternal-infant-nutrition-framework-action/documents/0110855-pdf/0110855-pdf/govscot%3Adocument/0110855.pdf.
[5] www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2011/01/improving-maternal-infant-nutrition-framework-action/documents/0110855-pdf/0110855-pdf/govscot%3Adocument/0110855.pdf.

Modell/arbetssätt	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat
The Keeping Childbirth Natural and Dynamic (KCND) programme.[6]	Främja normal födsel och öka andelen vaginala förlossningar.	Gravida kvinnor.	Tillhandahålla evidensbaserad vård, minska onödiga ingrepp och införa barnmorskeledd vård som norm för friska gravida kvinnor. De med mer komplexa behov ska ha ett barnmorsketeam som leds av en obstetriker, medan kvinnans allmänläkare har ett övergripande ansvar för den medicinska vården.	Det finns en publikation tillgänglig: "Empowering change: realist evaluation of a Scottish Government programme to support normal birth".
The Early years Framework.[7]	Att bygga lokal kapacitet, förståelse, självförtroende under de tidiga åren för att minska ojämlikheter och främja förbättrade resultat genom användandet av aktivt lärande som verktyg.	Innan födseln upp till åtta års ålder.	Principen om tidiga insatser uppmuntrar till en helhetssyn för att möta behoven hos barn och familjer. Detta omfattar lek, lärande, sociala relationer, känslomässigt och fysiskt välmående tillsammans med hälsa, näring, tillväxt, utveckling och säkerhet.	Det finns en rapport tillgänglig, en publikation från 2011.[8]

[6] www.maternal-and-early-years.org.uk/the-keeping-childbirth-natural-and-dynamic-kcnd-programme.
[7] www.maternal-and-early-years.org.uk/early-years-framework.
[8] www.webarchive.org.uk/wayback/archive/20180521005527mp_/ www.gov.scot/Resource/Doc/337715/0110884.pdf.

Modell/arbetssätt	Problemområde	Population	Levererad tjänst	Resultat
Projektet Healthier, Wealthier Children (HWC).[9]	Att reducera barnfattigdom genom att hjälpa familjer med ekonomiska svårigheter.	Familjer som upplever barnfattigdom.	Initiativ för ekonomisk integration. Ett antal publikationer med mer detaljerad information går att hitta i den slutgiltiga utvärderingsrapporten.[10]	Överlag har projektet HWC haft en positiv effekt på gravida kvinnor och familjer med småbarn. Det har gett effekt på maximerad inkomst, reducera och hantera skulder samt bistå med stöd i att öka ekonomisk förmåga, självförtroende och välmående.[11]

[9] www.nhsggc.org.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/#.
[10] www.nhsggc.org.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/documents-and-publications/.
[11] www.nhsggc.org.uk/your-health/public-health/maternal-and-child-public-health/healthier-wealthier-children/documents-and-publications/.

Det är inte brist på statlig satsning på området psykisk hälsa, men …

En nationell samordnare tillsattes i slutet av år 2015, på beslut av regeringen, för att stödja och samordna myndigheter, kommuner, dåvarande landsting och organisationer i deras arbete för psykisk hälsa (SOU 2018:90). Det treåriga uppdraget resulterade i en utredning som samlat in erfarenheter och åsikter från relevanta aktörer.

Sedan slutet på förra millenniet har den svenska staten försökt stärka arbetet inom psykiatri och psykisk (o)hälsa. Majoriteten av satsningarna har varit kortsiktiga, vanligen under en tidsperiod på två till fem år, och mot olika målgrupper. Oberoende sittande regering har prioritet varit att ta fram olika former av satsningar, handlingsplaner och strategier för att öka kapaciteten, kompetensen och innovationen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dock har arbetet, i låg grad, gjorts med hjälp av statens traditionella styrmedel. Arbetet har i stället gjorts genom så kallade mjuka styrformer så som riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser. Det tycks ha funnits en långtgående tilltro till goda exempel vilket har gjort att staten gärna främjat försöksverksamheter, pilotprojekt och andra former av projektverksamheter på kommunal och regional nivå (SOU 2018:90).

Inte minst inom området barn och ungas hälsa och föräldraskapsstöd har det skett nationella satsningar. Man har satsat på tvärsektoriell samverkan för hälsofrämjande insatser för barn och unga, statliga stimulansmedel för en tillgänglig barnhälsovård och förbättrad mödrahälsovård, första linjens insatser för barn med psykisk ohälsa, stärkt suicidpreventivt arbete, m.m., m.m.

Trots det nationellt prioriterade och långtgående riktade arbetet inom området psykisk ohälsa, har den nationella styrningen alltså karaktäriserats av kortsiktighet och styrning utifrån projekt. Efter-

som våra system som har hälsofrämjande och förebyggande uppdrag inom barns psykiska hälsa inte är organiserade för samverkan eller en brukarcentrerad och holistisk syn på välfärdstjänster har många av projekten försökt att åstadkomma just detta. På så vis har staten finansierat ett antal kreativa och lokalt uppskattade – just det – Workarounds, utan möjlighet till vare sig långsiktighet eller skalbarhet.

Satsningen på föräldrastöd är ett exempel där Folkhälsomyndigheten har följt upp arbetet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Man har exempelvis gått tillbaka till projektkommunerna två år efter avslutat projekt. Resultat från dessa kartläggningar visade att arbetet med föräldraskapsstöd fortgick i ganska hög utsträckning, men att det också fanns kommuner där arbetet inte längre bedrevs med samma intensitet. Exempelvis minskade andelen som hade strategier för att samordna arbetet med föräldraskapsstöd. Eftersom organisationerna inte är byggda för samverkan behövdes alltså en person, en samordnare som hade samverkan som sitt uppdrag och kunde driva frågorna och överbrygga de organisatoriska mellanrum som hade förhindrat samarbetet. Men trots att samordningen var så prioriterad att alla projektkommuner valde att anställa en samordnare för projektmedlen försvann dessa resurser i och med projektets slut. Och eftersom även framgångsrika projekt som åtar sig att arbeta i organisatoriska mellanrum – Workarounds – är beroende av en samordnare och fortsatt engagemang var det få om några samverkansmodeller som lyckades hålla sig fast på sikt i de givna strukturerna.

Ovan är också ett exempel på andra eventuella risker med statliga kortsiktiga satsningar: att den temporära supporten i ett system kan skapa brister i ett annat, vilket kan leda till en spiral av att punktinsatser måste göras inom olika system. Vid avsaknaden av en systemanalys uppstår alltså risken att staten, trots sin ambition att bidra till hanteringen av enskilda problem, är medaktörer i att skapa hinder i lokala och regionala prioriteringar vilket i sin tur leder till negativa effekter för brukare, patienter och medborgare på individnivå.

Under de senaste tio åren har alltså över 10 miljarder satsats på att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa. Det är dock svårt att utvärdera eventuella effekter av detta, då satsningarna många gånger varit med korta tidshorisonter och otydliga målsättningar. Då det många gånger inte samlats in eller sammanställts

grunddata eller indikationer, är det inte möjligt att följa den långsiktiga utvecklingen inom området. Man skriver att:

> Nära nog samtliga utvärderingar som har gjorts av de olika satsningarna pekar på att de olika statliga handlingsplanerna och strategierna har satt fokus på viktiga frågor men att dess effekter är oklara eftersom satsningarna har varit ryckiga, kortvariga och i egentlig mening saknar mätbara mål. (SOU 2018:90):s. 126.

Således är staten i högsta grad villig att satsa pengar på området psykisk hälsa och relaterade hälsofrämjande och förebyggande insatser. Frågan är närmast hur dessa pengar investeras på klokast möjliga sätt.

Utredningen ”För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt” (SOU 2018:90) ger bland annat följande rekommendationer:

- Genomgripande förändringar inom området psykisk hälsa kräver ett tydligt politiskt ställningstagande, långsiktighet och uthålliga satsningar
- Strategier och handlingsplaner bör förenas med utvecklingsmedel, vara sammanhållna, konkreta och möjliga att utvärdera
- Det finns stora samhälleliga och personella vinster med att inrikta arbetet på förebyggande och främjande insatser.

I tidigare kapitel har vi tittat på de ekonomiska argument som finns för tidig investering och vilka områden som har god evidens när det gäller kostnadseffektivitet av specifika insatser. Vi har också berört de organisatoriska förutsättningar som idag hindrar helhetssyn, jämlikhet, samverkan och en syn på hälsofrämjande och förebyggande som självklart viktiga investeringar för framtiden, oavsett vilken sektor eller organisation som får del av vinsten i form av sparade kostnader och ökade intäkter. Nu ska vi titta på några sammanställningar av vad som kännetecknar en organisation som förmår att erbjuda välfärdstjänster enlig de principerna.

Vägen framåt

Enligt Mats Tyrstrup är nyckeln till att vidareutveckla välfärdstjänsterna i Sverige en välfärdssektor med en samordnad kravbild på välfärdsverksamheterna med en stödjande infrastruktur för lokal kunskapsöverföring och kreativitet (Tyrstrup, 2014). Han skriver:

> Arbetskraftsintensiva tjänster med stort kunskapsinnehåll behöver frihetsgrader och mandat lokalt för att kunna utföras med hög kvalité och bra resultat. En central tes är att det lokala sammanhanget, där välfärdens tjänster dagligen produceras och skapar värde, måste stödjas av centrala nivåer.

Med andra ord menar Tyrstup att genom att göra horisontell koordinering till huvudsak kan vi skapa förutsättningar för det han kallar för en ”gränsomvandlande verksamhetsutveckling”. Hur vi organiserar den centrala, vertikala ledningen beror på hur mycket horisontell samordning som behövs i verksamheten. Styrningen av verksamheten bör vidare ha samordnade och tydliga krav med stort tillit till professionella och engagemang av brukare (Tyrstrup, 2014).

> Genom samproduktion och integrering av olika specialisters aktiviteter och kompetenser skapas välfärdstjänster av hög kvalitet, bra service och ett respektfullt bemötande.

Om en organisation organiserad för och inriktad på samverkan är lösningen på välfärdens utmaningar idag, vilka utmaningar innebär då att arbeta interprofessionellt och i samverkan?

Möjligheter och utmaningar med interprofessionell samverkan

Under det senaste decenniet har det varit ett större fokus på att organisera samverkansarbete inom vården, för att minska de klyftor som finns (Nooteboom *et al.*, 2021). En sammanfattning av resultaten från olika studier (n=55) presenteras i rapporten ”Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals”, som ett försökt att tydliggöra vilka faktorer yrkesverksamma upplever som möjliggörande och försvårande när de arbetar med samverkan inom vården.

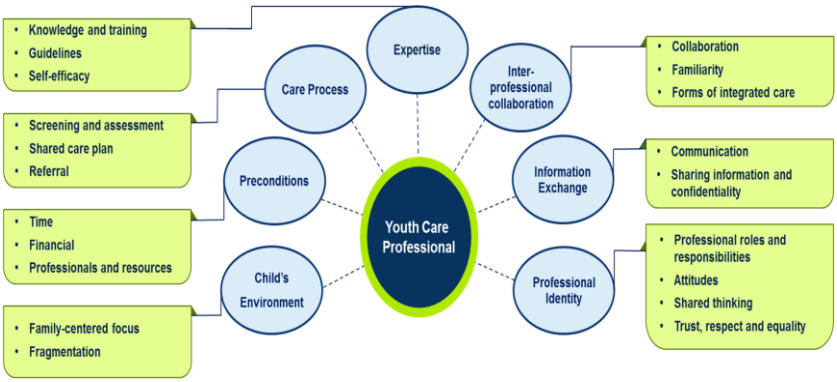
För att skapa en övergripande förståelse för olika sammanhang och professionella discipliner inkluderades studier med olika metoder, population, typ av barn- och ungdomsvård samt olika typer av samverkan. Rapporten identifierade sju olika teman av möjliggörande och försvårande faktorer bland yrkesverksamma inom barn- och ungdomsvård. Figur 5 har extraherats från den systematiska översikten, och illustrerar dessa teman (Nooteboom *et al.*, 2021).

Trots skillnaderna mellan de inkluderade studierna visade evidensbedömningarna att faktorerna för möjliggörande och försvårande ofta var konsekventa genom studierna, och var därför applicerbara i olika kontext. Översikten visar tydligt att samverkan är en komplex process med flera komponenter, vilket kännetecknas av flertalet försvårande och möjliggörande faktorer för yrkesverksamma (Nooteboom *et al.*, 2021).

Utifrån teman och underteman drar studien slutsatsen att både de flesta utmaningar och möjliggörande faktorer återfanns inom interprofessionellt samarbete (den högra sidan av Figur 5). Även om detta i grunden uppfattades positivt krävdes mycket arbete, till exempel tid för interprofessionell grupputveckling, utbildning i interprofessionellt samarbete, och konsten att dela information med andra yrkesverksamma som använder sig av olika begrepp och/eller teorier.

På figurens vänstra sida återfinns faktorer som relaterar till styrning och organisation samt själva barnets miljö och förutsättningar. Man föreslår att breda bedömningar av barnets och familjens problematik och tidsmässigt identifierande av intensitet och typ av vård som familjer behöver, är viktiga aspekter av vårdsamverkan.

Figur 5 **Översikt av möjliggörande och försvårande faktorer som yrkesprofessionella inom barn- och ungdomsvård upplever vid vårdsamverkan**



Figur extraherad från "Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals".

I linje med tidigare arbeten visar studien att samverkan i huvudsak påverkas av processer på professionsnivå (figurens högra sida). Översikten föreslår därför att framtida utveckling av vårdsamverkan som koncept ska fokusera på att involvera yrkesverksamma i den samverkande vården på daglig basis, i stället för att enbart överväga interprofessionellt samarbete på organisationsnivå (Nooteboom *et al.*, 2021). Man föreslår följande:

- **Bedöma och prioritera problem**: För att förbättra yrkesverksammas kompetens inom problemprioritering och delat beslutsfattande rekommenderas diskussion av prioriteringar med familjer och därmed inkludera deras perspektiv i vårdprocessen. Översikten bekräftar, i linje med tidigare studier, att efterlevnaden av riktlinjer förbättras när man har särskilt fokus på strukturerad och anpassad implementering i samarbete med brukarna.
- **Professionella roller och ansvar**: Det är viktigt att kontinuerligt utvärdera roller och ansvar under vårdprocessen, där samtliga intressenter involveras. Dock är det ännu oklart hur och hur länge yrkesverksamma ska arrangera dessa utvärderingsmöten
- **Tid att investera i samverkan:** I försöken att optimera vårdsamverkansprocesser och på sikt spara in tid, är det nödvändigt att investera i längre besökstider, tid för interprofessionell grupp-

utveckling och utvärderingsmöten. Det är viktigt att yrkesverksamma stöttas i effektiv organisering och prioritering av dessa aktiviteter, exempelvis av deras chef eller genom riktlinjer utifrån praxis. Översikten rekommenderar även att utvärdera långtidseffekten av vårdsamverkan genom att skapa ett kontinuerligt rutinsystem för att övervaka arbetet.

Inte minst lyfter man fram vikten av **attityder, kunskap och kompetens** som krävs för samverkan hos de yrkesverksamma. Det är väldigt viktigt att det inte får finnas en naivitet i att alla automatiskt jublar över att få samverka med andra professioner. Det var tydligt i översikten att de flesta utmaningar, men också möjligheter återfanns just inom detta område. Så det är förstås viktigt med en positiv attityd till samverkan i sig och till interprofessionellt samarbete. Likaså är det viktigt med effektiv kommunikation.

Om en organisation organiserad för och inriktad på samverkan kring evidensbaserade insatser för hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser för barn och unga – vilka utmaningar finns det då för att implementera evidensbaserade insatser långsiktigt?

Att implementera evidensbaserade insatser långsiktigt – organisatoriska faktorer av betydelse

Baserat på den systematiska översikten av Weeks *et al.* från 2020, *Important Factors for Evidence-Based Implementation in Child Welfare Settings*, finns det ett antal viktiga organisatoriska faktorer som är avgörande för långsiktig och framgångsrik implementering av evidensbaserade program, modeller eller arbetssätt (Weeks, 2020). Många av faktorerna är egentligen välkända från annan implementeringslitteratur. Det betyder dock inte att de tas hänsyn till i samband med implementering av nya arbetssätt och metoder eller införande av nya rutiner och riktlinjer inom välfärdssektorn. Tvärtom verkar det som att, paradoxalt nog, har den omfattande kunskapen från implementeringslitteraturen haft oerhört svårt att implementeras (Westerlund, Sundberg and Nilsen, 2019). Det är viktigt att inte vara naiv inför ”implementeringens mödosamma konst”, som Folkhälsomyndighetens skrift på temat från 2017 heter (Folkhälsomyndigheten, 2017).

De faktorer som befanns påverka långsiktig implementering av evidensbaserade insatser av Weeks *et al.* återfinns i Tabell 4. De vanligast förekommande faktorerna i översikten presenteras i mer detalj nedan.

1. Ekonomiska resurser och långsiktighet i planeringen.

Initialt behövs finansiering för själva uppstarten av insatsen, men minst lika viktigt är finansiering av spridning och vidmakthållande av fortsatt insats efter initialfasen. Detta kräver en långsiktig planering redan tidigt, både av de ekonomiska resurserna men även av arbetet i stort.

2. Organisationens kultur och klimat.

För att lyckas med implementering är att ha en kultur och ett klimat i organisationen som stödjer införandet av nya metoder avgörande. Även om begreppen låter snarlika finns det skillnader. Organisatorisk kultur är organisationens sätt att se på omvärlden. I kulturen ingår organisationens normer och värderingar. Det är djupt rotat i organisationen och mer stabilt än klimatet, men absolut möjligt att förändra. Organisatoriskt klimat beskrivs i stället som en mer tillfällig stämning som är en blandning mellan organisationens reaktioner på olika händelser (t.ex. framgångar eller motgångar, nedskärningar och nya uppdrag) och organisationens kultur.

Detta kan vara särskilt viktigt att tänka på om man formar och inför en ny organisation eller sammanför flera olika organisationer med sina inneboende kulturer och klimat.

Tabell 4 Faktorer av betydelse för långsiktig implementering av evidensbaserade insatser inom välfärdstjänster för barn och unga

Faktor
Ekonomiska resurser
Organisationens kultur och klimat stödjer implementering
Stöd från ledningen
Tidsresurser
Personalresurser
Stabil finansiering
God intern kommunikation i organisationen
Samarbete med andra aktörer
Utbildning
Expertkunskap/kunskapsstöd finns tillgänglig
Politiskt stöd, engagemang och förankring
Mottagarna upplever att insatsen passar dem
Anställer personal med rätt utbildning
Implementeringsteam

3. Stöd från ledningen

Stöd från ledningen behövs i varje steg i implementeringsprocessen, från att kartlägga behovet till att upprätthålla ett hållbart och långsiktigt arbete. Enligt många publikationer är dock stödet som viktigast initialt i implementeringsarbetet. Att ledningen prioriterar insatsen är också viktigt för att säkra finansiering och andra resurser till arbetet. Ledningen kan också stödja genom att öka möjligheterna för samarbete, uppföljning och utvärdering. Att ha en engagerad ledning som prioriterar arbetet med evidensbaserade insatser kan också ge ökad motivation hos den personal som arbetar med frågan.

4. Tid och personalresurser

Det finns flera aspekter av varför det är viktigt att ha tillräckligt med tid. En är att personalen som jobbar med den nya insatsen måste få tid i sitt schema för att kunna få till stånd det nya arbetssättet. Att som anställd ha flera andra uppdrag som tävlar om tiden när en ny metod ska införas försvårar implementeringen. Att lyckas med alla de steg i införandet kräver tillräckligt med tid för de som arbetar med

implementeringen. En annan aspekt av tid är att det tar en viss tid för en ny metod att befästas, organisationen och människorna i den måste vänja sig vid det nya arbetssättet. Hur lång den tiden är varierar och beror på hur stor förändring som måste ske för det nya arbetssättet.

5. God intern kommunikation, samarbete inom organisationen och med andra aktörer

God intern kommunikation är en mycket vanligt förekommande framgångsfaktor. Samarbete med andra organisationer och samordning med andra aktörer kan ge effektivare användning av resurser för alla inblandade, kunskaps- och erfarenhetsutbyte och en ökad räckvidd av insatser organisationen erbjuder.

6. Utbildning och expert/kunskapsstöd

Att ha personal med rätt kompetens är en ofta förekommande faktor som underlättar implementering. Utbildning och kompetens i insatsen är viktigt för att upprätthålla en god kvalitet. Om det handlar om en specifik metod eller program är det viktigt att säkerställa att dess kärnkomponenter bibehålls för att de tänkta effekterna med insatsen ska uppnås. Urval av personal och utbildning och handledning av dem som ska arbeta med insatsen är sätt att säkra kompetensen. Handledning och återkoppling under arbetets gång är också viktigt för att effekten av utbildningen ska kvarstå. Ett nätverk av utövare kan ge stöd, erfarenhetsutbyte och vidareutbildning.

Att välja ett föräldraskapsstöd som är evidensbaserat och passar i organisationen är en utmaning och i denna fråga kan *expertstöd/kunskapsstöd* behövas.

7. Nationell styrning, politiskt stöd, engagemang och förankring

Lagstiftning, tydliga krav och ekonomiska styrmedel är några exempel på nationell styrning som förekommer i litteraturen. Riktlinjer, kunskapsöversikter, arbetsinstrument och handböcker/manualer

samt enkla metoder för uppföljning är andra och snabbare styrmedel som också tas upp.

Om politiker och andra politiska aktörer (fackförbund, lobbyistgrupper etc.) stödjer implementeringen, den politiska förankringen av arbetssättet är stark och kommunikationen mellan politiker och tjänstemän är god ökar chanserna att lyckas. Detta gäller på lokal, regional och nationell nivå.

Med tanke på betydelsen av nationell styrning och politisk förankring för framgångsrik implementering av evidensbaserade metoder, modeller och arbetssätt enligt litteraturen är det intressant att SOU 2018:90 ”För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt” föreslår ett stort antal åtgärder för att främja sådan styrning.

- Verksamhetsområdet psykisk hälsa bör bli ett nytt politikområde
- En strategi för psykisk hälsa 2020–2030: Frågan om psykisk hälsa/ohälsa rör hela samhället på flera plan. Utredningen bedömer att en långsiktig strategi med tydliga resultatmål kan fylla en viktig funktion för att stimulera gemensamma åtgärder som berör flera politikområden och myndigheter.
- Ett Agenda 2030-sekretariat för övergripande samordning bör inrättas i Regeringskansliet.
- Mål och målstruktur för området psykisk hälsa. Ett övergripande nationellt mål bör antas för det samlade arbetet med frågor kring psykisk hälsa inom ramen för den strategi som utredningen föreslår. Utredningens förslag till nationellt mål är *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar*.
- Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas. För att stärka samordningen inom området psykisk hälsa på nationell nivå bedömer utredningen att Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll inom området bör förtydligas och stärkas.
- Tvärsektoriell myndighetssamverkan. För att politiken för psykisk hälsa ska få ett faktiskt genomslag på lokal, regional och

nationell nivå krävs förutom en stark nationellt pådrivande aktör en väl upparbetad tvärsektoriell myndighetssamverkan.

På uppdrag av regeringen fick Statens skolverk och Socialstyrelsen 2017 uppgiften att genomföra ett treårigt utvecklingsarbete, med syfte att stärka samverkan mellan elevhälsa, hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Fridolin and Törn, 2017). En rapport från projektet som stöttar 35 samverkansprojekt i landet lyfter också fram ett antal faktorer av betydelse för samverkansarbetet (Skolverket and Socialstyrelsen, 2019).

Framgångsfaktorer

- Politisk förankring över mandatperioder
- Gemensam problembild, samsyn och vilja i de deltagande verksamheterna

Hinder och utmaningar

- Det tar tid att bygga upp hållbara strukturer för samverkan och samordning
- Organisatoriska glapp uppstår då verksamheterna främst är organiserade för att arbeta inom gränser inte över gränser
- Verksamhetsgemensam uppföljning försvåras av rättslig reglering kring behandling av personuppgifter

Dessa sammantagna lärdomar kan vi ha med oss när vi planerar för en ny sorts organisation.

Varför är en sammanhållen barn- och ungdomsvård en önskvärd modell?

Sammantaget vet vi en hel del om vilka möjligheter och hinder som finns kring samverkan generellt, interprofessionell samverkan specifikt och organisatoriska och kontextuella faktorer av betydelse för ett framgångsrikt implementeringsarbete av evidensbaserade arbetssätt som bygger på samverkan. Vi får inte vara naiva och tro att en systemomvandling kan ske smidigt och utan stöd på alla nivåer – lagstiftning, nationell styrning, bred politisk förankring, stabil ekonomi, ledning och styrning med fokus på horisontella processer, teamarbete, uppföljning och analys, och brukarmedverkan. Men vad talar för att ett sådant system kan leverera bättre resultat än dagens?

Svaret kan sammanfattas under fyra punkter:

- Den förväntas minska samhällskostnader jämfört med dagens system
- Den bygger på en modern syn på hälsans bestämningsfaktorer
- Den öppnar för en styrning mot gemensamma välfärdstjänster och resultat snarare än produktion och egna årsbudgetar
- Den råder bot på organisatoriska mellanrum där så mycket förlorat värde, ojämlikhet och spill uppstår

Det finns fyra huvudsakliga sätt att minska *samhällskostnader* inom området psykisk hälsa bland barn och unga. Inledningsvis bör man investera tidigt. Detta argument handlar om att satsa på *humankapitalet*; grunden till många färdigheter, kunskap och talanger vi har, är tidigare färdigheter, kunskap och talanger. Missar vi möjligheten till att barn utvecklas optimalt under vissa kritiska stadier i livet, kan vi helt enkelt inte komma ikapp. Detta har inte bara kon-

sekvenser för barns hälsa och välmående, men också för deras framtida möjligheter och levnadsstandard. Att se bland annat hälsa som ett kapital som vi vill ska generera framtida avkastning utifrån bästa möjliga förutsättningar, krävs investering i det kapitalet. Ju tidigare, desto mer lönsamt, både ekonomiskt och socialt.

Vi vet att timing är av betydelse, inte bara för insatser som handlar om att stärka humankapitalet utan också förebyggande insatser. Många insatser är mer effektiva vid *tidigare ålder*. Dels handlar det om att problemen är då mindre och hjärnan mer plastisk; på sätt och vis är även barnets närmaste miljö, relationen till föräldrar också mer plastisk tidigt – man har inte hunnit fastna i onda cirklar och negativa förväntningar av och föreställningar om varandra och relationen. Dels handlar det om att vi undviker onödiga kostnader om vi inte väntar med insatser tills barnen blir äldre och problemen mer markanta och kostsamma.

En annan viktig faktor är investeringen i sig. *Kostnadseffektivitet* betyder att en insats genererar mer hälsa för pengar, i jämförelse med någon annan investeringsmöjlighet. Här ser man både till effektiviteten av en viss insats, vad den kostar, och ibland hur mycket intäkter (undvikna samhällskostnader) den kan generera. Det finns tydlig forskning som pekar mot att tidiga insatser för att förebygga eller minska psykisk ohälsa bland barn och unga är kostnadseffektivt. Detta gäller inte minst insatser i skolan som syftar till att öka vår kunskap om och möjligheter till hantering av känslor, hur vi interagerar med andra och hur vi löser sociala och emotionella problem. Föräldraskapsstöd är en annan typ av förebyggande insats där evidensen är tydlig, både på kort och lång sikt.

Samtidigt handlar det inte bara om att investera tidigt, och lägga resurserna på evidensbaserade insatser som på kort- och lång sikt kan förebygga psykisk ohälsa. Det handlar också om att *minimera spill* och öka de potentiella vinsterna av samordning, genom att se över organiseringen av de aktörer som möter dessa barn, utvärdera vilka aktiviteter som driver kostnader, och se om dessa bidrar till spill. Högst troligt finns det alltid någon typ av spill gällande de aktiviteter vi gör, men många kan komma att påverkas positivt genom samordning inom och mellan organisationer. Det innebär därför att det inte bara är bättre för enskilda individer eller utsatta grupper om organisatoriska mellanrum elimineras helt utifrån en förankrad, välplanerad och hållbar struktur (snarare än genom workarounds),

utan att det troligtvis också kommer att generera stora kostnadsbesparingar. Det betyder att trots att vi satsar mycket idag – kanske på rätt saker – blir det ofta kortsiktiga stimulansmedel som spenderas på workarounds, helt utan hållbarhet. De miljarder som spenderas idag som stimulansmedel på området psykisk hälsa skulle kunna göra större nytta.

Eftersom *hälsans bestämningsfaktorer* är ojämlikt fördelade har samhällets hälsofrämjande och förebyggande insatser ett kompensatoriskt uppdrag. Det är därför viktigt att ta hänsyn till i vilken mån ett nytt sätt att organisera den nära vården för barn och unga kan ta utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer och ha en kompensatorisk ansats. Hälsa är ytterst ett resultat av resurser och handlingsfrihet. En effektiv organisation för barn och unga bör därför eftersträva att öka båda delarna.

Stora sociala och ekonomiska investeringar krävs för att tidigt kunna ge stöd och insatser till barn med större uttalad problematik, såsom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Detta kräver en helhetssyn, samverkan och en ansats som främjar jämlik tillgång till samhällets resurser.

Har man en *styrning mot gemensamma välfärdstjänster* som möjliggör att bortse från korta mandat- och budgetperioder, eller andra strukturer som ligger i vägen för långsiktiga och hållbara investeringar, finns det många vinster att hämta. Om styrningen sker utifrån en hela-samhället ansats och ett livsloppsperspektiv finns betydande vinster för mer eller mindre samtliga samhällssektorer som någon gång möter barn, unga eller vuxna med underliggande psykiska problem.

Genom att sätta fokus på barnet och ungdomen, eleven och/eller familjerna i stället för ansvarsgränserna och organisationstillhörigheter kan vi *täppa igen de organisatoriska mellanrummen*. Genom sömlös samverkan inom och mellan enheter och organisationer kan vi frigöra potentialen som finns lagrade i dessa mellanrum och förvandla dem till produktiv välfärd.

Referenser

Abu-Omar, K. *et al.* (2017) ”The cost-effectiveness of physical activity interventions: A systematic review of reviews”, *Preventive medicine reports*, 8, s. 72–78. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.08.006.

Ahern, S. *et al.* (2018) ”A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes.”, *European child & adolescent psychiatry*, 27(10), s. 1295–1304.

Ahlen, J., Lenhard, F. and Ghaderi, A. (2015) ”Universal Prevention for Anxiety and Depressive Symptoms in Children: A Meta-analysis of Randomized and Cluster-Randomized Trials.”, *The journal of primary prevention*, 36(6), s. 387–403. doi: 10.1007/s10935-015-0405-4.

Anderberg, M. (2020) ”Planer för samverkan kring barn och unga i Skottland och Sverige – ett jämförande perspektiv”, s. 1–21. Available at: https://lnu.se/contentassets/d57b8480291d4b019154fc97dd6863cc/planer-for-samverkan-litteraturgenomgang.pdf.

Anderberg, M., Forkby, T. and Thelin, A. (2020) *Barnens bästa gäller ! i Kronoberg – en enkätstudie*.

Appelqvist-Schmidlechner, K. *et al.* (2010) ”Effects of a Psycho-Social Support Programme for Young Men – Randomised Trial of the Time Out! Getting Life Back on Track Programme”, *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(3), s. 14–24. doi: 10.1080/14623730.2010.9721815.

Arseneault, L. (2017) ”The long-term impact of bullying victimization on mental health”, *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), s. 27–28. doi: 10.1002/wps.20399.

Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum (2019) *Slutrapport utvärdering av barnahus*. Available at: file:///C:/Users/ninjo384/AppData/Local/Temp/slutrapport-utvardering-av-barnahus-2019-2.pdf.

Bauer, A., Knapp, M. and Parsonage, M. (2016) ”Lifetime costs of perinatal anxiety and depression.”, *Journal of affective disorders*, 192, s. 83–90. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.005.

Becker, G. S. (1975) *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. 2nd edn. New York: National Bureau of Economic Research.

Bentley, T. G. K. *et al.* (2008) ”Waste in the U.S. Health care system: a conceptual framework.”, *The Milbank quarterly*, 86(4), s. 629–659. doi: 10.1111/j.1468-0009.2008.00537.x.

Berry, V. *et al.* (2016) ”The effectiveness and micro-costing analysis of a universal, school-based, social–emotional learning programme in the UK: A cluster-randomised controlled trial”, *School Mental Health*, 8(2), s. 238–256. doi: 10.1007/s12310-015-9160-1.

Berwick, D. M. and Hackbarth, A. D. (2012) ”Eliminating waste in US health care.”, *JAMA*, 307(14), s. 1513–1516. doi: 10.1001/jama.2012.362.

Bloom, D. E. *et al.* (2012) *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Program on the Global Demography of Aging.

Breslau, J. *et al.* (2008) ”Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample.”, *Journal of psychiatric research*, 42(9), s. 708–716. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.01.016.

Brimblecombe, N. *et al.* (2018) ”Long term economic impact associated with childhood bullying victimisation.”, *Social science & medicine (1982)*, 208, s. 134–141. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.05.014.

Bywater, T. and Sharples, J. (2012) ”Effective evidence-based interventions for emotional well-being: lessons for policy and practice”, *Research Papers in Education*, 27(4), s. 389–408. doi: 10.1080/02671522.2012.690242.

Carlsson, E. *et al.* (2016) ”Negotiating knowledge: parents” experience of the neuropsychiatric diagnostic process for children with autism”, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(3), s. 328–338. doi: 10.1111/1460-6984.12210.

Clarkson, S. *et al.* (2016) ”Effectiveness and micro-costing of the KiVa school-based bullying prevention programme in Wales: study protocol for a pragmatic definitive parallel group cluster randomised controlled trial.”, *BMC public health*, 16, p. 104. doi: 10.1186/s12889-016-2746-1.

Colman, I. *et al.* (2009) ”Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 Year follow-up of national cohort”, *BMJ (Online)*, 338(7688), s. 208–211. doi: 10.1136/bmj.a2981.

Cöster, M. E. *et al.* (2018) ”Extended physical education in children aged 6-15 years was associated with improved academic achievement in boys.”, *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 107(6), s. 1083–1087. doi: 10.1111/apa.14278.

Currie, J. and Moretti, E. (2003) ”Mother”s Education and the Intergenerational Transmission of Human Capital: Evidence from College Openings*”, *The Quarterly Journal of Economics*, 118(4), s. 1495–1532. doi: 10.1162/003355303322552856.

Currie, J. and Stabile, M. (2006) ”Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD”, *Journal of health economics*, 25(6), s. 1094–1118. doi: 10.1016/j.jhealeco.2006.03.001.

Dalsgaard, S. *et al.* (2014) ”ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood – a naturalistic long-term follow-up study.”, *Addictive behaviors*, 39(1), s. 325–328. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.002.

Dahlgren, G. Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe.

Das, J. K. *et al.* (2016) ”Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews”, *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(4S), s. S61–S75. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.021.

Dawson, G. (2008) ”Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder”, *Development and Psychopathology*, 20(3), s. 775–803. doi: 10.1017/S0954579408000370.

Duchesne, S. *et al.* (2008) ”Trajectories of Anxiety During Elementary-school Years and the Prediction of High School Noncompletion”, *Journal of Youth and Adolescence*, 37(9), s. 1134–1146. doi: 10.1007/s10964-007-9224-0.

Epifanio, M. S. *et al.* (2015) ”Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress”, *Pediatric reports*, 7(2), p. 5872. doi: 10.4081/pr.2015.5872.

Erskine, H. E. *et al.* (2016) ”Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10), s. 841–850. doi: 10.1016/j.jaac.2016.06.016.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J. and Ridder, E. M. (2005) ”Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(8), s. 837–849. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x.

Fletcher, J. (2013) ”Adolescent Depression and Adult Labor Market Outcomes”, *Southern Economic Journal*, 80(1), s. 26–49. doi: https://doi.org/10.4284/0038-4038-2011.193.

Fletcher, J. M. (2014) ”The Effects of Childhood ADHD on Adult Labor Market Outcomes”, *Health economics*, 23, s. 159–181.

Fletcher, J. and Wolfe, B. (2009) ”Long-term consequences of childhood adhd on criminal activities”, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12(3), s. 119–138.

Folkhälsomyndigheten (2014) ”Slutredovisning av uppdrag kring ett utvecklat föräldrastöd”, 1. Available at: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/96c8eeff924946d880ce04d30c520bb7/slutrapport-utvardering-o-utveckling-2014.pdf.

Folkhälsomyndigheten (2017) *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst.* Available at: http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12145/R200720_implementering_web0809.pdf.

Foster, E. M. and Jones, D. E. (2005) ”The high costs of aggression: Public expenditures resulting from conduct disorder”, *American Journal of Public Health*, 95(10), s. 1767–1772. doi: 10.2105/AJPH.2004.061424.

Fridolin, G. and Törn, M. (2017) *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Available at: https://www.regeringen.se/4967a6/contentassets/69578833127048e4a3ebc0d48344d214/uppdrag-att-genomfora-ett-utvecklingsarbete-for-tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga.pdf.

Friends (2019) *Friendsrapporten*. Stockholm.

Gardner, F. *et al.* (2017) *Could scale-up of parenting programmes improve child disruptive behaviour and reduce social inequalities? Using individual participant data meta-analysis to establish for whom programmes are effective and cost-effective*. Southampton (UK). doi: 10.3310/phr05100.

Gavin, N. I. *et al.* (2005) ”Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.”, *Obstetrics and gynecology*, 106(5 Pt 1), s. 1071–1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.

Goodwin, N. and Smith, J. (2011) *The evidence base for integrated care*.

Grossman, M. (2000) ”The human capital model”, in *Handbook of Health Economics*. Newhouse JP: Elsevier, s. 347–408.

Guralnick, M. J. (2011) ”Why early intervention works: A systems perspective”, *Infants and Young Children*. NIH Public Access, s. 6–28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe.

Gurung, B. *et al.* (2018) ”Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations.”, *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), p. 179. doi: 10.1186/s12884-018-1738-9.

Heckman, J. J. (2000) ”Policies to foster human capital”, *Research in Economics*, 54(1), s. 3–56. doi: https://doi.org/10.1006/reec.1999.0225.

Heckman, J. J. and Kautz, T. (2012) ”Hard evidence on soft skills”, *Labour economics*, 19(4), s. 451–464. doi: 10.1016/j.labeco.2012.05.014.

Holmberg, I. and Tyrstrup, M. (2010) ”Well then – What now? An everyday approach to managerial leadership”, *Leadership*, 6(4), s. 353–372. doi: 10.1177/1742715010379306.

Humphrey, N. *et al.* (2018) *The PATHS curriculum for promoting social and emotional well-being among children aged 7–9 years: a cluster RCT*. Southampton (UK). doi: 10.3310/phr06100.

ISCA/Cebr (2015) *The economic cost of physical inactivity in Europe*.

Ivert, A.-K. and Mellgren, C. (2021) *Effektutvärdering av Sluta Skjut – En strategi för att minska det grova våldet*. Available at: https://www.bra.se/download/18.1f8c9903175f8b2aa7056f4/1613562616119/Sluta_skjut_effektutvardering_210217.pdf.

J.Y., K. *et al.* (2017) ”Trends in Postpartum Depressive Symptoms — 27 States, 2004, 2008, and 2012”, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 66, s. 153–158.

Johnston, M. V. (2009) ”Plasticity in the developing brain: implications for rehabilitation”, *Developmental Disabilities Research Reviews*. John Wiley and Sons Inc., s. 94–101. doi: 10.1002/ddrr.64.

Karlsson, M. and Nilsson, T. (2018) *Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster*, *SNS Analys*. Stockholm.

Kärnä, A. *et al.* (2011) ”Going to scale: a nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for grades 1–9.”, *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), s. 796–805. doi: 10.1037/a0025740.

Knop, J. *et al.* (2009) ”Childhood ADHD and conduct disorder as independent predictors of male alcohol dependence at age 40.”, *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(2), s. 169–177. doi: 10.15288/jsad.2009.70.169.

Kuyken, W. *et al.* (2015) ”The effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: results of a randomised controlled trial (the PREVENT study).”, *Health technology assessment (Winchester, England)*, 19(73), s. 1–124.

Kuyken, W. *et al.* (2017) ”The effectiveness and cost-effectiveness of a mindfulness training programme in schools compared with normal school provision (MYRIAD): study protocol for a randomised controlled trial.”, *Trials*, 18(1), p. 194. doi: 10.1186/s13063-017-1917-4.

Laine, J. *et al.* (2014) ”Cost-effectiveness of population-level physical activity interventions: A systematic review”, *American Journal of Health Promotion*, 29(2), s. 71–80. doi: 10.4278/ajhp.131210-LIT-622.

Länsstyrelsen i Stockholm (2018) ”En pilotutvärdering av: Det universella våldspreventiva skolprogrammet TÅGET”.

Lavelle, T. A. *et al.* (2014) ”Economic burden of childhood autism spectrum disorders.”, *Pediatrics*, 133(3), s. e520-9. doi: 10.1542/peds.2013-0763.

Law, J. *et al.* (2009) ”Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: literacy, mental health, and employment outcomes.”, *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 52(6), s. 1401–1416. doi: 10.1044/1092-4388(2009/08-0142).

Law, J. *et al.* (2012) ”Cost-effectiveness of interventions for children with speech, language and communication needs (SLCN): a review using the Drummond and Jefferson (1996) ”Referee”s Checklist”.”, *International journal of language & communication disorders*, 47(1), s. 1–10. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00084.x.

Le, A. T. *et al.* (2005) ”Early childhood behaviours, schooling and labour market outcomes: estimates from a sample of twins”, *Economics of Education Review*, 24(1), s. 1–17. doi: https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2004.04.004.

Le, H. H. *et al.* (2014) ”Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case”, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23(7), s. 587–598. doi: 10.1007/s00787-013-0477-8.

Leach, L. S. *et al.* (2016) ”Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review.”, *Journal of affective disorders*, 190, s. 675–686. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.063.

Lehnert, T. *et al.* (2012) ”The long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions: systematic literature review.”, *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 13(6), s. 537–553.

Lever Taylor, B., Cavanagh, K. and Strauss, C. (2016) ”The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis.”, *PloS one*, 11(5), p. e0155720. doi: 10.1371/journal.pone.0155720.

Lundborg, P., Nilsson, A. and Rooth, D.-O. (2014) ”Adolescent health and adult labor market outcomes.”, *Journal of health economics*, 37, s. 25–40. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.05.003.

Magnusson, D. *et al.* (2016) ”Capturing Unmet Therapy Need among Young Children with Developmental Delay Using National Survey Data”, *Academic Pediatrics*, 16(2), s. 145–153. doi: 10.1016/j.acap.2015.05.003.

Malmö stad (2021) *CTC – Tillsammans för goda uppväxtvillkor*. Available at: https://malmo.se/Communities-That-Care-CTC.html.

Marsh, K. *et al.* (2010) *An Economic Evaluation of Speech and Language Therapy*. London.

McKenzie, M. *et al.* (2011) ”Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with alcohol use disorders in young adulthood: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study”, *Medical Journal of Australia*, 195(S3), s. S27–S30. doi: https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2011.tb03262.x.

van der Meer, A. (2016) *Babies exposed to stimulation get brain boost*.

Nath, S. *et al.* (2016) ”The prevalence of depressive symptoms among fathers and associated risk factors during the first seven years of their child”s life: findings from the Millennium Cohort Study.”, *BMC public health*, 16, p. 509. doi: 10.1186/s12889-016-3168-9.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2015) *Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges*. NICE Guide. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK).

Nooteboom, L. A. *et al.* (2021) ”Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48(1), s. 88–105. doi: 10.1007/s10488-020-01049-8.

Nowak, H. I., Broberg, M. and Starke, M. (2013) ”Parents” experience of support in Sweden: Its availability, accessibility, and quality”, *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(2), s. 134–144. doi: 10.1177/1744629513486229.

Nystrand, C. *et al.* (2019) ”Cost-effectiveness analysis of parenting interventions for the prevention of behaviour problems in children”, *PloS one*, 14(12), p. e0225503.

Nystrand, C. *et al.* (2020) ”Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(2). doi: 10.1007/s10488-019-00984-5.

Nystrand, C., Feldman, I. and Gebreslassie, M. (2020) *Lönar det sig med våldsförebyggande arbete? – Samhällsekonomisk analys av tvärsektoriellt främjande och förebyggande arbete i Botkyrka kommun*. Stockholm: Länsstyrelsen Stockholm.

Nystrand, C., Feldman, I. and Sarkadi, A. (2020) ”Att sätta värde på tidiga insatser för barn och unga: ett evidensbaserat beslutsstöd för sociala investeringar”, *Socialmedicinsk tidskrift*, 5 och 6.

Nystrand, C., Gebreslassie, M. and Feldman, I. (2020) *Är samverkan för bättre folkhälsa lönsamt? – Samhällsekonomisk analys av tvärsektoriellt främjande och förebyggande arbete i Norrtälje kommun*. Länsstyrelsen Stockholm. Available at: https://www.lansstyrelsen.se/download/18.71fb782917684105d2929e99/1612778003545/R2020-23-Är-samverkan-för-bättre-folkhälsa-lönsamt-Norrtälje-kommun.pdf.

OECD (2018) *Social and Emotional Skills: Well-being, connectedness and success*.

Ozonoff, S. *et al.* (2008) ”Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), s. 644–656. doi: 10.1007/s10803-007-0430-0.

Pelham, W. E., Foster, E. M. and Robb, J. A. (2007) ”The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents”, *Journal of pediatric psychology*, 32(6), s. 711–727. doi: 10.1093/jpepsy/jsm022.

Penner, M. *et al.* (2015) ”Cost-Effectiveness Analysis Comparing Pre-diagnosis Autism Spectrum Disorder (ASD)-Targeted Intervention with Ontario”s Autism Intervention Program.”, *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), s. 2833–2847. doi: 10.1007/s10803-015-2447-0.

Quintero, J. *et al.* (2018) ”Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain: a descriptive analysis.”, *BMC psychiatry*, 18(1), p. 40. doi: 10.1186/s12888-017-1581-y.

Ramböll (2014) ”Familjecentrum kartläggning och utvärdering”. Available at: https://familjecentraler.se/wp-content/uploads/2015/04/Kartla4ggning_och_utva4rdering_av_FC_-_slutversion.pdf.

Reini, K. (2016) ”Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset.Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi. [The economic effects of mental health promotion. An evaluation of the Time Out! support model to prevent social exclusion of y”, *Working paper, University of Vaasa*.

Reynolds, A. J. *et al.* (2001) ”Long-term Effects of an Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile ArrestA 15-Year Follow-up of Low-Income Children in Public Schools”, *JAMA*, 285(18), s. 2339–2346. doi: 10.1001/jama.285.18.2339.

Roberts, B. W. *et al.* (2007) ”The Power of Personality: The Comparative Validity of Personality Traits, Socioeconomic Status, and Cognitive Ability for Predicting Important Life Outcomes”, *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), s. 313–345. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00047.x.

Rodwell, L. *et al.* (2018) ”Adolescent mental health and behavioural predictors of being NEET: a prospective study of young adults not in employment, education, or training.”, *Psychological medicine*, 48(5), s. 861–871. doi: 10.1017/S0033291717002434.

Sampaio, F., Nystrand, C., Feldman, I., Mihalopoulos, C. (2020) ”Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health: A systematic review of economic evaluations”, *In manuscript*.

Sampaio, F. *et al.* (2021) ”The cost effectiveness of treatments for attention deficit-hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in children and adolescents: a systematic review”, *European journal of child and adolescent psychiatry*.

Scott, S. *et al.* (2001) ”Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood”, *British Medical Journal*, 323(7306), s. 191–191. doi: 10.1136/bmj.323.7306.191.

SFS 2017:30 (2020) *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2020:1043 – Riksdagen*, *svensk Författningssamling (SFS)*.

Shaw, S., Rosen, R. and Rumbold, B. (2011) *What is integrated care? Research report*.

Shepard, D. S. *et al.* (2016) ”Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications.”, *Suicide & life-threatening behavior*, 46(3), s. 352–362. doi: 10.1111/sltb.12225.

Singham, T. *et al.* (2017) ”Concurrent and Longitudinal Contribution of Exposure to Bullying in Childhood to Mental Health: The Role of Vulnerability and Resilience.”, *JAMA psychiatry*, 74(11), s. 1112–1119. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2678.

Skolinspektionen (2019) *Resultat från Skolenkäten 2017–2018*. Stockholm.

Skolverket and Socialstyrelsen (2019) *Utvecklingsarbeten som ingår i Tidiga och samordnade insatser (TSI)*.

Snell, T. *et al.* (2013) ”Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: Estimates from national survey data”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(9), s. 977–985. doi: 10.1111/jcpp.12055.

Socialstyrelsen (2009) ”Nationella indikatorer för God vård”, s. 1–87.

Socialstyrelsen (2019a) *Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar – Behovs- och problemanalys avseende god vård*. Stockholm. Available at: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-25.pdf.

Socialstyrelsen (2019b) *Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn*.

SOU 2016:55 (2016) *Det handlar om jämlik hälsa: Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*. Statens Offentliga Utredningar. Available at: www.regeringen.se/4a52ad/contentassets/ca4b953b5fbf403cbd1d1eaa58f9ea10/det-handlar-om-jamlik-halsa_sou-2016_55.pdf.

SOU 2017:47 (2017) *Nästa steg mot en mer jämlik hälsa Förslag för en god och jämlik hälsa SOU 2017:47 Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*.

SOU 2018:90 (2018) *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrninginom området psykisk hälsa*. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Available at: https://www.regeringen.se/48ddbb/contentassets/906430d9feb248e984afbed18a37e65c/for-att-borja-med-nagot-nytt-maste-man-sluta-med-nagot-gammalt---forslag-for-en-langsiktigt-hallbar-styrning-inom-omradet-psykisk-halsa-sou-2018_90.pdf.

SOU 2019:40 (2019) *Jämlikhet i möjligheter och utfall i den svenska skolan*. Statens Offentliga Utredningar.

Ssegonja, R. *et al.* (2019) "Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: A meta-analysis and meta-regression", *Preventive Medicine*, 118. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.09.021.

Sundquist, J. *et al.* (2015) "Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for drug use disorder: a population-based follow-up and co-relative study.", *Psychological medicine*, 45(5), s. 977–983. doi: 10.1017/S0033291714001986.

Swan, N. and Balendra, J. (2015) "Wasted", *Four Corners [an invesigative journalism broadcast series]*.

Thomas, R. *et al.* (2015) "Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis.", *Pediatrics*, 135(4), s. e994-1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482.

Tuominen-Eriksson, A. M., Svensson, Y. and Gunnarsson, R. K. (2013) "Children with disabilities are often misdiagnosed initially and children with neuropsychiatric disorders are referred to adequate resources 30 months later than children with other disabilities", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), s. 579–584. doi: 10.1007/s10803-012-1595-8.

Turner, A. J. *et al.* (2020) "Cost-Effectiveness of a School-Based Social and Emotional Learning Intervention: Evidence from a Cluster-Randomised Controlled Trial of the Promoting Alternative Thinking Strategies Curriculum.", *Applied health economics and health policy*, 18(2), s. 271–285. doi: 10.1007/s40258-019-00498-z.

Tyrstrup, M. (2014) *I välfärdsproduktionens gränsland Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg Mats Tyrstrup*.

Ulfsdotter, M., Lindberg, L. and Månsdotter, A. (2015) ”A cost-effectiveness analysis of the Swedish universal parenting program all children in focus”, *PLoS ONE*, 10(12), s. 1–16. doi: 10.1371/journal.pone.0145201.

Ulrich, B. D. (2010) ”Opportunities for early intervention based on theory, basic neuroscience, and clinical science”, *Physical Therapy*, 90(12), s. 1868–1880. doi: 10.2522/ptj.20100040.

Umeå Universitet (2020) *KAMSO – Kalkylverktyg för insatser mot social utsatthet*. Available at: https://www.umu.se/forskning/grupper/kamso/.

Uppdrag Psykisk Hälsa (2018) *GIRFEC – exempel på arbete med samverkansfrågor kring barn och unga*. Available at: www.uppdragpsykiskhalsa.se/girfec-ett-exempel-pa-arbete-med-samverkansfragor-kring-barn-och-unga/.

Vårdanalys (2018) *Lika läge för alla? – Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Stockholm. Available at: www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-2018-10-Lika-läge-för-alla.pdf.

Visser, S. (2012) *Kwaliteit als medicijn, aanpak voor betere zorg en lagere kosten [Quality as medicine” approach for better care and lower costs]*.

Wallby, T. and Hjern, A. (2011) ”Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county”, *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 100(11), s. 1495–1503. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02344.x.

Washington State Institute for Public Policy (2020) Benefit-cost Results for Interventions for Children”s Mental Health.

Wasserman, D. *et al.* (2015) ”School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial”, *Lancet*, 385.

Waters, H. R. *et al.* (2011) ”The business case for quality: Economic analysis of the michigan keystone patient safety program in ICUs”, *American Journal of Medical Quality*, 26(5), s. 333–339. doi: 10.1177/1062860611410685.

Webbink, D. *et al.* (2012) ”The effect of childhood conduct disorder on human capital”, *Health Economics*. 2012/07/06, 21(8), s. 928–945. doi: 10.1002/hec.1767.

Weeks, A. (2020) ”Important Factors for Evidence-Based Implementation in Child Welfare Settings: A Systematic Review”, *Journal of Evidence-Based Social Work (United States)*, 18(2), s. 129–154. doi: 10.1080/26408066.2020.1807433.

Wellander, L., Wells, M. B. and Feldman, I. (2016) ”Does Prevention Pay? Costs and Potential Cost-savings of School Interventions Targeting Children with Mental Health Problems”, *J Ment Health Policy Econ*, 19(2), s. 91–101.

Westerlund, A., Sundberg, L. and Nilsen, P. (2019) ”Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox”, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(5), s. 332–334. doi: 10.1111/wvn.12403.

Westman Andersson, G., Miniscalco, C. and Gillberg, N. (2017) ”A 6-year follow-up of children assessed for suspected autism spectrum disorder: Parents” experiences of society”s support”, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, s. 1783–1796. doi: 10.2147/NDT.S134165.

WHO (2016) *Integrated care models: an overview Working document*.

Williford, A. *et al.* (2013) ”Effects of the KiVa antibullying program on cyberbullying and cybervictimization frequency among Finnish youth.”, *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 42(6), s. 820–833. doi: 10.1080/15374416.2013.787623.

Wu, S. *et al.* (2011) ”Economic Analysis of Physical Activity Interventions Shinyi”, *Am J Prev Med.*, 40(2), s. 149–158. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-10-4002.BONE.

Zalsman, G. *et al.* (2016) ”Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review.”, *The lancet. Psychiatry*, 3(7), s. 646–659. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

Zwaigenbaum, L. *et al.* (2015) ”Early Intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research”, in *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics, s. S60–S81. doi: 10.1542/peds.2014-3667E.

Underlag till överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri BUP

Utredningen har enligt direktivet i uppdrag att ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Inom ramen för detta arbete ska utredningen analysera och ge skalbara förslag på utökade nationella insatser. I detta delbetänkande ska uppdraget delredovisas och en slutlig redovisning lämnas i utredningens slutbetänkande. Överenskommelser på hälso- och sjukvårdens område träffas mellan regeringen och SKR. Innehållet förhandlas mellan parterna och beslut fattas på politisk nivå av regeringen och SKR:s styrelse. Detta underlag utgör utredningens bedömning av vad som bör beaktas och prioriteras inom ramen för kommande överenskommelser. SKR har avstått från att samråda om föreliggande underlag med hänvisning till överenskommelseprocessen.

Utredningen konstaterar att det inte finns några snabba, enkla eller helt nya lösningar på problemen med tillgängligheten till BUP. Problemen har byggts upp över tid och har flera förklaringar som handlar både om hälso- och sjukvårdens organisation och en ökad andel barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att det fortsatt krävs insatser inom flera områden och av många olika aktörer som möter barn och unga. Huvudmännen inom hälso- och sjukvård och skola behöver med stöd av SKR ta ansvar för att insatserna genomförs med större systematik nationellt. Det är en förutsättning för att skapa en mer likvärdig, sammanhållen, effektiv och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård för barn och unga med psykiska vårdbehov. För hälso- och sjukvårdens del handlar det om insatser både på systemnivå och organisationsnivå. Omställningens

principer till en god och nära vård ska vara vägledande. Insatserna tar därför sikte på att stödja genomförandet av en mer sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga, primärvårdens roll som navet i hälso- och sjukvården även för barns och ungas psykiska vårdbehov och att den specialiserade vården ska finnas nära och tillgänglig i primärvården för konsultation och stöd.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen följande insatser:

1. **Insatser för att utveckla en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård**. I detta bör ingå att huvudmännen deltar i utformningen av och genomförandet av det nationella hälsovårdsprogrammet i hälso- och sjukvårdens verksamheter inklusive elevhälsans medicinska insatser. Huvudmännen bör också skapa olika former för samverkan mellan berörda aktörer inklusive socialtjänsten och tandvården. Särskild fokus bör läggas på samverkan och ett utvecklat partnerskap mellan primärvård och elevhälsa.
2. **Insatser för att stödja utvecklingen av primärvården som första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov**. I detta bör ingå att regionerna organiserar och planerar sin vård så att första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa kan integreras i primärvårdsuppdraget för att på så sätt skapa en tydlig väg in och ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga.
3. **Insatser för att stärka barn- och ungdomskompetensen i primärvården.** Regionerna bör tillsammans med professionen och kunskapsorganisationen samt med stöd av SKR uppnå nationell konsensus kring vilka vanligt förekommande psykiska vårdbehov hos barn och unga som kan mötas i primärvården och vilka kompetenser som behövs i primärvården för att kunna tillgodose barns och ungas psykiska vårdbehov. Dessutom behöver regionerna se över och revidera sina förfrågningsunderlag för att kunna styra primärvårdens verksamhet mot vanligt förekommande vårdbehoven hos barn och unga.
4. **Insatser för att stärka en nära och konsultativ specialiserad vård**. I detta ingår att utveckla rutiner och arbetssätt för att den specialiserade vården ska kunna finnas nära och tillgänglig för konsulta-

tion och annat stöd till primärvårdens verksamheter och elevhälsans medicinska insatser.

5. **Insatser för att fortsatt stimulera arbetet med effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatrin.** Detta handlar framför allt om fortsatt arbete med breda vårdprocesser samt prestationsbaserade insatser som är anpassade till och stödjer målsättningen om en förstärkt vårdgaranti.

Insatserna i det underlag som utredningen presenterar gäller breda organisationsförändringar i hälso- och sjukvården och kan därför vara relevanta i flera överenskommelser. Underlaget ska också ses i ljuset av den tillgänglighetsdelegation som regeringen inrättade i augusti 2020. Delegationen har i uppdrag att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. I detta ingår bland annat att se över målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti (dir 2020:81).

Ett omfattande dialogarbete med bland annat berörda myndigheter, och organisationer samt barn och unga själva ligger till grund för utredningens underlag.

Tillgängligheten till BUP är fortsatt en utmaning

Tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrin har varit en viktig fråga under många år. Flera satsningar har genomförts för att öka tillgängligheten både på nationell och regional nivå. Trots det är tillgängligheten till BUP fortsatt en utmaning. Det beror bland annat på olika systembrister i hälso- och sjukvården med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård, ett ökat söktryck samt förhållandevis låg genomströmning av patienter inom BUP. De stegvisa vårdmodeller som finns inom den somatiska vården förekommer inte på samma sätt inom vården av psykiska vårdbehov. Till följd av detta är primärvårdens stöd till barn och unga med psykisk ohälsa eftersatt och primärvården saknar generellt sett i dag vana och kompetenser för att möta sådana vårdbehov hos barn och unga. En betydande andel barn och unga med psykiska vårdbehov remitteras därför direkt till BUP i stället för att fångas upp i primärvården.

Verksamhetsföreträdare lyfter också fram utmaningar med hög personalomsättning, läkarbrist och tidsbrist inom BUP. Antalet besök inom BUP och antalet individer som har kontakt med BUP har ökat påtagligt de senaste åren. Samtidigt har även antalet medarbetare ökat och i internationella jämförelser ligger Sverige bland de länder med allra högsta antal medarbetare per invånare under 18 år.

På regional nivå har flera insatser genomförts för att komma tillrätta med den låga tillgängligheten både när det gäller produktionsplanering och effektivare vårdflöden. SKR har också tillsammans med regionerna utvecklat öppna jämförelser och uppföljning av olika effektivitetsmått och indikatorer som en grund för kvalitetsutveckling. På nationell nivå har två områden varit föremål för tidigare satsningar och överenskommelser. Det gäller dels tillgängligheten till BUP och utvecklingen av den specialiserade vårdens processer, dels en uppbyggnad av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa som ett sätt att komma tillrätta med bristen på stegvis vård inom området psykisk hälsa. I senare års överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har även prestationsbaserad ersättning ingått kopplat till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti för BUP.

Överenskommelsens inriktning och syfte

Utredningen har presenterat sex steg som behöver vidtas för att utveckla hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa, (se Förslag och bedömningar, kap 6). Dessa steg ligger till grund för utredningens underlag till överenskommelse mellan staten och SKR. I stegen ingår bland annat att primärvårdens roll för vård och behandling av psykisk ohälsa hos barn och unga behöver förtydligas och att den specialiserade vården utvecklar en konsultativ roll i förhållande till primärvården. Målet med de sex stegen är att hela vård- och omsorgssystemet tidigt och ändamålsenligt samordnar sina insatser runt barn och unga. Målet är också att alla barn och unga ska få universella insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa och vid behov mer fördjupade insatser. Barns och ungas delaktighet är en central del i samtliga steg. Utredningen bedömer att de ovan nämnda stegen ligger väl i linje med den pågående omställningen mot en god och nära vård, men tar en tydligare utgångs-

punkt i barns och ungas behov och rättigheter. Utredningen ser behov av insatser inom tre övergripande områden med utgångspunkt i de sex stegen. Dessa områden beskrivs nedan.

En sammanhållen vård för barn och unga

En sammanhållen barn- och ungdomshälsovård är av avgörande betydelse för att barn och unga ska kunna få likvärdig vård i landet. För att få till stånd en mer sammanhållen vård föreslår utredningen en tydligare och mer enhetlig nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Ett nationellt hälsovårdsprogram för hela uppväxten ska utformas och implementeras. Programmet ska lägga grunden för hälsouppföljning i bred bemärkelse och innefatta insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa och vid behov även fördjupade insatser och föräldraskapsstöd. Det ska tydliggöra ramarna för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet och utgöra ett stöd och ett sammanhållande kitt för professionella och beslutsfattare på alla nivåer inom berörda verksamheter. Samverkan mellan berörda vårdverksamheter för att samordna barns och ungas vårdinsatser är en central förutsättning för genomförandet av programmet. Programmet ska tas fram av Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten och huvudmännen för hälso- och sjukvård och skola, SKR, professions- och patientorganisationer.

Insatser för att stimulera en mer sammanhållen vård för barn och unga

Ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

Utredningen bedömer att arbetet med att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram för alla barn och unga inom ramen för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård inte kan vänta och att förberedande insatser på flera nivåer därför behöver stimuleras. I detta ingår bland annat att utveckla innehåll, kvalitet och former för en bred hälsouppföljning av barn och unga. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

– Regionerna bör delta i utformningen och ansvara för implementeringen av det nationella hälsovårdsprogrammet. Regionernas kunskapsstyrningsorganisation bör ha en viktig roll i implementeringen av det nationella hälsovårdsprogrammet och det finns fördelar med att kunskapsstyrningsorganisationen är organiserad på ett sådant sätt att barn- och ungas hälsa och välmående under hela uppväxttiden kan stödjas. Det skapar förutsättningar för att bidra i arbetet med att utforma och genomföra det nationella hälsovårdsprogrammet i samtliga aktuella verksamheter. Utredningen ser särskilt behov av att stimulera framtagande av kunskapsstöd och vårdprocesser som inkluderar alla aktörer.

Utvecklingen av samverkansformer

Samverkan mellan berörda aktörer inklusive socialtjänsten och tandvården behöver utvecklas. Det är en viktig förutsättning för att det nationella programmet ska kunna implementeras fullt ut. Särskild fokus bör läggas på samverkan och ett utvecklat partnerskap mellan primärvård och elevhälsa. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

– Huvudmännen bör styra verksamheterna mot samverkan med berörda parter genom beslut, riktlinjer och prioriteringar. Inom regionerna kan det till exempel handla om att tydliggöra krav på samverkan och samordning i förfrågningsunderlag och styr- och ersättningsmodeller.
– Regionerna bör ingå samverkansavtal, upprätta samverkansformer eller utveckla befintliga samverkansforum med de olika skolhuvudmännen (kommuner, enskilda, regioner och staten) i syfte att:
  – Utveckla ett partnerskap mellan primärvården och elevhälsans medicinska insatser för bättre samverkan kring barn och unga med olika vårdbehov.
  – Skapa trygga övergångar för barn och unga mellan elevhälsan och hälso- och sjukvården i övrigt när behov av insatser uppmärksammas av elevhälsan.

  - Dessutom kan samlokalisering vara aktuellt för verksamheter inom elevhälsans medicinska insatser och andra relevanta hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det är viktigt att sådan samlokalisering också omfattar de enskilda skolhuvudmännen.
- SKR och regionerna bör utveckla patientkontrakt så att det anpassas till barns och ungas behov. I detta bör bland annat ingå att utveckla den digitala vårdplaneringen för barn och unga och former för hur samtliga skolhuvudmän (kommunala, enskilda, regionala och statliga) kan inkluderas i patientkontrakten. Användande av patientkontrakt bör särskilt utökas och prövas för barn och unga med långvariga och stora behov.
- Huvudmännen för hälso- och sjukvård bör verka för att sammanhållen journalföring används i ökad utsträckning inom elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt i enlighet med de förutsättningar som gäller för det, för att enklare kunna följa barns och ungas hälsoutveckling.

Ökad delaktighet för barn och unga

Arbetet med att säkerställa att barn och unga och deras närstående kan vara delaktighet vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet behöver intensifieras. Insatser till barn bör ske i enlighet med bland annat barnkonventionens bestämmelser om barnet bästa (artikel 3) och barnets rätt att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande, (artikel 12). Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Utforma digitala och andra vårdtjänster som är anpassade för barns och ungas behov och metoder och arbetssätt för att göra barn och unga delaktighet i sin egen vård och beslut om vård och behandling
- Ta fram anpassad information till barn och unga om hälso- och sjukvårdsorganisationen för barn och unga och primärvården som första vägen in i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa.

Primärvården ska vara första vägen in för barns och ungas psykiska vårdbehov

Primärvården bör vara navet i hälso- och sjukvården och den första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov. Utredningen bedömer att förslaget från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) att primärvårdens ansvar för vård och behandling för psykiska vårdbehov ska förtydligas bör införas. Det är en förutsättning för en mer likvärdig, enhetlig och tillgänglig hälso- och sjukvård för barn och unga med psykiska vårdbehov. Det bidrar också till att fler barn och unga kan få stöd tidigt i stället för att vänta på insatser från BUP och risken för att deras psykiska ohälsa förvärras. En central del i detta är att pågående och utbyggda projekt av första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa bör integreras i primärvårdsuppdraget. Utredningen bedömer att primärvårdens förutsättningar att erbjuda rätt stöd och insatser ökar genom att använda de strukturer, metoder och kompetenser som redan är uppbyggda i första linjeverksamheterna.

Insatser för att stödja utvecklingen av primärvården som första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov

Första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver bli en del av primärvårdsuppdraget

Primärvården bör vara första vägen in i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykiska vårdbehov. Det är en förutsättning för ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

– Regionerna bör organisera och planera hälso- och sjukvården så att primärvården utgör första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov. I detta ingår att integrera första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa i primärvårdsuppdraget. Det handlar bland annat om att förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller behöver anpassas till en sådan utveckling.

Insatser för att stärka barn- och ungdomskompetens i primärvården

Regionerna behöver stärka primärvården med nödvändiga resurser och kompetenser för att primärvården ska kunna tillgodose barns och ungas psykiska vårdbehov. I detta bör bland annat ingår att skapa förutsättningar för tvärprofessionellt och tvärsektoriellt samarbete. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

- Regionerna bör med stöd av kunskapsstyrningen och SKR komma överens om vilka psykiska vårdbehov som omfattas av primärvårdsuppdraget och därigenom skapa en nationell samsyn.
- Regionerna bör med stöd av kunskapsstyrningen och SKR komma överens om vilka kompetenser som behöver finnas i primärvården för att barn och unga med psykiska vårdbehov ska kunna få god vård.
- Regionerna bör inventera/kartlägga vilken barnkompetens som finns inom primärvårdens verksamheter och göra en långsiktig kompetensförsörjningsplan för att säkra tillgången till sådan kompetens inom primärvården. En viktig del i detta bör vara att se över förutsättningar för att samutnyttja den befintliga barnkompetens som finns inom mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och vård- och hälsocentralerna i dag.
- Regionerna bör se till att arbetssätt och metoder för tvärprofessionellt arbete utvecklas när det gäller barns och ungas psykiska vårdbehov i primärvården. Det kan till exempel handla om att utveckla psykosociala team med psykolog och socionom och andra relevanta yrkeskategorier såsom hälsopedagog, fysioterapeut, arbetsterapeut, eller specialpedagog.
- Regionerna bör genomföra utbildningsinsatser som rustar primärvården att möta barns och ungas psykiska vårdbehov.

En nära och konsultativ specialiserad vård

Utredningen bedömer att den specialiserade vården behöver ha en tydlig konsultativ och stöttande roll i primärvården och elevhälsan. Det är en förutsättning för att barns och ungas psykiska vårdbehov

ska kunna tas om hand tidigt i vårdorganisationen. En sådan utveckling ligger i linje med omställningen till en god och nära vård. Utvecklingen av en nära och tillgänglig specialiserad vård skapar förutsättningar för en effektivare triagering av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån. En sådan effektiv triagering är ett fundament för en fungerande stegvis vård. Det leder till att fler barn och unga får rätt bedömning i ett tidigt skede och därmed tidigare ändamålsenliga insatser vid psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd. Detta innebär också att många av de barn och unga som i dag står i kö till den specialiserade vården kan få vård och stöd i den nära vården, vilket minskar köerna till och avlastar barn- och ungdomspsykiatrin. Utvecklingen mot en mer nära specialiserad vård av barn och unga med psykisk ohälsa bidrar också till att höja primärvårdens kompetens att möta psykisk ohälsa hos barn och unga. Det skapar mer långsiktiga förutsättningar för primärvården att ta ansvar för barns och ungas psykiska vårdbehov. Samtidig sker en naturlig kompetensutveckling och ett ömsesidigt lärande. Den specialiserade vården har också ett behov av ett ökat generalist- och helhetsperspektiv.

Insatser för att stimulera en nära och konsultativ specialiserad vård

Utredningen ser behov av insatser för att stimulera utvecklingen av en nära och konsultativ specialiserad vård. I detta ingår bland annat att utveckla samverkan mellan primärvården, elevhälsan och den specialiserade vården och en systematisk kompetens- och kunskapsöverföring där den specialiserade vården och dess kompetenser tillgängliggörs för att stödja primärvården att utveckla uppdraget om psykisk hälsa. Utredningen föreslår att följande insatser stimuleras:

– Regionerna bör utveckla rutiner, arbetssätt och metoder för hur den specialiserade vården ska kunna bistå med konsultativa insatser i primärvården. Insatserna ska underlätta primärvårdens förutsättningar att möta fler barn och unga med psykiska vårdbehov. Det kan till exempel handla om rutiner för att göra gemensamma bedömningar, auskultationer, handledning och ut-

bildningsinsatser och att utveckla digitala former av tillgänglighet.

– Regionerna bör stimulera utvecklingen av gemensam triagering och samarbete kring en väg in i hälso- och sjukvården. Sådana projekt pågår i flera regioner, där BUP och primärvårdsnivån verkar tillsammans för en ingång vid psykisk ohälsa.

Insatser för att stimulera arbetet med effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatrin

Insatser behöver fortsatt genomföras för att stimulera effektiva vårdprocesser inom barn- och ungdomspsykiatrin. Det handlar framför allt om prestationsbaserade insatser som är anpassade till målsättningen om den förstärkta vårdgarantin för barn och unga. Ändamålsenligheten i den förstärkta vårdgarantin till BUP kommer under året att utredas av delegationen för ökad tillgänglighet i vården (dir 2020:81) och deras förslag lämnas till regeringen 2022. Rimligen görs ett nytt ställningstagande till detta i samband med 2023 års överenskommelse. Utredningen vill också betona vikten av ett fortsatt arbete inom BUP för att öka tillgängligheten. Utredningen föreslår därför att följande insatser stimuleras:

– Regionerna och SKR bör fortsatt utveckla öppna jämförelser som en metod för att säkra kvalitet och effektivitet i barn- och ungdomspsykiatrin. I detta ingår att fortsatt utveckla gemensamma nyckeltal som mäter flöden, väntetider och ändamålsenliga insatser som är av värde för patienten.

– Regionerna, kommunerna, skolhuvudmännen och SKR bör fortsatt arbeta fram och implementera effektiva ändamålsenliga vårdprocesser för stora patientgrupper som väntar på insatser från den specialiserade vården, till exempel barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder. I dessa arbeten bör fokus läggas på hela processen från tidiga symtom till specialiserad vård och behandling vilket till exempel inkluderar hälsofrämjande arbete och tidiga samordnade insatser i primärvård och skola.

Ekonomisk omfattning av föreslagna insatser

Utredningen har enligt direktivet i uppdrag att redovisa skalbara förslag på hur utökade nationella insatser kan bidra till att uppnå målet om en köfri barn-och ungdomspsykiatri. Utredningens förslag i denna del handlar om att stimulera en långsiktigt hållbar utveckling av hälso- och sjukvården som är anpassad till barn och unga med psykiska vårdbehov, i linje med omställningen till en god och nära vård. Det är inte möjligt att göra en fullständig kostnadsberäkning av sådana breda insatser som föreslås. Insatserna kan dock läggas på en mer basal nivå och handla om att utveckla rutiner eller arbetssätt eller på en mer avancerad nivå så att huvudmännen kan omsätta arbetssätt och metoder i praktiken. Utredningen bedömer att kostnaderna till exempel bör täcka projektledning, utvecklingen av arbetssätt och metoder, olika utvecklingsprojekt till exempel när det gäller partnerskap mellan primärvården och elevhälsan, en nära och konsultativ roll för den specialiserade vården och stärkt barnkompetensen och utvecklingen av teambaserade arbetssätt inom primärvården. Utredningen bedömer att stimulansmedel bör utgå med 500 000 000 kronor, 750 000 000 kronor eller 1000 000 000 kronor beroende på regeringens ambitionsnivå. Utredningen anser det är viktigt att sambandet mellan de olika överenskommelserna tydliggörs i den mån det rör en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och psykisk hälsa. Ett förslag kan vara att det utformas en särskild överenskommelse för barn och unga som binder samman det som i dag rör god och nära vård, tillgänglighet, psykisk hälsa samt målet om en köfri BUP.

Uppföljning

Utredningen återkommer i slutbetänkandet kring hur insatserna kan följas upp med utgångspunkt från lämpliga indikatorer. En central del i uppföljningen bör handla om att säkra en långsiktig utveckling av hälso- och sjukvården och inte tillfälliga projekt. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bör fortsatt ha uppdraget att följa, stödja och utvärdera de insatser som görs inom ramen för olika överenskommelser på området.

Sammanställning dialogmöten

Utredningen har i enlighet med vad som anges i direktivet, fört dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän för att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå. Dessutom har dialog förts med olika nätverk inom SKR, professions- och patientföreträdare samt andra företrädare för det civila samhället. Syftet med dialogen har varit att fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer. Mot bakgrund av de särskilda förhållanden som pandemin inneburit för alla verksamheter har dialogmötena uteslutande genomförts digitalt. För att skapa struktur och systematik har dialogmötena utformats med utgångspunkt från fyra frågeställningar. Nedan följer en sammanställning över de inspel som lämnats under dialogmötena, fördelat per fråga.

Fråga 1: Om din organisation skulle prioritera barns och ungas hälso- och sjukvård extra mycket under ett års tid – vilka aktiviteter/insatser skulle ni satsa på?

Sätt barnet i centrum

Barnet i centrum lyftes fram vid samtliga dialogmöten. Det handlade till stor del om delaktighet och inkluderande förhållningssätt, en samlad plan för barnet, sammanhållen vårdprocess, men även behov av kunskapshöjning i bemötandefrågor och barnrättsperspektiv. Behovet en koordinator för varje barn nämndes särskilt.

Behov av föräldrainsatser

Även behovet av insatser till föräldrar lyftes fram vid samtliga dialogmöten, till exempel föräldraskapsstöd och insatser för att stärka föräldrarollen.

Tidiga insatser

Tidiga insatser lyftes fram vid samtliga dialogmöten. I detta borde proaktivt arbete, strukturerade insatser, samverkan utanför hälso- och sjukvården ingå. Barnhälsovårdens, socialtjänstens, skolans och förskolans viktiga roller nämndes särskilt. Dessutom nämndes att elevhälsans arbete med tidig upptäckt borde stärkas. Tidig upptäckt av psykisk ohälsa i skolan lyftes fram som ett förbättringsområde.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Hälsofrämjande och förebyggande arbetet lyftes fram genomgående vid dialogmötena. Det handlade bland annat om hur hälsosamtal i skolan skulle kunna utvecklas och att psykisk hälsa borde vara en del av läroplanen. Det konstaterades att skolans uppdrag att skapa goda lärandemiljöer är ett viktigt område att arbeta vidare med.

Psykisk hälsa

Området psykisk hälsa lyftes som en stor utmaning i verksamheterna vid samtliga dialogmöten. Här nämndes behov av tydligare uppdrag till vårdcentraler när det gäller psykisk hälsa. Det nämndes också att skolan behöver kunna möta lättare former av psykisk ohälsa och att psykisk hälsa borde vara en central del av hälsobesöken i skolan. Även i detta sammanhang lyftes proaktiva insatser fram, som till exempel att arbeta med friskfaktorer i skolan. Det konstaterades att ett nytt tankesätt behövs när det gäller den specialiserade vårdens uppdrag och förutsättningar. Den specialiserade vården borde i högre grad kunna erbjuda konsultativa insatser i primärvården för att primärvården ska kunna möta fler barn och unga med psykisk hälsa. Behovet av tidiga insatser lyftes fram även i

detta sammanhang och att barn och unga bör kunna få insatser redan innan en utredning inom BUP är klar.

Elevhälsan

Vid dialogmötena lyftes elevhälsans roll och förutsättningar fram i hög grad. Behovet av en mer likvärdig elevhälsa var ett genomgående tema. Vidare framfördes att elevhälsan borde förstärkas och kompletteras med viktiga kompetenser såsom exempelvis logoped, sjukgymnast, arbetsterapeut.

Samverkan och samordning

Behovet av insatser för att stärka samverkan mellan vårdverksamheter och samordningen av vårdinsatser lyftes fram vid samtliga möten. Här nämndes särskilt smidiga övergångar mellan vårdverksamheter genom strukturerade överlämning och informationsöverföring.

Det behöver vara lätt att komma i kontakt med vården

Vid dialogmötena lyftes det fram att det ska vara lätt att komma i kontakt med vården och att det ska vara tydligt vart barn och unga ska vända sig med framför allt psykiska vårdbehov. Behovet av en väg in för barn och unga nämndes särskilt.

Primärvård som första ingång

Vid flera dialogmötena påtalades behovet av att primärvårdens roll som första ingång för barn och unga i hälso- och sjukvården behöver stärkas. Inom primärvården finns mycket kompetens, men det behövs också kompetensutveckling om specifika grupper och konsultationsinsatser från den specialiserade vården.

Information

Det konstaterades att hälso- och sjukvården behöver utvecklas för att kunna möta barn och unga utifrån deras förutsättningar och behov. Barns delaktighet, anpassad information och stöd till barn och unga att själva kunna navigera i hälso- och sjukvårdssystemet nämndes särskilt liksom utvecklingen av digitala vårdtjänster.

Placerade barns behov

Företrädare för kommunala verksamheter lyfte fram placerade barns behov av ändamålsenliga insatser.

Fråga 2: För att börja med barnen måste olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet samverka. Hur samverkar ni i dag och med vilka aktörer? (Är det för många aktörer?)

Diskussionerna under denna punkt utvecklas mer under fråga 3.

Samverkan är beroende av eldsjälar

Vid flera dialogmöten framfördes att förutsättningarna för samverkan på många håll behöver stärkas och att samverkan i dag i hög grad är beroende av eldsjälar. Vidare lyftes det fram att samverkan mellan elevhälsan, BUP och socialtjänst behöver stärkas liksom mellan elevhälsa, primärvården och BUP.

Fråga 3: För att börja med barnen måste uppdrag och ansvar i hälso- och sjukvården hänga ihop med barnet i centrum – hur fungerar samverkan mellan aktörer och ansvarsfördelning hos er?

Dialoggrupperna instämde i utredningens beskrivning av problembild och vägen framåt.

Otydlig ansvarsfördelning

En otydlighet i ansvarsfördelning och uppdrag mellan de olika verksamheterna lyftes fram som en svårighet vid samverkan. Vid dialogmötena efterfrågades ökad tydlighet i ansvarsfördelning, av roller och uppdrag. Dessutom nämndes behovet av ökad kunskap om de olika vårdverksamheterna och uppdrag och deras förutsättningar i övrigt.

Bättre samordning

Bättre samordning av vårdprocesser nämndes som ett centralt utvecklingsområde. Behovet av ändamålsenliga ersättningssystemen som främjar samverkan nämndes särskilt. Det konstaterades också att uppföljning av samverkan behöver stärkas. Slutligen nämndes att samverkan kräver nya arbetssätt och strukturer som sätter barnet eller den unge och familj i centrum.

Fråga 4: För att börja med barnen måste vi veta mer om deras hälsa. Därför behövs statistik över barns mående och hälsa på nationell nivå. Hur mäter ni barns hälsa i dag?

Behov av samlad nationell statistik

Vid samtliga dialogmöten lyftes behovet av en samlad nationell uppföljning fram som är tillgänglig och uppdateras löpande. Detta sågs som ett område med stor utvecklingspotential. Det konstaterades att det i dag inte finns några bra förutsättningar för att följa upp barns hälsa varse sig på individuell eller aggregerad nivå.

Det lyftes fram att fullföljd skolgång eller fullständiga betyg och orosanmälningar borde följas upp mer systematiskt. Sjukdom mäts i högre grad än hälsa. För medicinska diagnoser finns ofta register inom den specialiserade vården.

På flera håll i landet mäts barns och ungas hälsoutveckling genom enkäter i skolklasser. Det förekommer att denna information delas med regionen. Några exempel på bra uppföljning nämns, bland annat tandvårdens uppföljning av kariesfria barn, uppföljningen Liv och

hälsa ung (om hälsoutveckling), Region Västerbottens enkät för 3-åringar som mäter psykisk hälsa, levnadsvanor och behov av stöd.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden – mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0093-4 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Agneta S Öberg
Foto: från utredningens arbete med unga. Bilderna kommer just från utredningens dialoger med barn och unga.