

Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården

En första delrapport inom Socialstyrelsens uppdrag
att stödja, följa och analysera genomförandet av
överenskommelserna för åren 2018 till 2020

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2019-9-6319

Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2019

Förord

I december 2017 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) överenskommelser om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018 till 2020. Överenskommelserna syftar i förlängningen till jämlik hälsa genom att ge regionerna ökade möjligheter att rikta insatser i barnhälsovården till barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet.

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna. Uppdraget tar utgångspunkt i alla barns rätt till liv, hälsa och utveckling.

Detta är den första delrapporten inom Socialstyrelsens uppdrag. Ytterligare en delrapport ska presenteras i oktober 2020 och slutrapporten i oktober 2021. Socialstyrelsens uppdrag genomförs som två projekt, där Malin Bruce är projektledare för att *stödja* genomförandet av överenskommelserna och Erika Budh är projektledare för att *följa och analysera* genomförandet av överenskommelserna. Flera medarbetare deltar i arbetet och ansvariga enhetschefer är Anders Fejer och Maria State.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Utgångspunkter	11
Alla barns lika rättigheter	11
Sociala bestämningsfaktorer för hälsa	11
Barnhälsovården	13
Överenskommelserna syftar till jämlik hälsa	15
Förutsättningar för barns hälsa	17
Demografiska faktorer	17
Socioekonomiska faktorer	18
Hälsoundikatorer	21
Samhällets stöd	24
Genomförandet av överenskommelserna nationellt	27
SKL fördelar statsbidragen	27
Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten stödjer genomförandet	30
Det regionala genomförandet	33
Planering och beslut	33
Insatser i barnhälsovården	36
Möjliga resultat	40
Uppfattningar om överenskommelserna	43
Diskussion och slutsatser	45
Fortsättning följer	46
Referenser	47
Bilageförteckning	50
Bilaga 1	51
Bilaga 2	52
Bilaga 3	55
Bilaga 4	62

Sammanfattning

Generellt har både barn och vuxna i Sverige god hälsa, men det finns systematiska skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället och barns hälsa är beroende av föräldrarnas socioekonomiska situation. På gruppnivå finns skillnader i förutsättningar för barns hälsoutveckling mellan regionerna, som exempelvis andel barn som exponeras för tobak i fosterlivet och under spädbarnstiden samt andel barn 0 till 6 år i hushåll med ekonomiskt bistånd.

Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården syftar till att främja en jämlik hälsa genom att ge regionerna möjligheter att rikta insatser i barnhälsovården till barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet.

För att stödja genomförandet av överenskommelserna har Socialstyrelsen, i samarbete med Folkhälsomyndigheten, genomfört en förstudie i syfte att identifiera vilket stöd regionerna och professionerna i barnhälsovården samt SKL behöver. Som ett resultat av förstudien har Socialstyrelsen påbörjat en översyn av *Vägledning för barnhälsovården* och kommer att göra en nationell kartläggning av barnhälsovården. Dessutom arrangerar myndigheterna gemensamt en inspirationsdag om hembesök.

Träffsäkerheten i fördelningen mellan regionerna kan öka. Överenskommelsen för 2018 innehöll 120 miljoner kronor i statsbidrag som SKL skulle fördela mellan regionerna efter lokala behov. SKL utgick ifrån Care Need Index (CNI) för befolkningen i respektive region och gjorde en justering av den etablerade metoden. Enligt Socialstyrelsens analys kan fördelningens träffsäkerhet öka. Om den etablerade beräkningsmetoden för relativt CNI används för föräldrar till barn 0 till 6 år, istället för hela befolkningen, beaktas lokala behov som beror av föräldrarnas socioekonomiska situation i större utsträckning.

En uppskattad satsning

Överenskommelserna är en uppskattad satsning och uppfattas som en bekräftelse på att barnhälsovården gör ett viktigt arbete. Hela 19 av de 21 regionerna planerade att använda statsbidrag för riktade insatser för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet. I många regioner ger också statsbidragen barnhälsovården möjlighet att utveckla insatser för dessa barn. Flera av regionerna hade redan ett regionalt utvecklingsarbete som antingen förlängdes eller kunde förstärkas med hjälp av statsbidragen.

I andra regioner beskriver företrädare för barnhälsovården den regionala processen som tungrodd och uttrycker en frustration över att statsbidrag inte används i enlighet med avsikten i överenskommelserna.

Mer än halva statsbidraget till barnhälsovård

Drygt hälften av statsbidraget inom överenskommelsen för år 2018 bedöms ha resulterat i förstärkning av barnhälsovården. I medianregionen beräknas 56 procent av statsbidraget för år 2018 ha använts för barnhälsovård. Spridningen mellan regionerna är från 0 till 100 procent.

Framstegen handlar i flera regioner om utvecklad samverkan mellan barnhälsovården och tandvården, som exempelvis ett gemensamt mottagningsbesök eller rutiner för att bättre integrera munhälsa i barnhälsovården.

Inledning

Barnhälsovården i Sverige har en lång historia. Vid förra sekelskiftet startade föreningen Mjölkdroppen för att förse fattiga mödrar med näringsriktig komjölkblandning till deras spädbarn. Över tid har barnhälsovården förändrats från att omfatta några få barn till att omfatta alla barn, från att vara ideell till att vara offentligfinansierad samt från kontroll av föräldrar till att stödja barns utveckling och deras föräldrar.

Varje år föds närmare 120 000 barn i Sverige. Barnhälsovården möter nästintill alla föräldrar och barn under barnets första levnadsår oavsett familjernas bakgrund, levnadsförhållanden och förmåga att söka och ta till sig information [1].

I december 2017 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL) överenskommelser om ökad tillgänglighet i barnhälsovården för åren 2018 till år 2020 [2]. Överenskommelserna syftar till att främja en jämlik hälsa genom att ge stöd till familjer och barn som är särskilt utsatta:

Det övergripande målet med överenskommelserna är att öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet i främst socioekonomiskt utsatta områden där även följsamheten till vårdprogram kan vara låg.

I överenskommelsen för år 2018 avsattes 120 miljoner kronor i statsbidrag för att stärka barnhälsovården. Avsikten är att ingå årliga överenskommelser fram till och med år 2020. Eftersom regeringsbildningen efter valet i september 2018 drog ut på tiden kom överenskommelsen för år 2019 på plats först i maj 2019 och statsbidragen för år 2019 betalades ut därefter.

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården för åren 2018 till 2020.¹

Syfte och frågeställningar

Denna delrapport syftar till att redovisa Socialstyrelsens arbete med att stödja genomförandet av överenskommelserna samt att följa och analysera hur statsbidragen inom överenskommelsen för år 2018 blir till barnhälsovård för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet.

För att följa genomförandet av överenskommelsen belyser rapporten följande frågeställningar:

- Hur fördelades statsbidragen inom överenskommelsen mellan regionerna?
- Hur hanterades statsbidragen i den regionala genomförandeprocessen?
- Vilken barnhälsovård, för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet, har möjliggjorts med statsbidragen?

Dessutom analyseras träffsäkerheten i fördelningen av statsbidragen mellan regionerna i förhållande till intentionen i överenskommelserna.

¹ Regeringsbeslut S2018/00723/FS

Avgränsning

Uppföljningen omfattar statsbidragen inom överenskommelsen för år 2018. Statsbidragen inom överenskommelsen för år 2019 följs upp i kommande rapporter inom Socialstyrelsens uppdrag.

Uppföljning och analys görs ur ett övergripande nationellt perspektiv. Därmed omfattas inte utvärdering av enskilda insatser som möjliggjorts genom statsbidrag inom överenskommelserna.

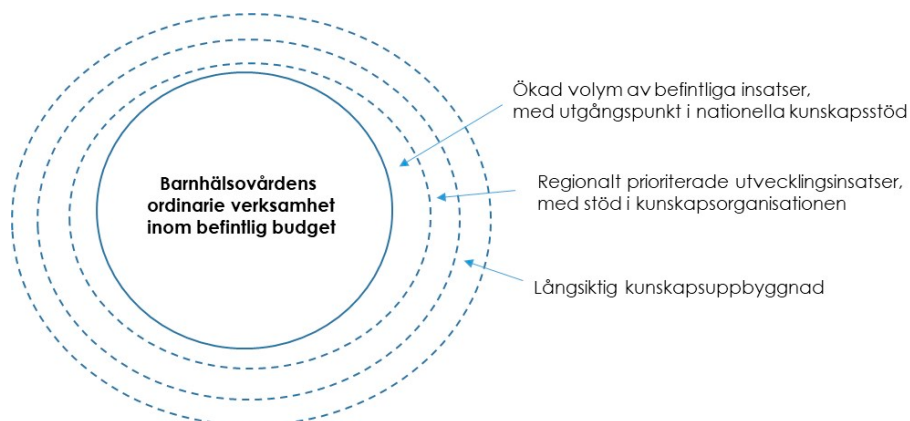
Metod och material

Till grund för denna rapport ligger Socialstyrelsens *Förstudie till RU att följa, analysera och stödja överenskommelserna för ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018 till 2020* [1] och rapporten *Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för jämlik hälsa bland barn* [3]. Dessutom har en genomgång av rapporter, annan litteratur och skriftliga källor på området genomförts. Material har även insamlats genom deltagande i konferenser och nätverksmöten för aktörer i barnhälsovården.

Additionalitet

Uppföljning och analys av statsbidragen inom överenskommelsen för år 2018 fokuserar på vad som tillförs barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet, alltså statsbidragens additionalitet. Additionalitet handlar alltså om att förstärka och kan innebära mer av något som redan görs (ökad volym), att nya insatser möjliggörs eller uppbyggnad av kunskap som i förlängningen ger förbättrade insatser. Befintlig verksamhet i barnhälsovården med ordinarie budget omfattas alltså inte.

Figur 1. Statsbidragens additionalitet i barnhälsovård



Om statsbidrag används för att finansiera planerade insatser kan additionaliteten begränsas. Om en insats, eller ökad volym av befintliga insatser, hade genomförts ändå med regional finansiering innebär statsbidragen en omfördelning av kostnaden, men ingen förstärkning av barnhälsovård för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet förverkligas.

Sammanställning av befintliga data

Faktorer som ger förutsättningar för barns hälsa eller ökad risk för sämre hälsoutveckling har identifierats med hjälp av exempelvis regionernas årsrapporter för barnhälsovården, Socialstyrelsens tidigare nämnda förstudie [1] och rapport [3] samt barnhälsoindex [4].

Befintliga datakällor som kan ge kunskap om såväl barnhälsovården i regionerna som förutsättningar för barns hälsa, tandhälsa och vaccinationsgrad samt socioekonomiska villkor har inventerats med stöd i bland annat förstudien [1] och Folkhälsomyndighetens rapport [5].

Det saknas nationella register där uppgifter om hälsan hos barn 0 till 6 år och barnhälsovård sammanställs på ett enhetligt och jämförbart sätt för alla regioner. Barnhälsovårdens nationella kvalitetsregister (BHVQ) har i dagsläget låg täckningsgrad, eftersom majoriteten av regionerna saknar tekniska möjligheter att överföra data från journalsystem till kvalitetsregistret. Dessutom har inte alla regioner årsrapporter för barnhälsovården och de regioner som har årsrapporter redovisar inte samma uppföljningsmått.

Socioekonomiska data om föräldrar till barn 0 till 6 år för 2017 har hämtats från Statistiska Centralbyrån (SCB) [6] liksom antal barn 0 till 6 år [7]. Dessutom används ekonomi- och verksamhetsstatistik för hälso- och sjukvård som sammanställs årligen av SKL [8, 9, 10].

Beskrivning av hur statsbidrag fördelats mellan regionerna

Av överenskommelsen framgår att SKL ska fördela statsbidragen inom ramen för överenskommelsen efter lokala behov. En beskrivning av hur statsbidragen fördelats mellan regionerna har gjorts baserat på material från SCB [6] och SKL [11] samt dialog med SCB.

Enkät till regionerna om genomförandeprocessen

Uppgifter om de regionala genomförandeprocesserna och hur statsbidragen använts har inhämtats genom en enkät som samtliga regioner har haft möjlighet att besvara, det vill säga en totalundersökning.

Enkäten bestod av 18 frågor, varav de flesta hade fasta svarsalternativ och respondenterna gavs möjlighet att utveckla sitt svar med en kommentar. Bakgrundsfrågorna handlade om barnhälsovården i regionerna under 2018. Majoriteten av frågorna handlade om hur statsbidragen inom överenskommelsen för år 2018 hanterades.

Undersökningen genomfördes via en webbenkät. Ett informationsbrev skickades till registrator i respektive region för vidarebefordran, via e-post med länk till webbenkäten, till chef för central barnhälsovårdsenhet eller motsvarande. Datainsamlingen pågick mellan 2019-03-20 och 2019-04-25. Svarsfrekvensen uppgick till 100 procent, dock finns ett partiellt bortfall på några frågor.

Rapportens disposition

Efter inledningen följer ett kapitel som kort redovisar utgångspunkterna för Socialstyrelsens arbete med att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna. Därefter ges en översiktlig beskrivning av utgångsläget i regionerna beträffande förutsättningarna för hälsoutveckling hos barn.

Nästföljande kapitel beskriver genomförandet av överenskommelsen på nationell nivå. Hur SKL fördelat statsbidragen mellan regionerna beskrivs och fördelningens träffsäkerhet analyseras. Kapitlet avslutas med en redovisning av Socialstyrelsens arbete med att stödja genomförandet.

I kapitlet därefter redovisas resultatet av den enkät som företrädare för central barnhälsovårdsenhet eller motsvarande i regionerna besvarat.

Rapporten avslutas med diskussion och slutsatser.

Utgångspunkter

För att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården tar Socialstyrelsen utgångspunkt i alla barns lika rättigheter, i befintlig kunskap om hälsans sociala bestämningsfaktorer samt i ramverket för barnhälsovårdens utveckling. För att fastställa vad och vilka delar i genomförandet av överenskommelsen för år 2018 som ska följas och analyseras görs en tolkning av överenskommelsen.

Alla barns lika rättigheter

Mål 3 inom Agenda 2030 för hållbar utveckling handlar om hälsa och välbefinnande genom att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande [12]. Målet omfattar ekonomiska, ekologiska och sociala faktorer som påverkar människors hälsa.

Barnkonventionen

Barnkonventionen klargör att alla barn är lika mycket värda och har samma rättigheter [13]. Ingen får diskrimineras. Alla barn har samma rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Den 1 januari 2020 blir barnkonventionen svensk lag.

Jämlik hälsa och vård

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken i Sverige är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen, genom att inom en generation åtgärda påverkbara skillnader i hälsa [14].

I 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges följande:

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Möjligheten att vid behov få vård får inte påverkas av förhållanden såsom ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet [15].

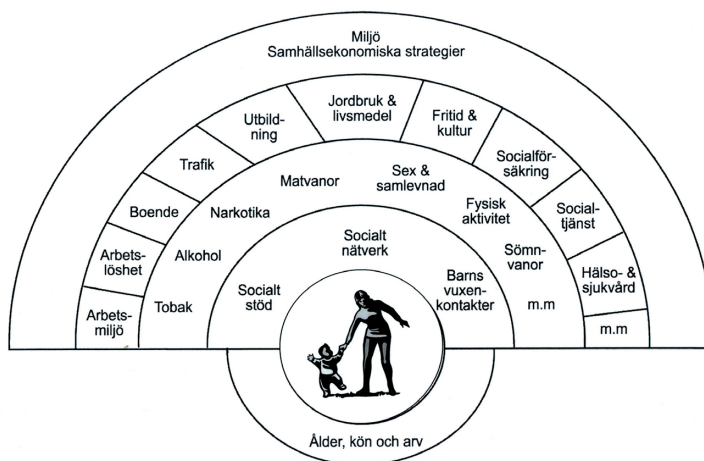
Sociala bestämningsfaktorer för hälsa

Baserat på WHO:s definition av hälsa definierar Socialstyrelsen hälsa som *fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, alltså inte endast frånvaro av sjukdom eller skada* [16].

Generellt har både barn och vuxna i Sverige god hälsa. Dock finns systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position, i form av dels en gradient i hälsa/ohälsa som löper genom hela samhället, dels hälsoproblem i grupper i särskilt utsatta situationer [3].

Den sociala gradienten i hälsa kan förklaras av skillnader i levnadsvillkor och livsstil mellan olika grupper i samhället och har visat sig vara robust över tid trots att samhället har utvecklats och de allra flesta har fått det bättre [17].

Figur 2. Hälsans bestämningfaktorer



Källa: [18]

Att hälsan är ojämlikt fördelad i den vuxna befolkningen påverkar även barnen, eftersom barns hälsa i hög grad är beroende av föräldrarnas socioekonomiska situation [3, 17]. På grupp-nivå beror barns hälsa på de omständigheter, såsom ekonomi och socialpolitik, där de föds, växer upp och lever [1].

Utbildningsnivå

Genom indelning av befolkningen utifrån utbildningsnivå kan olika socioekonomiska grupper definieras [1, 19]. En vanlig indelning är förgymnasial utbildning (nio år eller kortare), gymnasial och eftergymnasial utbildning.

På grupp-nivå finns ett positivt statistiskt samband mellan exempelvis utbildningsnivå och hälsa, dock är det kausala sambandet inte klarlagt [17, 20]. Sambandet kan betyda att högre utbildning är bra för hälsan, samtidigt som sämre hälsa kan resultera i lägre utbildning. På grupp-nivå har personer utan gymnasieutbildning sämre hälsa och sämre förutsättningar för god hälsa, vilket delvis kan förklaras av att livsvillkor, levnadsvanor och andra förhållanden som påverkar hälsan, förbättras med stigande utbildningsnivå.

I Sverige har utbildningsnivån generellt i den vuxna befolkningen stigit över tid och vuxna utan gymnasieutbildning har därför blivit en allt mindre andel i befolkningen. Sannolikt är föräldrar utan gymnasieutbildning på grupp-nivå mer socialt utsatta idag än tidigare [21].

Ekonomisk utsatthet

Faktorer som ger en ökad risk för ekonomisk utsatthet bland barn är bland annat att föräldrarna har en svag anknytning till arbetsmarknaden, att föräldrarna har utländsk bakgrund eller att barnet lever med en förälder [22]. Faktorerna ensamstående och utlandsfödd förälder förstärker varandra. År 2017 levde drygt hälften av alla barn 0 till 17 år med ensamstående föräldrar med utländsk bakgrund i ekonomisk utsatthet. Motsvarande andel bland barn som bodde med båda sina svenskfödda föräldrar var två procent [23].

Att ett hushåll har ekonomiskt bistånd är en indikator på ekonomisk utsatthet. I familjer som levt länge på ekonomiskt bistånd, där de vuxna är arbetslösa eller långtidssjukskrivna, har barnen ofta sämre hälsa [24]. Risken för ohälsa är högre hos barn i hushåll med ekonomiskt bistånd om åtminstone en förälder är född i Sverige än om båda föräldrarna är utrikesfödda [21].

Dock finns fler mått på ekonomisk utsatthet. Relativ fattigdom innebär en inkomst som är 60 procent eller mindre av medianinkomsten [22]. Enligt UNICEF bör ett relativt fattigdomsmått användas eftersom barn har rätt att ses i den kontext som de lever i [25]. Bland dem med allra lägst inkomst har dock den absoluta inkomsten störst betydelse för hälsan [26]. Låg inkomststandard är ett absolut fattigdomsmått som indikerar om hushållets disponibla inkomst efter skatt och eventuella bidrag räcker till nödvändiga utgifter för exempelvis mat och boende.²

Socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden

Med socialt och ekonomiskt utsatt bostadsområde menas här ett geografiskt avgränsat område med en låg socioekonomisk status.³

Boende i socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden har ofta kort utbildningsbakgrund, är utrikesfödda och nyanlända i Sverige, sysselsättningsgraden är lägre och därför även genomsnittsinkomsten. De socioekonomiska förutsättningarna speglas i hälsoproblem bland både vuxna och barn. En högre andel barn exponeras för tobaksrök i hemmet, andelen treåringar med karies är högre, andelen fyraåringar med övervikt och fetma är högre liksom andelen barn som är föremål för orosanmälningar till socialtjänsten [3].

Annan utsatthet

En särskilt utsatt grupp är placerade barn, både vad gäller hälsa som tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård. Även asylsökande barn har ofta ett stort vårdbehov [1].

All utsatthet är dock inte synlig i officiell statistik. Det kan handla om barn till papperslösa eller EU-migranter liksom barn som utsätts för våld eller lever i familjer där föräldrar har psykisk ohälsa eller missbruk.

Barnhälsovården

Barnhälsovårdens arbete syftar till att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa, tidigt identifiera problem samt att, vid behov, initiera åtgärder. Det tredelade nationella barnhälsovårdsprogrammet bygger på proportionell universalism, vilket innebär att insatser bör ges i proportion till och anpassas efter behov:

- *Universell prevention* är hälsoövervakning och insatser som erbjuds alla barn och deras föräldrar. Barnhälsovården möter familjerna vid tio till femton tillfällen under barnets första levnadsår samt vid ytterligare några tillfällen fram till att barnet börjar skolan och elevhälsan tar över.
- *Selektiv prevention* är samtal, vägledning och insatser genom tätare kontakt med barnhälsovården, riktade till grupper med ökad risk för ohälsa.
- *Indikerad prevention* är insatser riktade till barn och familjer som på grund av risk för hälso- och sociala problem, bör få ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med förebyggande socialtjänst, psykolog eller andra vårdgivare.

² För varje hushåll beräknas, med beaktande av hushållets storlek, ett belopp för baskonsumtion som t.ex. mat, kläder och en normerad boendeutgift som beror på antalet personer i hushållet samt var i Sverige man bor. Boendeutgifterna hämtas från statistik över årshyror per lägenhetsstorlek och region. För att fastställa hushållets inkomststandard divideras disponibel inkomst med det beräknade beloppet för hushållets baskonsumtion. En kvot lägre än 1 indikerar att hushållets inkomst inte täcker baskonsumtionen och att hushållet har låg inkomststandard.

³ Polisens definition av ett utsatt område utgår från ett annat syfte och lyder *ett geografiskt avgränsat område som karaktäriseras av en låg socioekonomisk status där kriminella har en inverkan på lokalsamhället*.

Barnhälsovården ansvarar för alla barn 0 till 5 år, det vill säga från att barnet föds fram till att elevhälsan tar över när barnet börjar skolan. Kontakten mellan familjerna och barnhälsovården är tätast under barnets första levnadsår. Kontakterna därefter sker i det universella barnhälsovårdsprogrammet, när barnet är 18 månader, någon gång mellan 2,5 och 3 år samt när barnet är 4 år respektive 5 år [27]. Barn och familjer med större behov har tätare kontakter enligt det tredelade nationella barnhälsovårdsprogrammet.

För utförligare beskrivningar hänvisas till [1, 24, 27].

Figur 3. Barnhälsovårdens nationella program

Universell prevention	Selektiv prevention	Indikerad prevention
Hälsöövervakning för att följa alla barns hälsa, utveckling och livsvillkor	Samtal, vägledning och insatser för alla vid behov	Ytterligare samtal, vägledning och insatser i samverkan med andra vårdgivare, och socialtjänst, efter bedömning av individuella behov

Källa: Bearbetning av [27]

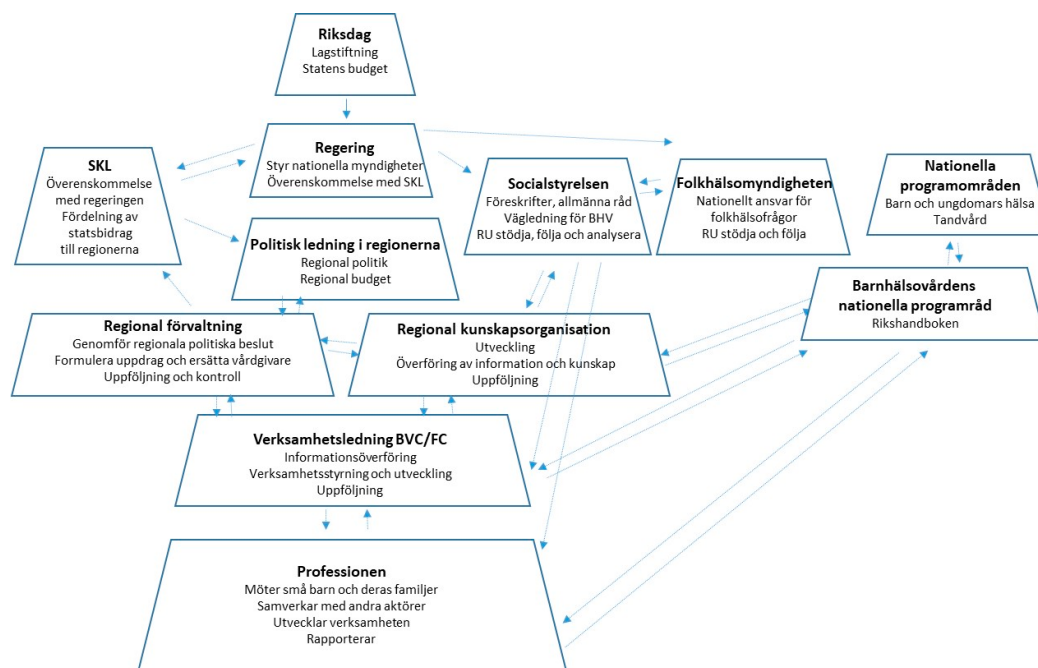
I *Vägledning för barnhälsovården* [24, s. 40] konstaterades att barnhälsovården behöver utveckla arbetssätt för att nå barn och familjer som lever i utsatta levnadsförhållanden.

I likhet med andra vårdområden kännetecknas barnhälsovården av att många nivåer och aktörer med olika ansvarsområden kan påverka utvecklingen. På övergripande nivå sätter riksdagen ramar genom att stifta lagar och besluta om statens budget. Inom ramverket driver regeringen sin politik genom exempelvis överenskommelser med SKL och uppdrag till myndigheter.

En central del i utvecklingen av vården är kunskapsorganisationen med nationella och regionala programområden inom exempelvis barn och ungas hälsa. På regional nivå verkar kunskapsstyrningen parallellt med den regionala kärnfunktionen att förvalta den offentlig finansierade vården.

I figur 4 skisseras komplexiteten i olika ansvarsområden. Pilarna visar möjliga kommunikationsvägar mellan de många aktörer som har ansvar för och möjligheter att påverka barnhälsovårdens utveckling.

Figur 4. Aktörer med ansvar för barnhälsovårdens utveckling



Källa: Tolkning av [1, 28, 29]

Överenskommelserna syftar till jämlik hälsa

Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården mellan regeringen och SKL syftar till att främja en jämlik hälsa [2]. Kommissionen för jämlik hälsa beskriver betydelse av tidiga insatser så här på sidan 72:

Att de ojämlikhetsskapande processerna börjar tidigt i livet är ett starkt argument för att lägga stor vikt vid tidiga insatser, på hälsofrämjande samt skade- och sjukdomsförebyggande åtgärder. Att främja hälsan innebär i huvudsak att underlätta och stödja sådant som är positivt för hälsan, medan att förebygga sjukdom i första hand innebär att identifiera och minska olika riskfaktorer och upptäcka sjukdomstillstånd så tidigt som möjligt. [19]

Barn 0 till 6 år i socioekonomisk utsatthet

Målgruppen, för insatser i barnhälsovården som finansieras med statsbidrag inom överenskommelsen för år 2018, är barn 0 till 6 år med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet.

I överenskommelsen för år 2018 uttrycks att insatser ska göras *främst i socioekonomiskt utsatta områden*. Eftersom socioekonomiskt utsatta områden inte finns i hela landet används här det bredare begreppet socioekonomisk utsatthet, eftersom socioekonomisk utsatthet kan ta olika uttryck.

Mer av det som redan görs

I överenskommelsen för år 2018 uttrycks att insatser som redan görs i barnhälsovården ska stärkas, med utgångspunkt i nationella kunskapsstöd som exempelvis *Vägledning för barnhälsovården* [24]. Detta kan tolkas som att överenskommelsen syftar till förstärkt barnhälsovård i form av ökad volym av befintliga insatser.

Särskilt nämns tandhälsa, vaccinationer och levnadsvanor, liksom att hembesök eller annan uppsökande verksamhet ska göras, om möjligt i samverkan med socialtjänst och vårdgivare inom tandvården.

Utrymme för regionala prioriteringar med stöd i kunskapsorganisationen

I överenskommelsen för år 2018 betonas att det regionala genomförandet av insatser med statsbidrag inom överenskommelsen ska bidra till regionernas långsiktiga utvecklingsarbete i barnhälsovården. Detta kan tolkas som en stor frihet för regionerna att göra egna prioriteringar och att använda statsbidragen där de bäst behövs för att utveckla barnhälsovården i respektive region. Det vill säga förstärkt barnhälsovård i form av utvecklade insatser och kunskapsuppbyggnad.

För att säkerställa att statsbidragen används på ett, för barnhälsovården i regionen, strategiskt sätt uttrycks i överenskommelsen för år 2018 att sjukvårdsregionala programområden för barn och unga samt tandvård bör involveras i arbetet med att genomföra insatser med statsbidragen inom överenskommelsen.

Förutsättningar för barns hälsa

Som en del i Socialstyrelsens roll att stödja⁴ genomförandet av överenskommelserna presenteras i detta kapitel en översiktlig bild av förutsättningarna för barns hälsa och barnhälsovården i regionerna. Genomgången baseras på nationellt tillgängliga data och avser förhållanden innan genomförandet inleddes år 2018 (se vidare bilaga 1).

Indikatorer och mått som baseras på tillgängliga data om föräldrar beräknas ur barnens perspektiv. En person som är förälder till mer än ett barn 0 till 6 år räknas en gång per barn, alltså räknas en person som är förälder till två barn 0 till 6 år räknas två gånger i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år.

Data presenteras per region, vilket innebär att en eventuell spridning inom regionen mellan kommuner och stadsdelar utjämnas och osynliggörs.

Skalan på den vertikala axeln i figurena bör studeras noggrant. I figurer som visar förhållanden och faktorer som berör en begränsad andel av populationen är maxvärdet 20 procent. I övriga figurer är maxvärdet 100 procent.

Demografiska faktorer

Andel barn 0 till 6 år i befolkningen

Överenskommelserna handlar om barn 0 till 6 år. Andelen barn 0 till 6 år, av befolkningen i riket, var 8,2 procent år 2017 [6]. Stockholm har högst befolkningsandel barn 0 till 6 år (8,8 procent). Lägst befolkningsandel barn finns på Gotland (6,8 procent) och i Norrbotten (7,0 procent).

Förstföderskornas ålder

I förstudien framkom bland annat att unga föräldrar som grupp har ett större behov av stöd från barnhälsovården än äldre föräldrar [1]. I tillgänglig statistik över förstföderskornas ålder är den yngsta åldersgruppen 24 år och yngre.

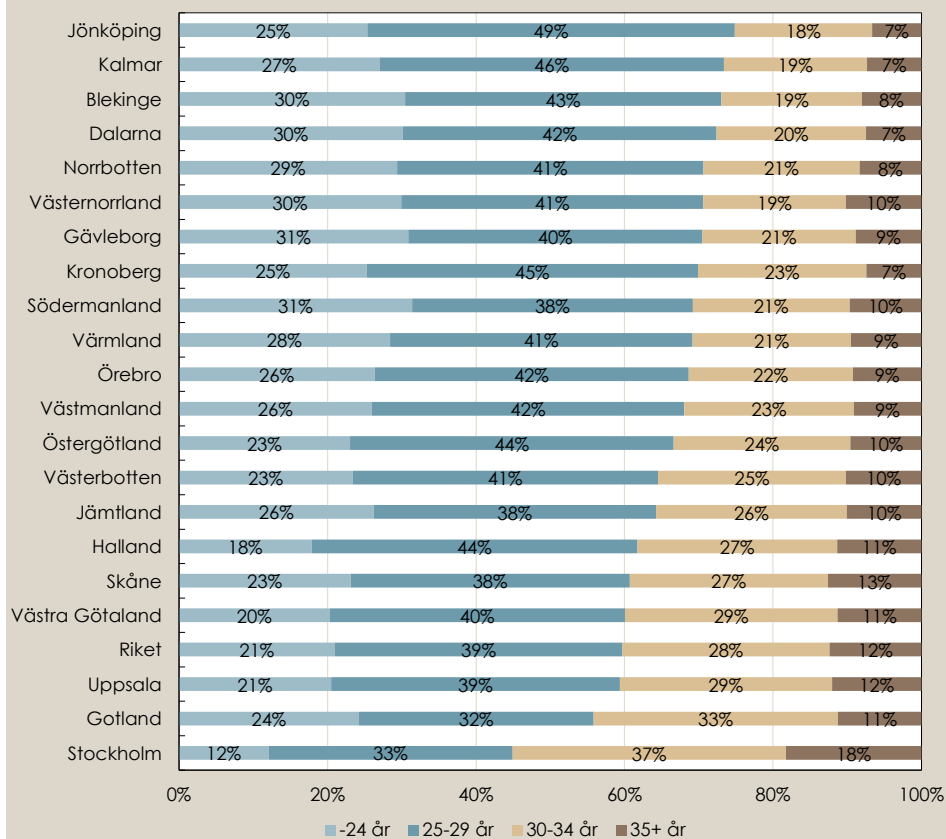
Ungefär 20 procent av förstföderskorna i riket är 24 år eller yngre och variationen mellan regionerna är förhållandevis stor. I Södermanland, Gävleborg, Blekinge, Dalarna, Västernorrland och Norrbotten var cirka tre av tio förstföderskor i åldersgruppen 24 år eller yngre (30 procent). Lägsta andel unga förstföderskor fanns i Stockholm (12 procent), Halland (18 procent) och Västra Götalandsregionen (20 procent).

Ungefär 40 procent av förstföderskorna i riket var mellan 25 och 29 år. I nitton regioner var den största andelen förstföderskor i åldersgruppen 25 till 29 år, andelen varierar mellan regionerna från drygt 30 procent till nästan hälften. De äldsta förstföderskorna år 2016 fanns i Stockholm, där mer än varannan var 30 år eller äldre.

Figur 5 visar andelen förstföderskor i olika åldersgrupper år 2016.

⁴ Socialstyrelsens stödjande insatser beskrivs i kapitlet *Genomförandet av överenskommelserna nationellt*.

Figur 5. Andel förstföderskor i åldersgrupperna 24 år eller yngre, 25–29 år, 30–34 år och 35 år eller äldre



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen. År 2016.

Andel utlandsfödda föräldrar

Förstudien visade även att regionrepresentanterna uppfattar att utlandsfödda föräldrar på grupp-nivå kan ha ett större behov av stöd från barnhälsovården [1]. Utlandsfödda definieras här som personer födda i Öst- och Sydeuropa (utanför EU), Afrika, Asien eller Sydamerika i enlighet med avgränsningen i Care Need Index (CNI), se vidare bilaga 2.

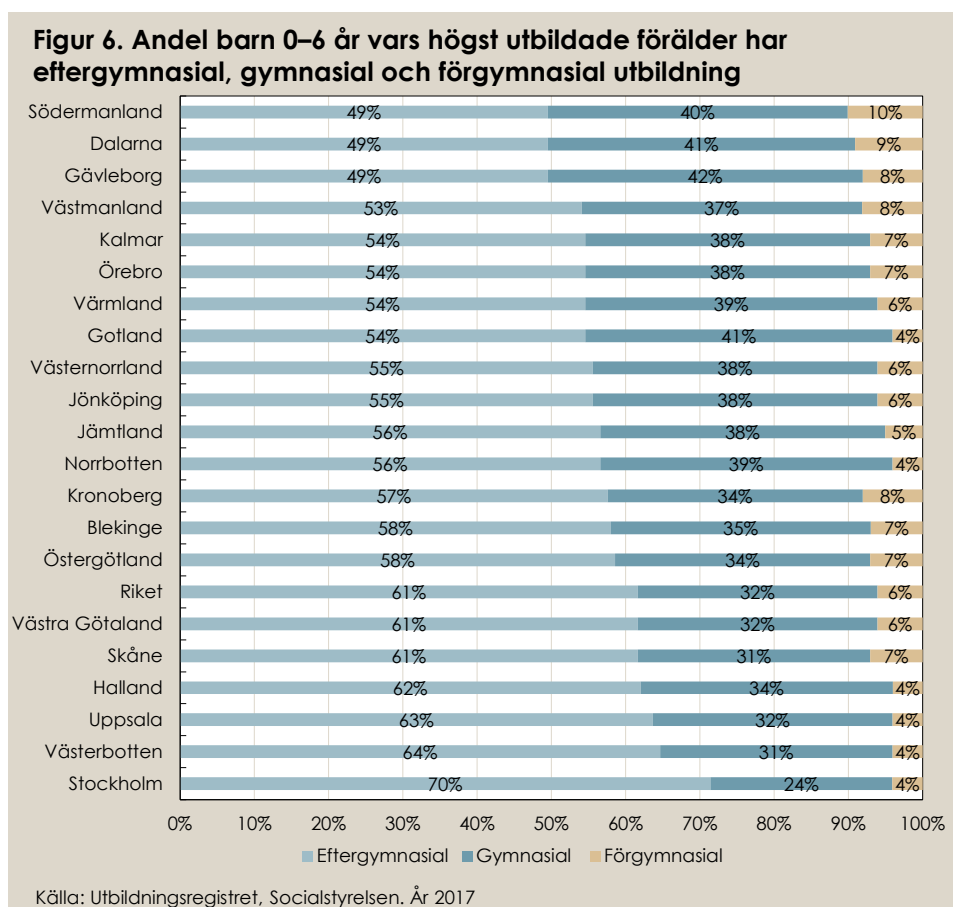
Antal föräldrar räknas ur barnens perspektiv, det vill säga en person som är förälder till mer än ett barn 0 till 6 år räknas en gång per barn. I populationen föräldrar till barn 0 till 6 år i riket är ca 20 procent utlandsfödda [6]. Den högsta andelen utlandsfödda föräldrar till barn 0 till 6 år finns i Södermanland (26 procent), Västmanland (25 procent) och Stockholm (23 procent). Lägst andel utlandsfödda föräldrar till barn 0 till 6 år har Gotland (7 procent), Norrbotten (10 procent) och Halland (11 procent).

Socioekonomiska faktorer

Föräldrarnas utbildningsnivå

Utbildningsnivå är en central socioekonomisk faktor och förstudien visade att regionrepresentanter uppfattar att föräldrar med förgymnasial utbildning på grupp-nivå har ett större behov av stöd från barnhälsovården än gruppen föräldrar med längre utbildning [1].

Figur 6 visar att tre av fem barn 0 till 6 år i riket har minst en förälder med eftergymnasial utbildning (60 procent) och att det är stor spridning i utbildningsnivå bland föräldrar till barn 0 till 6 år i olika regioner. Den högsta andelen barn 0 till 6 år med minst en förälder med eftergymnasial utbildning finns i Stockholm (70 procent). Även regionerna Västerbotten, Uppsala och Halland ligger över rikssnittet. Den lägsta andelen barn 0 till 6 år med minst en förälder med eftergymnasial utbildning finns i Södermanland, Dalarna och Gävleborg (samtliga 49 procent).

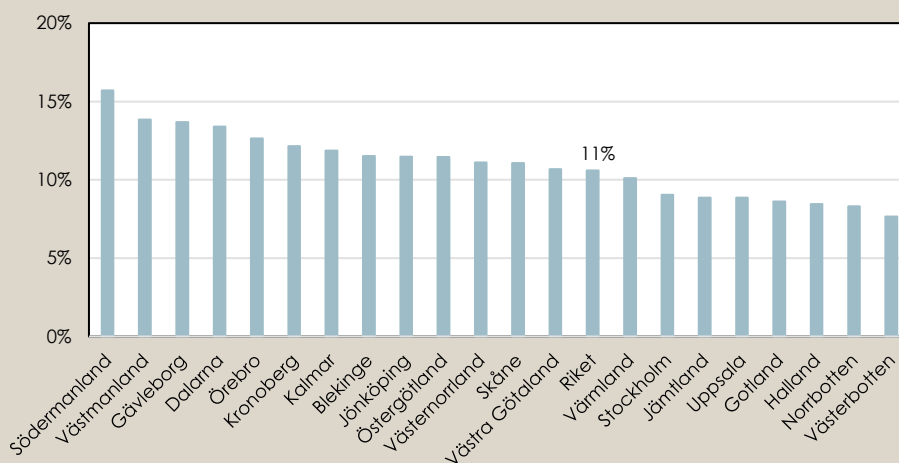


Att den högst utbildade föräldern har förgymnasial utbildning innebär att båda föräldrarna har förgymnasial utbildning. Av förstudien framgår att barnhälsovården bland annat möter grupper av föräldrar som inte kan läsa eller har sämre kunskaper om hur kroppen fungerar och hur karies bildas [1].

Figur 7 nedan visar att närmare 11 procent av föräldrarna till barn 0 till 6 år i riket har förgymnasial utbildning som högsta avslutade utbildning. Spridningen mellan regionerna är förhållandevis stor. Högst andel föräldrar till barn 0 till 6 år med förgymnasial utbildning finns i Södermanland (16 procent) samt i Västmanland och Gävleborg (båda 14 procent).

Lägst andel föräldrar till barn 0 till 6 år med förgymnasial utbildning finns i Västerbotten (närmare 8 procent), Norrbotten (drygt 8 procent) och Halland (drygt 8 procent).

Figur 7. Andel föräldrar till barn 0–6 år med förgymnasial utbildning



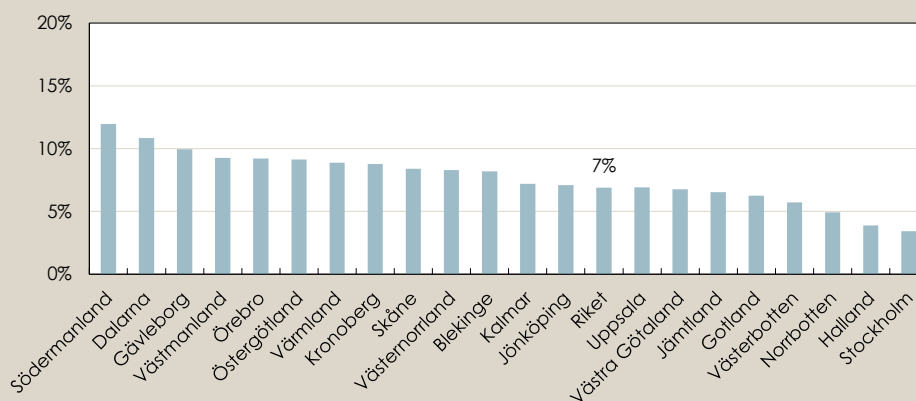
Källa: SCB. År 2017.

Ekonomisk utsatthet

En mer konkret faktor i många barns liv är föräldrarnas inkomster och allra märkbarast är inkomsten om den inte räcker till för nödvändiga utgifter. Ekonomisk utsatthet åskådliggörs i figur 8 som andel barn 0 till 6 år som lever i hushåll med ekonomiskt bistånd.

Av samtliga barn 0 till 6 år i riket levde närmare 7 procent i hushåll med ekonomiskt bistånd under år 2017. Spridningen är förhållandevis stor mellan regionerna. Högst andel barn 0 till 6 år i hushåll med ekonomiskt bistånd fanns i Södermanland (cirka 12 procent) och Dalarna (cirka 11 procent), lägst andel fanns i Stockholm (cirka 3 procent) och Halland (cirka 4 procent).

Figur 8. Andel barn 0–6 år som lever i hushåll med ekonomiskt bistånd



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen. År 2017.

Som tidigare konstaterats har barn i familjer som levt länge på ekonomiskt bistånd ofta sämre hälsa [24]. Risken för ohälsa är högre, hos barn i hushåll med ekonomiskt bistånd, om åtminstone en förälder är född i Sverige än om båda föräldrarna är utrikesfödda [21].

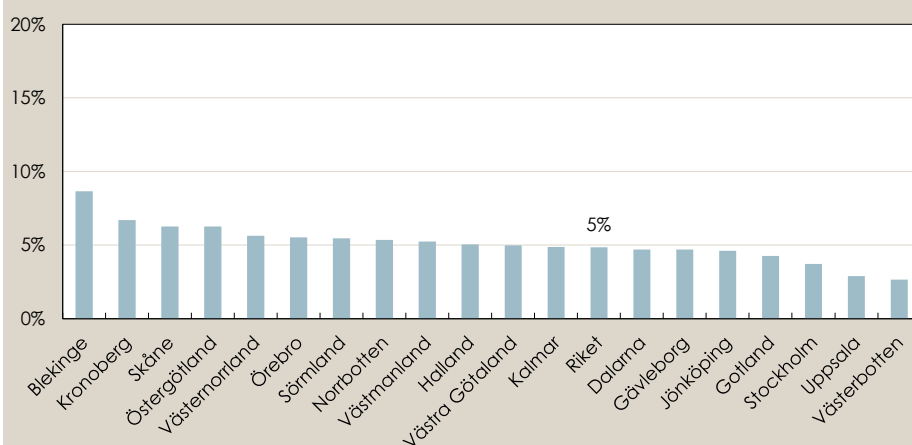
Hälsoindikatorer

Karies hos treåringar

Goda tandvårdsvanor grundläggs i förskoleåldern och sociala skillnader i risk för karies kan observeras redan hos förskolebarn, dessutom innebär karies i mjölkttänder en ökad risk för sämre munhälsa senare i livet [1]. Karies är vanligare bland barn till föräldrar som själva har dålig tandhälsa.

Figur 9 visar att ungefär 5 procent av treåringarna i riket har karies. Spridningen mellan undersökta barn i olika regioner är förhållandevis stor, vilket betyder varierande grad av säkerhet i data. Säkra data finns för Stockholm, Jönköping, Örebro och Östergötland som har en täckningsgrad på över 90 procent. Uppsala, Gävleborg, Dalarna, Södermanland, Västernorrland och Skåne har täckningsgrader på mellan 80 procent och 90 procent. För övriga regioner är data än mer osäkra och bör tolkas med försiktighet.

Figur 9. Andel treåringar med karies



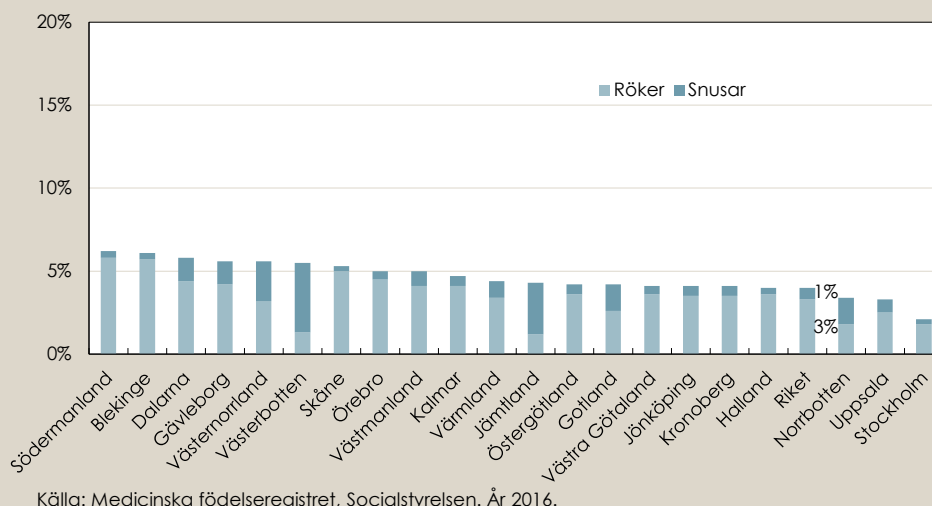
Källa: Socialstyrelsen [30]. År 2017.

Exponering för tobak

I figur 10 visas andelen mödrar som röker eller snusar i sin graviditet. Totalt är andelen mödrar i riket som röker eller snusar i sin graviditet cirka 4 procent. Cirka 3 procent av mödrarna röker och cirka en procent snusar.

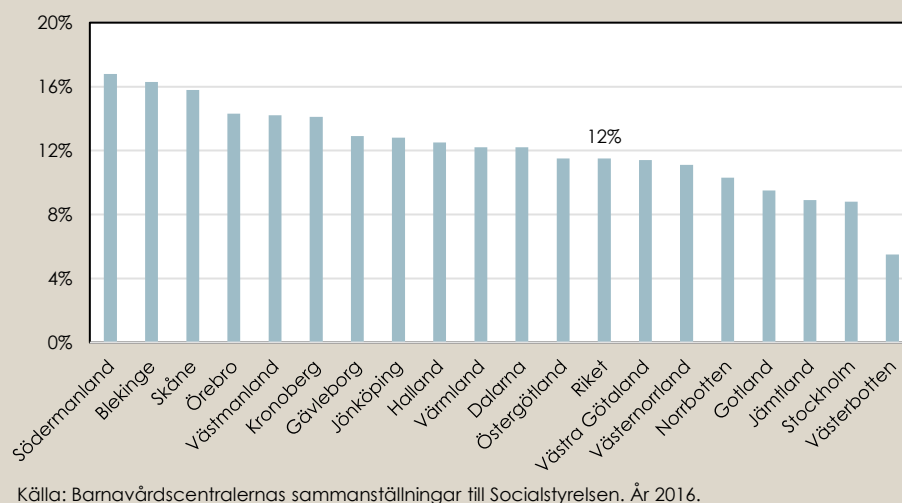
Spridningen mellan regionerna är förhållandevis stor vad gäller andelen mödrar som röker eller snusar i sin graviditet. Högst andel mödrar som röker i sin graviditet finns i Södermanland och Blekinge (närmare 6 procent) samt i Skåne (5 procent). Lägst andel mödrar som röker i sin graviditet finns i Jämtland och Västerbotten (drygt 1 procent) samt Stockholm och Norrbotten (närmare 2 procent). I Stockholm är andelen mödrar som snusar i sin graviditet dessutom lägst i riket. Högst andel mödrar som snusar i sin graviditet finns i Västerbotten (4 procent), Jämtland (3 procent) och Västernorrland (drygt 2 procent).

Figur 10. Andel mödrar som röker eller snusar i sen graviditet



Figur 11 visar att cirka 12 procent av spädbarnen (0 till 4 veckor) i riket bor med en rökare. Spridningen mellan regionerna är stor. Lägst andel spädbarn som bor med rökare finns i Västerbotten (6 procent) samt i Stockholm och Jämtland (båda 9 procent). Högst andel spädbarn (0 till 4 veckor) som bor med rökare finns i Södermanland (17 procent), Blekinge och Skåne (båda 16 procent). För Uppsala och Kalmar saknas uppgifter om andel spädbarn som bor med rökare.

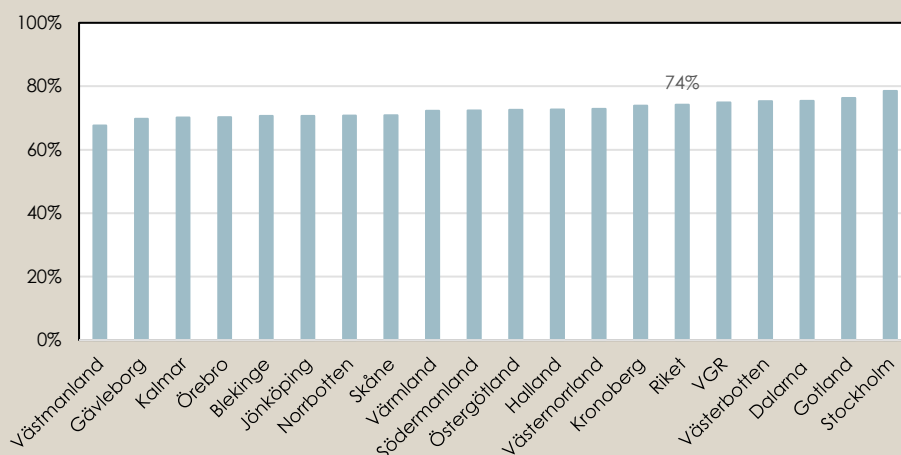
Figur 11. Andel spädbarn (0 till 4 veckor) som bor med rökare



Barn som ammas

Enligt barnavårdscentralernas sammanställningar av journaluppgifter till Socialstyrelsen är spridningen i andel barn som ammas, helt eller delvis, vid fyra månaders ålder mellan regionerna förhållandevis liten. Tre av fyra barn i riket ammas helt eller delvis vid fyra månaders ålder. Den högsta andelen ammade barn finns i Stockholm (79 procent) och den lägsta andelen i Västmanland (68 procent), Gävleborg, Kalmar och Örebro (samtliga 70 procent). Uppgifter saknas för Jämtland och Uppsala.

Figur 12. Andel barn som ammas helt eller delvis vid 4 månader



Källa: Barnavårdscentralernas sammanställningar till Socialstyrelsen. År 2016.

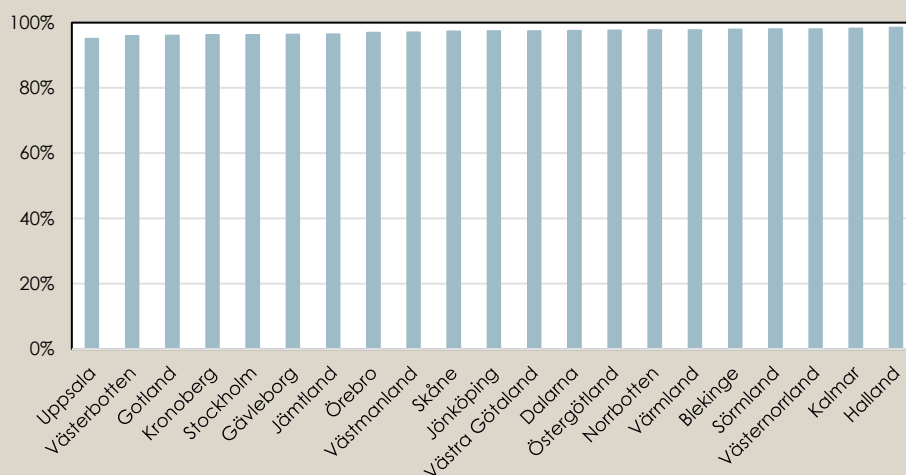
Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att det på gruppnivå finns skillnader i amningsfrekvens [31]. Dessa skillnader är att ju högre utbildning och inkomst mödrarna har desto högre amningsfrekvens. Sammanboende mödrar ammar i högre utsträckning än ensamstående. Icke-rökande mödrar ammar i högre utsträckning än rökande. Mödrar som är födda i Afrika eller Asien ammar i högre utsträckning än mödrar födda i Sverige. Mödrar som är 24 år eller yngre ammar i lägre utsträckning än äldre kvinnor.

MPR-vaccinerade barn

Vaccinationstäckningen är generellt hög bland barn 0 till 6 år [1]. Spridningen mellan regionerna i andel barn som under sitt tredje levnadsår MPR-vaccinerats visas i figur 13. Dock kan det inte uteslutas att det inom regionerna finns områden där vaccinationstäckningen är lägre.

I Uppsala var 95 procent av treåringarna MPR-vaccinerade år 2017, vilket är lägst i landet på regional nivå.

Figur 13. Andel MPR-vaccinerade barn under tredje levnadsåret



Källa: KOLADA. År 2017.

Tveksamhet inför att vaccinera sitt barn handlar om föräldrars övertygelse, hur välinformerade de är eller brist på kunskap [1].

På grund av hög vaccinationsfrekvens är mässling, påssjuka och röda hund numera ovanliga sjukdomar i Sverige. För att sjukdomarna inte ska få fäste på nytt krävs att 95 procent av befolkningen är immun, antingen genom vaccination eller som en följd av genomgången naturlig infektion [32]. En osäkerhet som kan påverka vaccinationsgraden är barn som barnhälsovården kan ha svårigheter att nå, såsom exempelvis barn vars föräldrar arbetar i Sverige på tillfälliga kontrakt och barn till papperslösa eller EU-migranter.

Fetma och övervikt

Övervikt hos barn är vanligare vid sämre socioekonomiska förutsättningar, samt på landsbygden [33]. Fetma hos både barn och vuxna är betydligt vanligare bland dem som har sämre socioekonomiska förhållanden [34].

Det saknas nationellt tillgänglig statistik över barn med fetma eller övervikt. Dock följer de flesta regioner andelen fyraåringar med övervikt respektive fetma, se exempelvis [35].

Samhällets stöd

Barnhälsovården⁵

Det finns cirka 1 150 mottagningar i barnhälsovården i Sverige. En majoritet av dessa är barnhälsovårdscentraler (BVC). Dock är gränsen mellan BVC och familjecentral i praktiken flytande. Teoretiskt är familjecentraler en samlokalisering av barnhälsovård, mödrahälsovård, socialtjänst och öppen förskola, som syftar till att underlätta samverkan. Socialtjänst och öppen förskola är kommunala verksamheter, medan barnhälsovård och mödrahälsovård är regionala, därför kan organisationen av familjecentraler variera även inom en region.

Av enkätresultaten framgår att många mottagningar i barnhälsovården har ett familjecentralsliknande arbetssätt där några verksamheter samverkar. En region förklarar att familjecentralerna har svårigheter att få rätt bemanning och nödvändiga resurser för socialtjänst och öppen förskola, vilket försvårar samverkan mellan verksamheterna. En annan region beskriver att några familjecentraler saknar exempelvis mödrahälsovård.

Generellt riktar sig alla mottagningar i barnhälsovården till alla grupper av barn och familjer. En region har två särskilda barnhälsovårdsmottagningar för asylsökande barn, dessa mottagningar är även en central resurs för barnhälsovården i regionen.

Barnhälsovårdens uppdrag

Barnhälsovårdens uppdrag definieras i styrdokument. Samtliga regioner uppger att såväl *Vägledning för barnhälsovården* som *Rikshandboken* är centrala styrdokument för barnhälsovården i regionen. Några har dessutom regionala riktlinjer eller regionala förfrågningsunderlag som styrdokument. Några har samtliga i enkäten angivna styrdokument, andra enbart *Vägledning för barnhälsovården* och *Rikshandboken*.

⁵ När ingen källa anges baseras uppgifterna på den enkät som Socialstyrelsen skickade till central barnhälsovårdsenhet, eller motsvarande, i samtliga regioner för att följa genomförandet av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården.

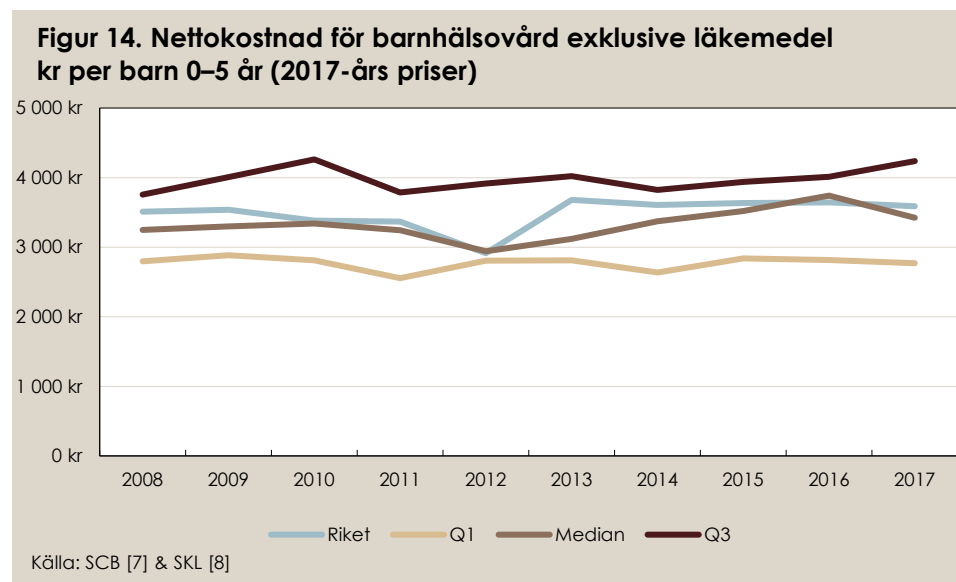
Regionernas kostnader för barnhälsovården

Regionernas kostnader för barnhälsovården visas som nettokostnad för barnhälsovård exklusive läkemedel [8]. För att kostnaderna ska vara jämförbara över tid och mellan regioner omräknas den årliga totalkostnaden i respektive region till 2017 års priser med LPI [10] och divideras med antal barn 0 till 5 år i regionen samma år [7].

Figur 14 visar nettokostnad för barnhälsovård exklusive läkemedel per barn 0 till 5 år för åren 2008 till 2017 i riket (Riket), i medianregionen (Median) samt i den lägsta (Q1) respektive högsta kvartilen (Q3).

Såväl kostnaden i medianregionen som genomsnittskostnaden i riket för barnhälsovård har mellan åren 2008 och 2017 varierat mellan cirka 3 000 kronor till drygt 3 700 kronor per barn (i 2017 års priser). Kostnaden i medianregionen är svagt ökande över tid och var år 2017 drygt 3 400 kronor per barn.

I den lägsta kvartilen var kostnaden år 2017 lägre än 2 800 kronor per barn och förhållandevis stabil från 2008 till 2017. I den högsta kvartilen var kostnaden år 2017 högre än 4 200 kronor per barn och svagt stigande över tid.



Mellan åren 2008 och 2017 ökade antalet barn 0 till 5 år i riket med drygt 11 procent [7]. Dock minskade inte nettokostnaden per barn i medianregionen, vilket visar att den totala nettokostnaden för barnhälsovård ökade i flertalet regioner.

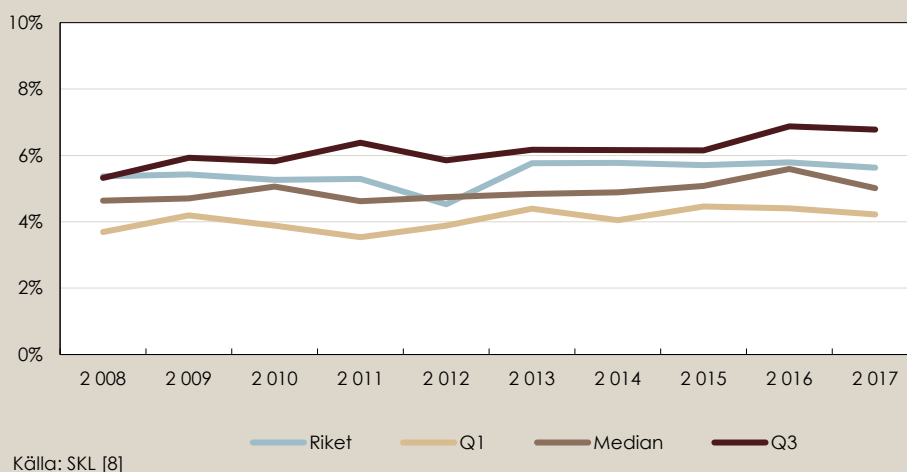
Figur 15 visar barnhälsovårdens andel av totalkostnaden för primärvården under perioden 2008 till 2017 i riket (Riket) och medianregionen (Median) samt i den lägsta (Q1) respektive högsta kvartilen (Q3).

Barnhälsovårdens andel av medianregionens kostnad för primärvården ligger runt 5 procent och ökar svagt under perioden 2008 till 2017. Genomsnittskostnaden i riket ligger mestadels över medianregionen under perioden, vilket visar att några regioner använder en betydligt större del av primärvårdsbudgeten för barnhälsovård (givet att rapporteringen är korrekt).

I regionerna i den övre kvartilen finns en svag ökning över tid och åren 2016 och 2017 lade dessa regioner närmare 7 procent eller mer av kostnaden för primärvården på barnhälsovård. I den lägsta kvartilen är barnhälsovård-

dens andel av regionens kostnad för primärvård närmare 4 procent. Spridningen mellan den lägsta och den högsta kvartilen har ökat med 1 procentenhet mellan 2008 och 2017.

Figur 15. Barnhälsovårdens andel av regionernas kostnader för primärvård åren 2008 till 2017

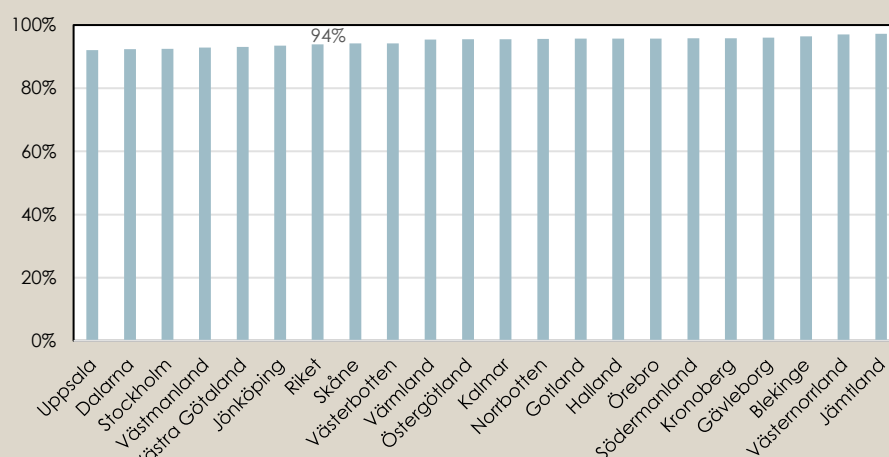


Förskolan

I förstudien lyftes förskolans betydelse för att stödja barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet och deras familjer [1].

I figur 16 visas andelen barn 3 till 5 år som år 2017 var inskrivna i förskolan. Cirka 94 procent av barnen 3 till 5 år i riket var inskrivna i förskolan. Spridningen mellan regionerna var från 92 procent i Uppsala och Dalarna till 97 procent i Jämtland och Västernorrland.

Figur 16. Andel barn 3–5 år som är inskrivna i förskolan



Många förskolebarn tillbringar en stor del av sin dag i förskolan, de äter flera måltider och behöver få sitt behov av fysisk aktivitet tillgodosett. Genom förskolan kan därför barnens levnadsvanor bli mer jämlika. Systematisk och strukturerad samverkan mellan barnhälsovård och förskola saknas dock i merparten av landets kommuner [36].

Genomförandet av överenskommelserna nationellt

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKL har regelbundna möten för att planera och samordna nationella insatser som stödjer det regionala genomförandet av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården. Myndigheterna och SKL har olika uppdrag i genomförandet av överenskommelsen. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har bland annat genomfört en förstudie i samråd med länsstyrelser, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) och Myndigheten för delaktighet (MFD).

SKL fördelar statsbidragen

Överenskommelsen för år 2018 innehöll statsbidrag om 120 miljoner kronor som utbetalades till SKL. Av överenskommelsen framgår att SKL ska fördela statsbidraget mellan regionerna *efter lokala behov* [2, s. 9].

SKL utgick ifrån Care Need Index (CNI). CNI anger en grupps förväntade vårdbehov i förhållande till förväntat vårdbehov i andra grupper [37, 38, 39, 40]. Grupperna beskrivs med variablerna utlandsfödda, arbetslösa, nyinflyttade, lågutbildade och ensamstående föräldrar med barn yngre än 18 år samt småbarn och ensamboende äldre. Variablerna multipliceras med olika vikter och summeras till totalt index för respektive grupp. För att göra olika stora grupper jämförbara beräknas CNI per person i respektive grupp, som jämförs med varandra genom att CNI per person i respektive grupp divideras med medianen. En utförligare beskrivning av hur CNI beräknas finns i bilaga 2.

Metodjustering

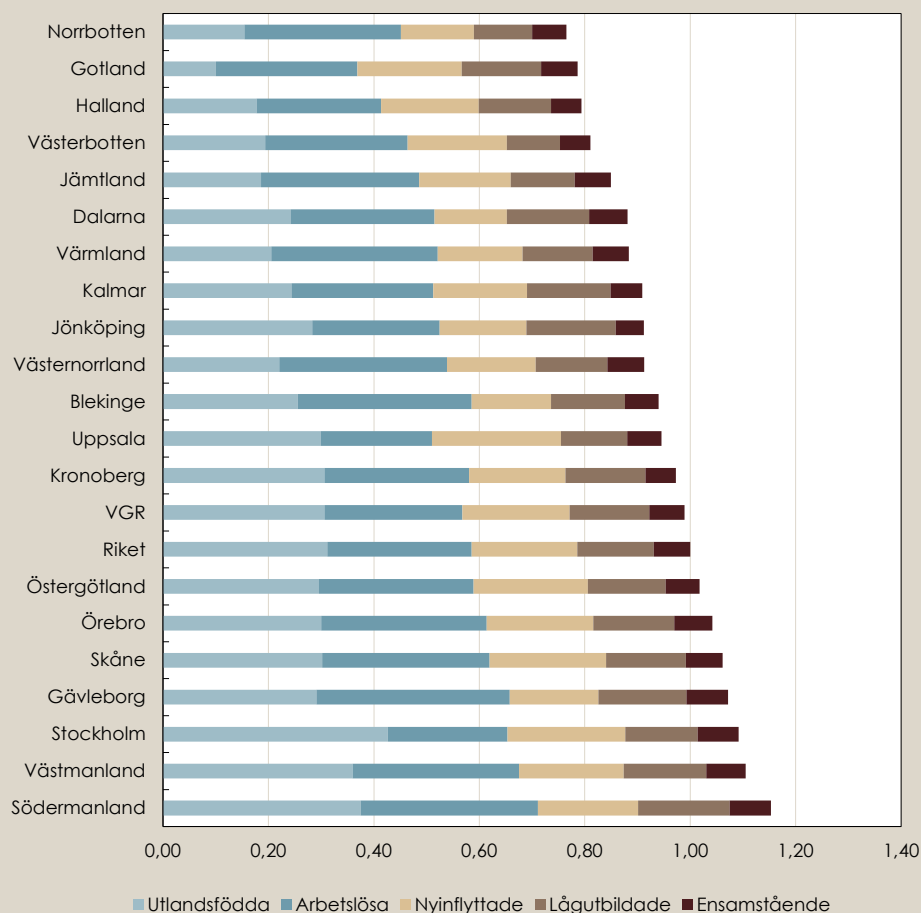
I fördelningen av statsbidragen inom överenskommelsen utgjordes grupperna av hela befolkningen i respektive region och den etablerade beräkningsmetoden justerades genom att vikterna för variablerna småbarn och ensamboende äldre sattes till noll. Det betyder att småbarn och ensamboende äldre exkluderades⁶ i täljaren och inkluderades i nämnaren i CNI per person. Nedan benämns resultatet metodjusterat relativt CNI för befolkningen i regionerna.

Figur 17 visar metodjusterat relativt CNI för befolkningen i regionerna. Södermanland hade högst metodjusterat relativt CNI för befolkningen med 1,15. Södermanland har en relativt hög befolkningsandel som är utlandsfödda eller arbetslösa i förhållande till riksnittet. Lägst metodjusterat relativt CNI för befolkningen hade Norrbotten, med en högre befolkningsandel arbetslösa än riksnittet och i övrigt lägre befolkningsandelar.

Statsbidraget till respektive region bestämdes genom att multiplicera metodjusterat relativt CNI, enligt figur 17, med det genomsnittliga statsbidraget per barn 0 till 6 år i riket och antalet barn 0 till 6 år i regionen [11].

⁶ När antal småbarn och antal ensamboende äldre multipliceras med vikterna 0 blir produkterna 0.

Figur 17. Metodjusterat relativt CNI för hela befolkningen



Socialstyrelsens analys av fördelningens träffsäkerhet

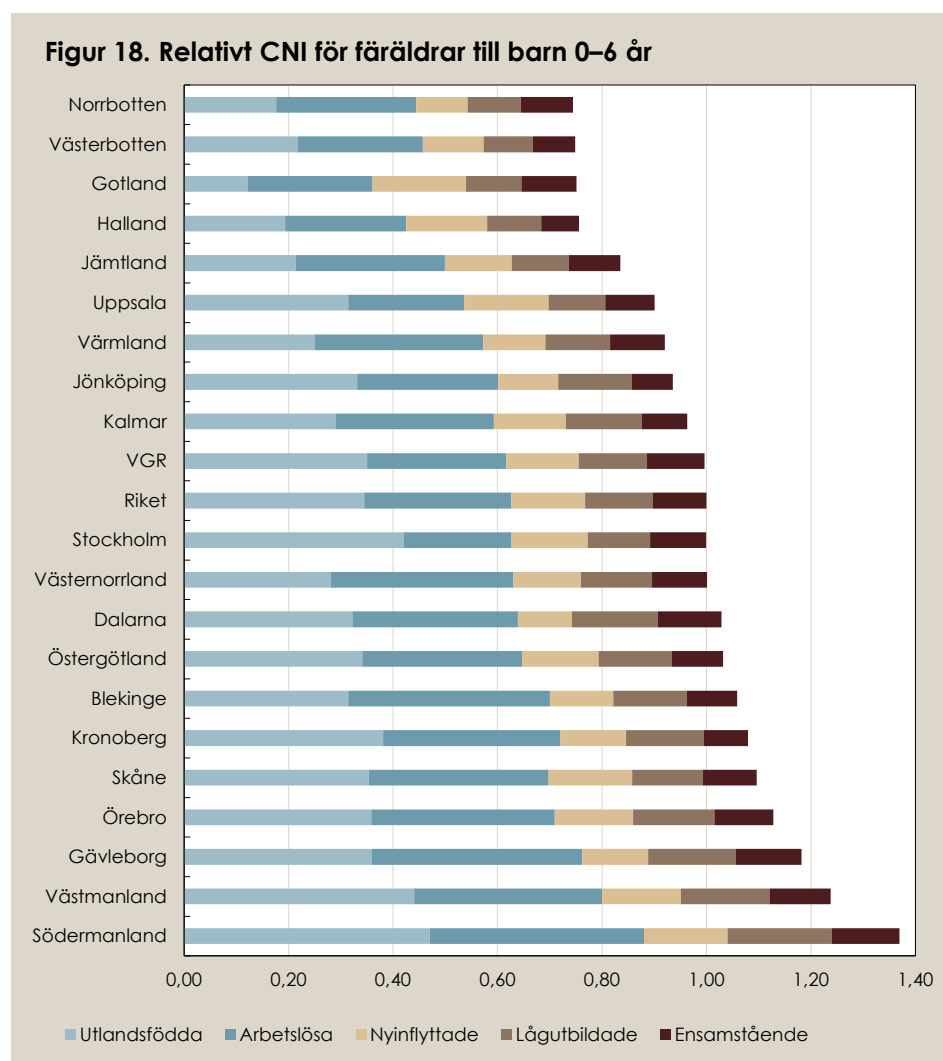
Inom Socialstyrelsens uppdrag att följa och analysera genomförandet av överenskommelserna har Socialstyrelsen analyserat träffsäkerheten i fördelningen av statsbidrag mellan regionerna. Med träffsäker menas här om målet med fördelningen uppnås [41].

Statsbidragen inom överenskommelsen ska fördelas efter *lokala behov*. Det finns varken ett objektiva bästa sätt att mäta och jämföra lokala behov eller en uppsjö av olika vetenskapliga metoder att välja mellan. CNI är en etablerad metod för att fördela ersättning mellan vårdgivare och används i många regioner. CNI reflekterar den socioekonomiska statusen bättre i mindre grupper än i större [37]. Det innebär att en avgränsning av grupperna som speglar målgruppen för statsbidragen ger en ökad träffsäkerhet och kan förväntas öka spridningen i relativt CNI. Målgruppen är barn 0 till 6 år och deras föräldrar. CNI är inte anpassat för barn 0 till 6 år. Däremot fungerar variablerna i CNI för deras föräldrar och barns hälsa är i hög grad beroende av föräldrarnas socioekonomiska situation.

Figur 18 visar relativt CNI per region för föräldrar till barn 0 till 6 år [6]⁷. Spridningen mellan högsta och lägsta relativa CNI ökar och rangordningen förändras mellan regionerna i jämförelse med metodjusterat relativt CNI (figur 17). Skillnaden beror delvis på att sammansättningen av gruppen föräld-

⁷ En person som är förälder till flera barn 0 till 6 år räknas en gång per barn i den region där barnet är folkbokfört.

rar till barn 0 till 6 år inte är densamma som sammansättningen av hela befolkningen i respektive region. Om exempelvis andelen arbetslösa eller nyinflyttade i befolkningen är högre än bland föräldrar till barn 0 till 6 år får regionen ett lägre relativt CNI (figur 18) än med metodjusterat relativt CNI (figur 17) och tvärtom.



Att hela befolkningen inkluderats i metodjusterat relativt CNI gynnar respektive missgynnar generellt regioner med stora skillnader mellan gruppen föräldrar till barn 0 till 6 år och hela befolkningen i regionen. Metodjusteringen i täljaren gynnar regioner med en låg befolkningsandel ensamboende äldre och en låg befolkningsandel småbarn.

Socialstyrelsens analys av fördelningens träffsäkerhet visar att CNI bör tillämpas enligt den etablerade beräkningsmetoden, annars skapas en ny metod som bör granskas och utvärderas innan den tillämpas. Dessutom bör grupperna som inkluderas i beräkningen följa intentionen med statsbidragen, som här handlar om lokala behov baserat på socioekonomiska förutsättningar. Om statsbidragen fördelats enligt den etablerade beräkningsmetoden för relativt CNI för föräldrar till barn 0 till 6 år skulle alltså några regioner få lite mer statsbidrag och andra lite mindre.

Ekonomisk utsatthet

CNI innehåller inga direkta ekonomiska faktorer, men variabler som arbetslös, ensamstående förälder och lågutbildad kan väntas ha ekonomiska konsekvenser på individnivå. Dessutom kan dessa variabler samvariera så att de förstärker varandra [23].

För att studera om relativt CNI samvarierar med ekonomisk utsatthet beräknas korrelationen på regional nivå mellan andelen barn 0 till 6 år som lever i hushåll med låg inkomststandard eller ekonomiskt bistånd och relativt CNI för föräldrar till barn 0 till 6 år. Dessutom beräknas korrelationen mellan metodjusterat CNI för befolkningen och andelen barn 0 till 6 år som lever i hushåll med låg inkomststandard eller ekonomiskt bistånd.

Samtliga korrelationer är positiva, det vill säga ett högt relativt CNI inträffar ofta samtidigt med en hög andel av barn i ekonomisk utsatthet. Korrelationen mellan relativt CNI per region för föräldrar till barn 0 till 6 år och andelen barn som lever i hushåll med ekonomiskt bistånd är 0,790.

Korrelationen är nästan lika hög mellan relativt CNI per region för föräldrar till barn 0 till 6 år och andelen barn 0 till 6 år som lever i hushåll med låg inkomststandard.⁸ Korrelationen är lägre mellan metodjusterat relativt CNI för befolkningen och de ekonomiska måtten på barn 0 till 6 års livsvillkor.

Tabell 1. Korrelation mellan ekonomisk utsatthet och metodjusterat CNI respektive relativ CNI för föräldrar till barn 0 till 6 år

Andel barn 0 till 6 år i hushåll med ...	Metodjusterat CNI för hela befolkningen	CNI för föräldrar till barn 0 -6 år
... låg inkomststandard	0,575	0,713
... ekonomiskt bistånd	0,519	0,790

Relativt CNI för föräldrar till barn 0 till 6 år i respektive region samvarierar alltså med andelen ekonomiskt utsatta barn. Som tidigare beskrivits har barn i hushåll med långvarigt ekonomiskt bistånd ökad risk för sämre hälsa. Således kan relativt CNI för föräldrar till barn 0 till 6 år, fånga ekonomisk utsatthet bland barn 0 till 6 år, vilket i förlängningen kan innebära en ökad risk för sämre hälsoutveckling hos barnen.

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten stödjer genomförandet

Under sommaren 2018 genomförde Socialstyrelsen en förstudie [1] för att identifiera vilket behov av stöd som regionerna och professionerna i barnhälsovården samt SKL har i arbetet med att genomföra överenskommelserna.

Förstudien genomfördes i samarbete med Folkhälsomyndigheten, som också har i uppdrag⁹ av regeringen att följa och stödja genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården, och i samråd med länsstyrelser, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) samt Myndigheten för delaktighet (MFD).

⁸ Korrelation nära 0 visar att inget samband finns. Korrelation nära 1 visar på ett perfekt samband.

⁹ Regeringsbeslut S2018/00722/FS

Förstudien visade på behov av följande insatser från Socialstyrelsen:

- Ett kunskapsstöd med rekommendationer för barnhälsovården.
- Material, eller utbildning, om arbetssätt och metoder för exempelvis utökade hembesöksmodeller och levnadsvanor.
- En kartläggning av barnhälsovården i syfte att ge en nationell överblick.
- Utveckling av indikatorer för barnhälsovården

Det sistnämnda avser Socialstyrelsen att ta om hand i myndighetens regeringsuppdrag om nationell uppföljning av primärvården¹⁰. Dessutom konstaterades i förstudien att regionerna och barnhälsovården behöver stöd i:

- Att systematiskt identifiera utsatta barn.
- Hur samverkan kring barn i socioekonomisk utsatthet kan ske mellan barnhälsovård, mödrahälsovård, tandvård, socialtjänst och förskola.
- Uppföljning och analys av insatser som genomförs med statsbidragen för att på ett systematiskt sätt bygga upp kunskap som kan användas för att utveckla barnhälsovården.

Socialstyrelsen har valt att stödja genom olika aktiviteter och åtgärder av olika karaktär, både som ensam avsändare och tillsammans med Folkhälsomyndigheten och SKL.

Nätverksträffar

Myndigheterna och SKL planerar och genomför gemensamt regelbundna nätverksträffar med regionernas representanter och kontaktpersoner för överenskommelserna. Programmet utformas utifrån de behov som framkommit. Vid den senaste träffen i april 2019 hölls en föreläsning om implementering av nya metoder och arbetssätt. Myndigheterna delade även ut material.

Träffarna ger även regionerna möjligheter att dela och utbyta erfarenheter. Dessutom får myndigheterna och SKL en bild av aktuell status i arbetet med överenskommelserna och möjlighet att vara lyhörda för nya behov av stöd som uppkommer i genomförandet.

Inspirationsdag om hembesök

Socialstyrelsen bjuder, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, in till en nationell inspirationsdag i november 2019. Fokus för dagen är hembesök i samverkan mellan barnhälsovård och socialtjänst för att stödja barn och föräldrar i utsatta områden. Målgruppen är personal inom barnhälsovård, förebyggande socialtjänst samt beslutsfattare i region och kommun.

Innehållet utgår från de behov som identifierades i [1] och i den enkät från Socialstyrelsen som regionerna besvarade under våren 2019.

Kartläggning av barnhälsovården

I förstudien konstaterades att det saknas aktuell och nationell kunskap om barnhälsovården. Regionerna och professionsföreträdare beskrev behovet av en samlad bild av barnhälsovården som verksamhetsområde inom hälso- och sjukvården, de insatser som ges till barnen och deras föräldrar samt uppgifter om barnens hälsa. Socialstyrelsen avser därför att genomföra en nationell kartläggning av verksamhetsområdet barnhälsovård, genomförda insatser och hälsoparametrar.

¹⁰ Regeringsbeslut 2019/03056/FS

Översyn av vägledning för barnhälsovården

Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att se över den befintliga vägledningen för barnhälsovården för att bedöma förutsättningarna att ta fram rekommendationer.

Revideringsarbetet kommer pågå under 2019 och 2020 samt följa myndighetens process för framtagande av kunskapsstöd. Socialstyrelsen ska kartlägga innehållet i vägledningen, för att se över vilka delar som kan vara möjliga för ett rekommendationsarbete och vilka delar som behöver utvecklas med nyare kunskap. Arbetet ska göras i samarbete med förvaltare, skribenter och professionsföreträdare kopplade till den professionsdrivna webbplattformen Rikshandboken för barnhälsovården samt med nationella programområden för barn och ungas hälsa, sakkunniga och forskare.

Övrigt

Parallellt med regeringsuppdraget om att stödja, följa och analysera överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården har Socialstyrelsen andra regeringsuppdrag om barnhälsovård.

Stöd till barnhälsovården om ohälsosamma levnadsvanor

Socialstyrelsen har i uppdrag att särskilt stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor inom överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården.

Ohälsosamma levnadsvanor är vanligare hos socioekonomiskt utsatta grupper än hos grupper med högre utbildningsnivå och inkomst. Uppdraget att stödja barnhälsovården inriktas därför mot socioekonomiskt utsatta grupper och områden för att minska skillnader när det gäller ohälsosamma levnadsvanor [36].

Pilotverksamhet för barnhälsovård¹¹

Socialstyrelsen arbetar med en utvärderingsbar pilotverksamhet inom barnhälsovården som ska stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa bland barn, i synnerhet från socioekonomiskt utsatta områden.

Syftet med pilotverksamheten är att ta fram en metod baserad på evidens eller beprövad erfarenhet för denna form av verksamhet.

¹¹ Regeringsbeslut S2019/00910/FS

Det regionala genomförandet

För att följa såväl *hur* regionerna planerat för och beslutat om användningen av statsbidragen som *vad* bidragen används till skickade Socialstyrelsen en enkät till samtliga regioner i mitten av mars 2019. Svarsfrekvensen uppgick till 100 procent. Några frågor har dock inte besvarats av samtliga, därför finns ett partiellt bortfall.

Med ett undantag representerar svaren barnhälsovårdens perspektiv och har lämnats av central barnhälsovårdsenhet eller motsvarande. I några regioner svarade barnhälsovårdsöverläkare, i andra vårdutvecklare eller samordnare. I en region besvarades enkäten av en chef i regional förvaltning.

I syfte att underlätta för regionerna att lämna uppriktiga svar utlovades i missivet till enkäten att svaren skulle presenteras i rapporten utan att ange hur enskilda regioner svarat. I detta kapitel namnges därför inte regionerna.

Enkätsvaren presenteras och analyseras i avsnitten planering och beslut, insatser i barnhälsovården, möjliga resultat samt uppfattningar om överenskommelsen för år 2018. Enkäten finns i bilaga 3.

Planering och beslut

Statsbidragen betalades ut från SKL till regionerna på rekvisition. De första regionerna fick sitt bidrag i början av 2018 och den sista under sommaren.

Utmaningar i uppstartsfasen

För att få en översiktlig bild av utgångsläget för en utvecklingssatsning fanns en fråga i enkäten om vad som var den största utmaningen för barnhälsovården i regionen under 2018.

Flertalet respondenter uppfattar bemanning av barnhälsovården som den största utmaningen. Några förklarar att man har svårigheter att rekrytera till vakanta tjänster och att man därför saknar exempelvis barnhälsovårdssjuksköterskor och psykologer. Andra beskriver att barnhälsovården har prioriterats ned då det saknas personal i annan primärvård.

Flera respondenter uppfattar att barnhälsovårdens uppdrag är den största utmaningen. En respondent skriver att barnhälsovården inte har kapacitet för det ökande antalet överviktiga barn ökar. Andra respondenter beskriver att behoven av riktade insatser ökar. Det handlar om såväl nysvenska familjer som fler familjer med behov av riktade insatser generellt. En respondent reflekterar över att den upplevda ökningen kan bero på att barnhälsovården blivit allt bättre på att identifiera familjer med behov av riktade insatser.

En annan respondent skriver att det är en brist i enkäten att bara en utmaning kunde anges eftersom problemet är en obalans mellan uppdragets omfattning och bemanningen. Även av kommentarer från andra respondenter framgår att många upplever att bemanningen inte står i proportion till uppdragets omfattning, både bland dem som svarat att bemanningen är den största utmaningen och bland dem som svarat att uppdraget är den största utmaningen. En respondent reflekterar över att uppdraget som barnhälsovårdssjuksköterska har vuxit över tid och att den tillgängliga tiden för uppdraget inte alltid räcker.

Varierande planeringsförutsättningar och delad upplevelse av osäkerhet

Processen för att förvandla statsbidrag till verksamhet fungerar på olika sätt i regionerna. Några hade ett regionalt utvecklingsarbete för barnhälsovården redan innan överenskommelsen för år 2018, varvid man snabbt kunde enas om hur statsbidragen skulle användas. Flera respondenter nämner tidigare satsningar med regional finansiering, som sedan förlängts eller förstärkts med statsbidrag från överenskommelsen. Andra respondenter hänvisar till att statsbidragen givit regionen möjlighet att förstärka delar av det nationella barnhälsovårdsprogrammet, som andra regioner redan tidigare infört med regional finansiering.

Det finns även flera exempel på motsatsen. En respondent beskriver att processen att omsätta statsbidragen i barnhälsovård har varit komplicerad eftersom barnhälsovården aldrig tidigare har varit föremål för en särskild satsning i regionen och att de därför saknade erfarenhet av och planeringsunderlag för att snabbt göra extra insatser utöver ordinarie budget.

Av kommentarerna framgår att flera regioner saknar tillräcklig bemanning för att snabbt hantera statsbidrag. I samtal med representanter för regionerna beskriver några att man innan överenskommelsen saknade personal för utveckling av och kunskapsstyrning i barnhälsovården. Det förekommer även att ingen organiserad planering har gjorts. En respondent skriver så här:

Det krävs viss förberedelse tid för att starta upp projekt när statsbidrag tillfaller regionen, därför behövs en startsträcka.

Överenskommelserna är tidsbegränsade, vilket försvårar långsiktig planering. Genomförandet av överenskommelsen för år 2018 präglades dessutom av en politisk osäkerhet då regeringsbildningen efter riksdagsvalet i september 2018 drog ut på tiden. Under normala omständigheter förlängs en överenskommelse inför ett nytt budgetår. När enkäten stängde, i slutet av april 2019, hade regionerna fått besked om att en överenskommelse för år 2019 skulle ingås. Statsbidragen för år 2019 betalades ut först i maj 2019. På olika sätt uttrycker många respondenter en gemensam erfarenhet, som av en respondent beskrivs så här:

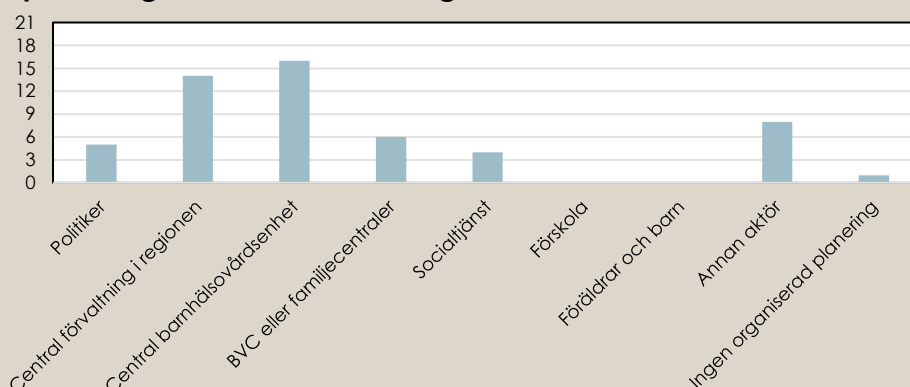
Processen haltar så fort det uppstår en ovisshet. Och vad händer sedan när perioden med tillgänglighetspengar är slut?

Trots de osäkra omständigheterna svarade de flesta respondenterna att man gjort en planering i regionen. Figur 19 visar antalet regioner där olika aktörer varit involverad i planeringen av hur statsbidragen skulle användas i regionen.

I 16 av de 21 regionerna har central barnhälsovårdsenhet eller motsvarande varit involverade i planeringen av hur statsbidragen inom överenskommelsen för år 2018 skulle användas. I 14 regioner var central förvaltning i regionen involverad.

Samtliga 8 som svarar annan aktör hänvisar till tandvården. Tandvården var involverad i planeringen av insatser med statsbidrag i fler regioner än socialtjänsten. Noteras kan att ingen svarar att förskola eller föräldrar och barn var involverade i planeringen i regionen.

Figur 19. Antal regioner där följande aktörer var involverade i planeringen av hur statsbidragen för 2018 skulle användas



Källa: Socialstyrelsens enkät till regionerna om överenskommelsen för år 2018. Mars-april 2019.

Av överenskommelsen framgår, som tidigare beskrivits, att det regionala genomförandet av insatser med statsbidrag inom överenskommelsen ska bidra till regionernas långsiktiga utvecklingsarbete inom barnhälsovården [2]. Det kan tolkas som en öppning för att göra regionala prioriteringar av vilka insatser som är viktigast att genomföra med statsbidragen. Därför betonas att sjukvårdsregionala programområden för barn och unga samt tandvård bör involveras i genomförandet i respektive region.

Kunskapsorganisationens delaktighet och möjlighet att påverka hur statsbidragen skulle användas varierar. Flera respondenter upplever att kunskapsorganisationen och central barnhälsovårdsenhet eller motsvarande har haft en central roll i den egna regionen.

I 14 av de 20 regioner som besvarar frågan om samordning har central barnhälsovårdsenhet samordnat planeringen av hur statsbidragen skulle användas. Av kommentarerna framgår att central barnhälsovårdsenheten, eller motsvarande, varit ”spindel i nätet” mellan central förvaltning och barnhälsovården i flera av de regioner där planeringen fungerat. I övriga regioner som besvarat frågan samordnades planeringen av central förvaltning i regionen.

Avvägningar mellan olika intressen på regional nivå

Beslutet om hur statsbidragen skulle användas fattades på olika nivåer i olika regioner. I flera regioner var många delaktiga i beslutet, från politisk nivå till förvaltning.

I 14 regioner hade hälso- och sjukvårdsförvaltningen en roll i beslutet, medan central förvaltning i regionen var delaktig i 9 regioner. I 8 av regionerna hade den centrala barnhälsovårdsenheten eller motsvarande en roll i beslut om användningen av statsbidrag inom överenskommelsen för år 2018. En respondent beskriver att central barnhälsovårdsenhet deltog i planeringen och utarbetade förslag, som sedan prioriterades bort i beslutet om hur statsbidragen skulle användas.

Av kommentarer från flera respondenter framgår att beslutet i regionen har inneburit att statsbidraget endast delvis använts till barnhälsovård. Några beskriver att det har krävts mycket arbete för att få fram statsbidrag till barnhälsovården.

Insatser i barnhälsovården

Enligt överenskommelsen ska statsbidragen för år 2018 användas för att finansiera ytterligare insatser i barnhälsovården. Figur 20 visar antalet regioner som planerar eller har påbörjat olika kombinationer av insatser med statsbidrag. Av figuren framgår dock inte hur mycket statsbidrag det handlar om och användningsområdet regionens allmänna budget har exkluderats.

Insatser görs som universell prevention alltså inom det generella barnhälsovårdsprogrammet och som selektiv prevention, det vill säga insatser för grupper med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet.

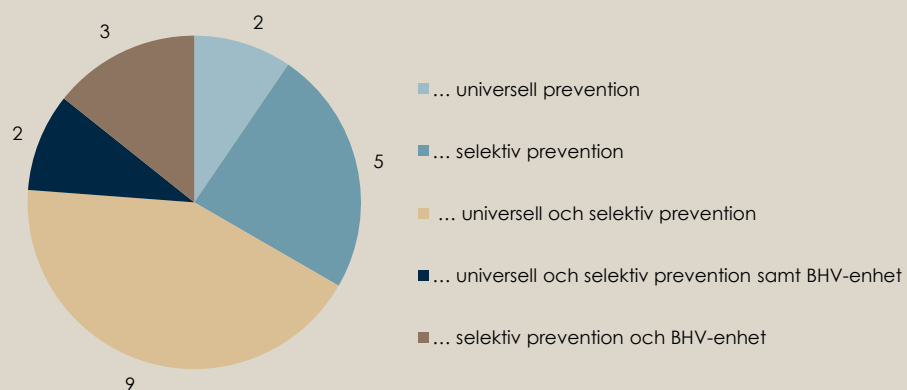
Förstärkning av barnhälsovårdsenhet eller motsvarande benämns BHV-enhet i figur 20.

19 av totalt 21 regioner svarar att statsbidragen används eller ska användas för insatser för selektiv prevention, varav fem gör enbart insatser för selektiv prevention och resterande gör insatser för selektiv prevention i kombination med exempelvis förstärkning av universell prevention. En respondent förklarar det så här:

Vi hade en tredelad planering. CNI-baserad ersättning för hembesök. I några områden görs hembesöket vid 8 månader i samverkan med tandvården. Dessutom bärbar dator till varje BVC enhet.

Två regioner förstärker såväl universell och selektiv prevention som den centrala barnhälsovårdsenheten eller motsvarande.

Figur 20. Antal regioner som använder statsbidrag för 2018 till insatser för ...



Källa: Socialstyrelsens enkät till regionerna om överenskommelsen för år 2018. Mars-april 2019.

I enkäten ställdes inga frågor om indikerad prevention. Dock nämner en respondent att det inte alltid finns någon verksamhet att remittera till när man identifierat ett behov som ligger utanför barnhälsovårdens uppdrag.

Inte heller ställdes några frågor om ersättningsmodeller för barnhälsovården eller om hur statsbidraget överfördes till barnhälsovården. Dock har flera respondenter beskrivit i kommentarer att statsbidrag använts för att ge extra tillskott direkt till barnhälsovårdscentraler på olika sätt. Några ger en generell

förstärkning av den fasta ersättningen medan andra har höjt den rörliga ersättningen för exempelvis hembesök. Andra svar kan tolkas som att statsbidragen används för inköp av teknisk utrustning eller för att anställa personal.

Bemanning av central barnhälsovårdsenhet

Fem av regionerna förstärker central barnhälsovårdsenhet eller motsvarande funktion med exempelvis vårdutvecklare och samordnare. Andra har anställt exempelvis logoped, dietist eller psykolog för att driva utvecklingsarbete och kompetensutveckling i barnhälsovården. I samtal med representanter för regionerna beskriver några att man innan överenskommelserna saknade personal för utveckling av och kunskapsstyrning i barnhälsovården.

Universell prevention

13 regioner använder statsbidrag för universell prevention, det vill säga en förstärkning av det generella barnhälsovårdsprogrammet. Statsbidrag har även använts till inköp av material såsom vågar, bärbara datorer och mobiltelefoner för hembesök samt inköp av olika utbildningsmaterial för personal. Andra har köpt in material till barnen som tandborstar och tandkräm eller böcker för att stödja språkutveckling.

Bemanning i barnhälsovården

Respondenter från sex regioner uppger att bemanningen i barnhälsovården ökat och att man har anställt barnhälsovårdssjuksköterskor. Några har dessutom anställt psykolog.

Av kommentarerna framgår att man genom att förstärka bemanningen vill kunna erbjuda barnhälsovårdsprogrammet efter individuella behov, vilket alltså inkluderar selektiv prevention.

Kompetensutveckling

Flera regioner har genomfört kompetensutveckling för personal i barnhälsovården om exempelvis munhälsa och tandvård. Några nämner att man hållit utbildning i att samtala med föräldrar som är tveksamma till att vaccinera sina barn. En region har hållit utbildning i att samtala med föräldrar om våld i nära relationer och en annan för att utveckla arbetet med levnadsvanor.

Nya arbetssätt

Några regioner finansierar införandet av ett hembesök till alla barn vid åtta månader med statsbidraget, vilket andra regioner redan gjort med regional finansiering. I andra regioner är det nya arbetssättet hembesök i samverkan med socialtjänst eller tandvården.

Flera respondenter nämner att man infört ett gemensamt mottagningsbesök med tandvården när barnen är tio månader gamla och några har även utvecklat nya rutiner för att bättre integrera munhälsa i barnhälsovården.

Nya rutiner för samverkan har också införts. Två av regionerna beskriver att de använt statsbidrag för att arrangera mötesdagar för att utveckla samverkan mellan barnhälsovården, socialtjänsten och tandvården.

Selektiv prevention

Nitton regioner använder, eller planerar att använda, statsbidragen inom överenskommelsen för riktade satsningar till barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet. En region beskriver att man

även finansierar tjänster inom förebyggande socialtjänst med statsbidrag för att möjliggöra en utvecklad samverkan med socialtjänsten.

På gång redan innan överenskommelserna

En region använder statsbidragen för att fortsätta en tidigare regional satsning på behovsprövade insatser i samverkan med tandvården. Om satsningen hade avbrutits utan statsbidrag eller inte framgår dock inte av enkätsvaret, men det påverkar statsbidragets additionalitet.

Flera andra regioner hade redan innan överenskommelserna påbörjat regionala satsningar på riktade hembesöksprogram till målgruppen och fortsätter dessa program, i flera fall med fortsatt regional finansiering.

Socioekonomiskt utsatta områden eller grupper?

Några regioner använder statsbidrag för riktade satsningar, som att öka bemanningen på en eller flera barnhälsovårdsenheter, i socioekonomiskt utsatta områden. Med ökad bemanning ges större möjligheter till såväl utökade hembesöksprogram som samverkan med exempelvis socialtjänsten. Av kommentarerna framgår att alla familjer i området erbjuds ett utökat hembesöksprogram, oavsett socioekonomisk utsatthet i enskilda familjer.

Många respondenter beskriver att man använder Care Need Index (CNI) för att identifiera socioekonomiskt utsatta områden¹². Några kommenterar att CNI är ett trubbigt mått eftersom det enbart ger vägledning på områdesnivå.

En respondent beskriver att man även använder vårdtyngd och att samma områden faller ut som utsatta. En annan berättar att man använder Rädda Barnens årliga rapport om barnfattigdom och statistik från verksamheterna.

På andra håll i landet ser problematiken annorlunda ut. Några respondenter skriver att regionen inte har utsatta områden som kan avgränsas geografiskt, som i en storstad, och att satsningar på särskilda geografiska områden därför inte fungerar. Några hänvisar till att man vid varje besök i barnhälsovården identifierar barnets och familjens skydds- och riskfaktorer för att kunna rikta insatser vid behov. En respondent skriver att man arbetar med att utveckla ett föräldraformulär om ekonomisk utsatthet, nedstämdhet, extrem stress, riskbruk eller missbruk av alkohol och våld i nära relationer.

Ett dilemma kan alltså skönjas i genomförandet av riktade insatser: alla socioekonomiskt utsatta grupper kan inte identifieras baserat på i vilket område man bor utan dessa behöver även kunna identifieras på andra sätt.

Insatsområden

I 14 av de 20 regioner som besvarar frågan görs insatser inom tandhälsa. Nästan lika många (11 regioner) gör insatser inom levnadsvanor och psykisk hälsa i familjen. De flesta respondenter som nämner levnadsvanor uppger att man arbetar med matvanor och fysisk aktivitet, vilken metod som används varierar mellan regionerna.

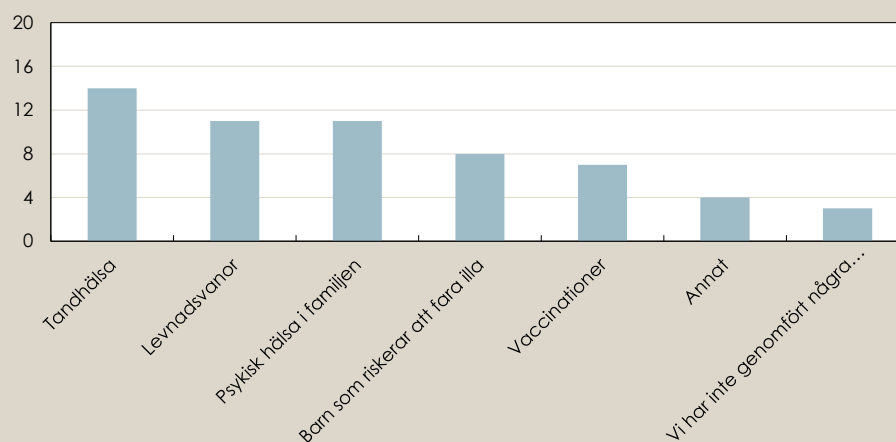
I 7 regioner, av de 20 som besvarar frågan, görs insatser inom vaccinationer. Andra respondenter förklarar att man inte förstärkt arbetet med vaccinationer eftersom täckningsgraden är hög.

Respondenter som svarar annat förklarar att det handlar om exempelvis språk, barnsäkerhet och samtalsmetodik.

¹² Som tidigare förklarats är begreppet bredare än Polisens definition

Flera respondenter kommenterar att det mesta ingår eftersom man satsat på att öka hembesöken och att det ger möjlighet till insatser inom de områden som en enskild familj behöver, vilket kan variera från fall till fall.

Figur 21. Antal regioner som genomför insatser, finansierade med statsbidrag, för ...



Källa: Socialstyrelsens enkät till regionerna om överenskommelsen för år 2018. Mars-april 2019.

Samverkan

Tretton av de 20 respondenter som besvarar frågan om samverkan i enkäten, upplever att samverkan om barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet ökade under 2018. Ett par regioner har använt statsbidrag för att finansiera samverkansdagar för att olika verksamheter ska få lära känna varandra och utveckla formerna för samverkan.

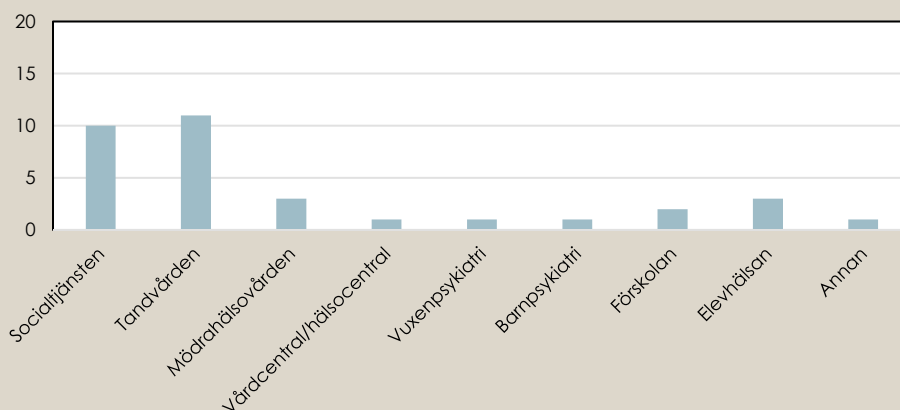
Figur 22 visar antalet respondenter som svarar att samverkan ökat med olika aktörer. Det vanligaste svaret var att samverkan med tandvården ökade (11 regioner). Tidigare visades också att tandvården varit delaktiga i planeringen av insatser med statsbidrag i närmare hälften av regionerna (figur 19) och att en majoritet gör insatser inom tandvård (figur 21).

Tio respondenter uppgav att samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten ökade under 2018. Dock framgår av kommentarerna att det i flera regioner var planerad samverkan som redan påbörjats.

I 3 regioner uppfattar respondenterna att samverkan med mödrahälsovården ökat. I 3 andra regioner uppfattade respondenterna att samverkan med Elevhälsan. I två regioner ökar barnhälsovårdens samverkan med förskolan.

Den respondent som svarat Annan, skriver att samverkan med biblioteket ökat genom överenskommelserna.

Figur 22. Antal regioner som uppfattar att barnhälsovårdens samverkan ökat med ...



Källa: Socialstyrelsens enkät till regionerna om överenskommelsen för år 2018. Mars-april 2019.

Möjliga resultat

Många regioner använder statsbidragen för att utveckla barnhälsovården för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet. Som ofta när det handlar om statsbidrag påpekar respondenterna att en tillfällig satsning medför en försiktighet, som nu också förstärktes av den politiska osäkerheten om vad som skulle hända med överenskommelsen för år 2019.

I enkäten beskriver flera respondenter att man befinner sig i ett uppstarts-skede och att exempelvis rekryteringar har dragit ut på tiden.

Statsbidragets additionalitet

En uppskattning av statsbidragets additionalitet kan göras genom att jämföra nettokostnaden för barnhälsovård exklusive läkemedel åren 2017 och 2018 i respektive region [8]. För att kostnader ska bli jämförbara över tid ska dessa räknas i ett och samma års priser. Mellan 2017 och 2018 ökade Landstingspris index (LPI) med drygt 4 procent [10]. År 2017 uppgick regionernas samlade nettokostnader för barnhälsovården till drygt 2 500 miljoner kronor [8]. För att hålla barnhälsovården 2018 i nivå med 2017 bör kostnaderna alltså räknas upp med drygt 4 procent, eller närmare 110 miljoner kronor.

Dock kan inte uteslutas att statsbidrag som använts för exempelvis bemanning av central barnhälsovårdsenhet och kompetensutveckling redovisas som del i regional förvaltning, och inte som barnhälsovård. För att ta höjd för detta görs en approximation av statsbidragets additionalitet baserad på löpande priser, det vill säga utan justering för pris- och löneförändringar mellan 2017 och 2018.

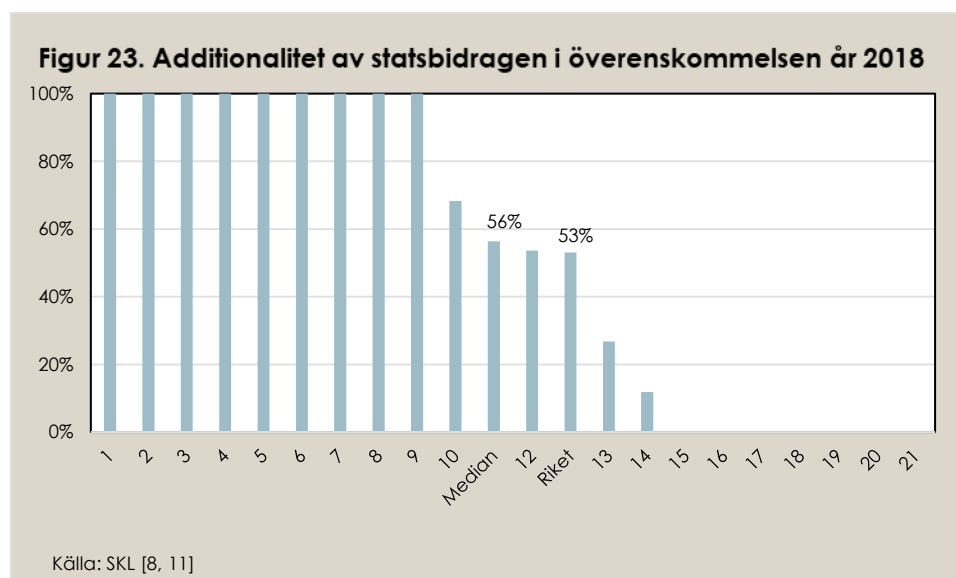
Statsbidragets additionalitet i respektive region uppskattas genom att bedöma hur mycket av en ökad nettokostnad för barnhälsovård exklusive läkemedel [8] som maximalt kan ha täckts med statsbidrag inom överenskommelsen för år 2018 [11]. I de regioner där nettokostnaden ökat med minst ett belopp som motsvarar statsbidraget antas att hela statsbidraget använts för förstärkning av barnhälsovården, det vill säga additionaliteten antas vara 100 procent. I regioner där nettokostnaden ökat mindre än statsbidraget antas ökningen i nettokostnad vara förstärkning av barnhälsovården och resterande del av statsbidraget ersätter regional finansiering. I regioner där nettokostna-

den för barnhälsovården är oförändrad eller minskar, antas att hela statsbidraget ersatt regional finansiering och att ingen additionalitet finns i barnhälsovården.

Figur 23 kan tolkas som en bekräftelse på den bild som respondenterna i enkäten förmedlar, det vill säga genomförandeprocessen varierar i regionerna. I 9 regioner kan antas att hela statsbidraget har kommit barnhälsovården till del. I sju av dessa nio ökade nettokostnaden för barnhälsovård med mer än statsbidraget, vilket kan bero på att en förstärkning genomförs med såväl regional finansiering som statsbidrag.

I 7 andra regioner har nettokostnaden för barnhälsovården (i löpande priser) minskat eller varit oförändrad mellan 2017 och 2018. Detta kan tolkas som att statsbidraget inte givit någon förstärkning av barnhälsovården, vilket exempelvis kan bero på att statsbidrag har ersatt regional finansiering, att det finns vakanta tjänster, att temporära insatser med regional finansiering har avslutats eller att regionen gjort besparingar i barnhälsovården. Det krävs dock andra metoder för att identifiera faktiska orsaker i respektive region.

Beräkningen visar att statsbidragen förstärkt barnhälsovården med närmare 65 miljoner kronor i löpande priser, vilket är lite drygt hälften av de 120 miljoner kronor i statsbidrag inom överenskommelsen för år 2018. Additionaliteten för statsbidragen inom överenskommelsen år 2018 uppskattas alltså till cirka 53 procent i riket och 56 procent i medianregionen.



Tillgänglighet

Lite drygt hälften av respondenterna uppfattande att de satsningar som finansierats med statsbidrag i den egna regionen har lett till, eller väntas leda till, en ökad tillgänglighet i barnhälsovården för barn 0 till 6 år med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet. I kommentarerna motiverar flera respondenter sitt svar med att man ser tecken på att tillgängligheten antingen ökar eller väntas öka, på barnhälsovårdcentraler som ökat bemaningen.

Nästan en tredjedel svarar dock att man inte vet hur tillgängligheten påverkas och att det är för tidigt att bedöma. Bland dem som svarat att tillgängligheten till barnhälsovården inte ökat för målgruppen handlar kommentarerna

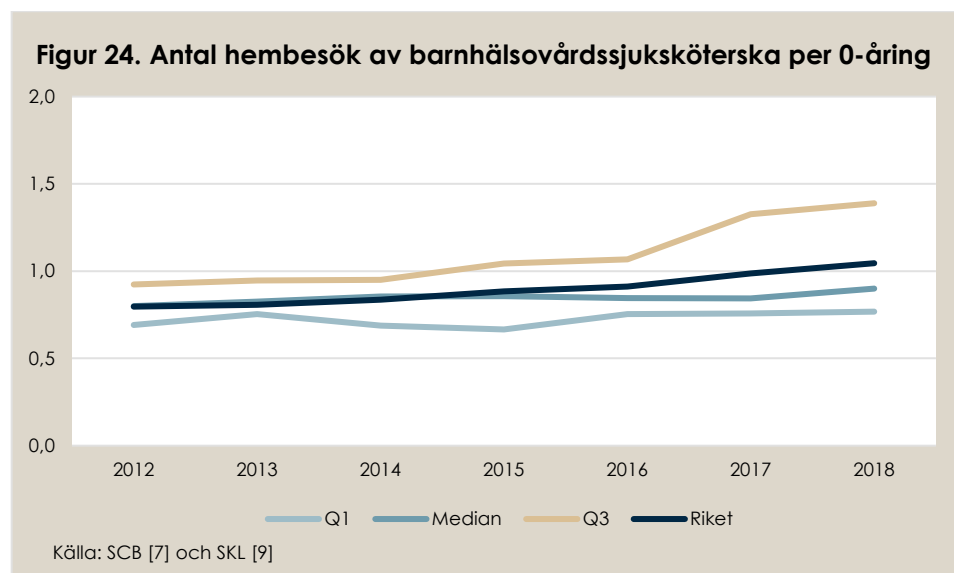
om att man, av olika anledningar, befinner sig i ett uppstartsskede eller att inga riktade insatser har gjorts.

Hembesök

I överenskommelsen nämndes hembesök som metod [2]. Figur 24 visar hur antalet hembesök per barn yngre än 1 år (nollåring) utvecklats åren 2012 till 2018 i medianregionen (Median), i den lägsta kvartilen (Q1) och i den över kvartilen (Q3) och i genomsnitt i riket (Riket). Tjugo av 21 regioner har rapporterat. Antalet hembesök per nollåring har beräknats med en schablon. Det totala antalet hembesök av barnhälsovårdssjuksköterska i respektive region [9] divideras med antalet nollåringar i regionen samma år [7].

Figur 24 visar att antalet hembesök i medianregionen är 0,8 mellan 2012 och 2017 för att öka till 0,9 hembesök per nollåring 2018. I den över kvartilen har antalet hembesök per nollåring ökat sedan 2012 och ökningen var markant mellan 2016 och 2017. Således hade några regioner inlett satsningar på hembesök redan innan överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården. I den övre kvartilen ökade antalet hembesök ytterligare från 1,3 per nollåring år 2017 till 1,4 hembesök per nollåring 2018.

Från 2012 till år 2017 ökade spridningen mellan den över och den nedre kvartilen från 0,1 hembesök per nollåring till 0,6 besök per nollåring.



Enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet ska hembesök göras till nyfödda, när barnet är åtta månader och vid behov i utökade hembesöksprogram. Det kan betyda två hembesök eller mer per nollåring. I den region som gör flest hembesök gjordes 1,8 besök per nollåring år 2018. Av regionernas årsrapporter för barnhälsovården framgår att flera prioriterar att göra hembesök till nya föräldrar, det vill säga nyfödda med äldre syskon får inte alltid hembesök.

Långsiktig kunskapsuppbyggnad

Enkätsvaren visar att regionerna har olika ambitionsnivåer i uppföljning av statsbidragen och utvärdering av insatser. Fyra regioner har forskningsprojekt inkluderade i olika satsningar, medan några respondenter svarar att regionen inte gör någon uppföljning alls. Däremellan finns många varianter. Hälften av regionerna planerar för en särskild uppföljning av statsbidragen i någon

form. Exempelvis har en regionstyrelse beställt en uppföljningsrapport över insatser som genomförts med statsbidrag och andra respondenter anger att satsningen följs upp i regionens årsrapport för barnhälsovården.

Av kommentarerna framgår att regionerna anser att det är viktigt att följa upp de insatser som genomförs med statsbidragen dels för att samla kunskap dels för att utveckla evidensbaserade metoder för att öka tillgängligheten i barnhälsovården för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet.

Uppfattningar om överenskommelserna

Respondenterna upplevde betydligt fler styrkor än svagheter med överenskommelserna. Såväl statsbidragen som målsättningen med och målgruppen för insatserna uppfattades av många som styrkor generellt. En respondent skriver att målgruppen utgår ifrån ett storstadsperspektiv och därför är en svaghet med överenskommelserna.

Av kommentarerna framgår att överenskommelserna uppfattas som en bekräftelse på att barnhälsovården gör ett viktigt arbete. Intentionen att rikta insatser till de barn som bäst behöver det upplevs av många som positiv. En respondent skriver:

Det betyder mycket att man nationellt ser betydelsen av att satsa på barnhälsovård och tidiga insatser.

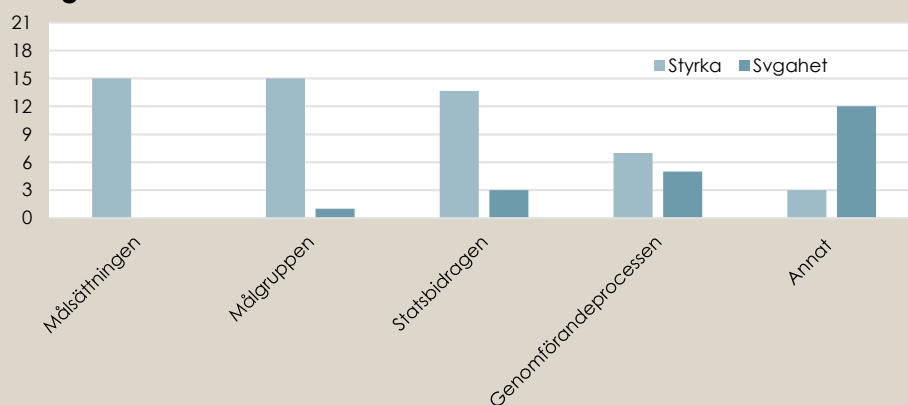
Uppfattningarna om genomförandeprocessen i den egna regionen är mest splittrade. Respondenterna i sju regioner upplevde den som en styrka medan fem andra respondenter upplevde genomförandeprocessen i den egna regionen som en svaghet. Det kan handla om att frihetsgraden i användningen av statsbidragen är en styrka i de regioner som har ett fungerande samarbete mellan regional förvaltning på olika nivåer och barnhälsovården. Medan den regionala genomförandeprocessen i andra regioner beskrivs som tungrodd och flera respondenter uttrycker en frustration kring svårigheter att få fram statsbidragen till barnhälsovården. Ytterligare andra pekar på att genomförandeprocessen brister då kunskapsorganisationen ställts utanför, även om statsbidraget använts för barnhälsovård.

Av kommentarerna framgår att flera respondenter befarar en risk för att förstärkningen av barnhälsovården inte når fram till barn i samma situation som bor i olika delar av landet. Några respondenter efterlyser en starkare nationell styrning av statsbidragen för att underlätta den regionala genomförandeprocessen samt säkerställa att statsbidragen används till barnhälsovård och en långsiktig kunskapsuppbyggnad.

Det vanligaste svaret på frågan om svaghet är Annat. I kommentarerna beskrivs svagheten handla om att alla överenskommelser är tillfälliga. Flera respondenter uppfattar att man i den egna regionen är avvaktande till att dra igång stora projekt eller att anställa personal på kortsiktiga pengar. En respondent skriver så här:

Det är oetiskt att starta projekt som är viktiga för barns hälsa, men som inte kan garanteras en fortsättning.

Figur 25. Antal regioner som uppfattar följande som styrka respektive svaghet med överenskommelserna om barnhälsovården



Källa: Socialstyrelsens enkät till regionerna om överenskommelsen för år 2018, Mars-april 2019.

Diskussion och slutsatser

Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården syftar ytterst till jämlik hälsa. I några avseenden är förutsättningarna för barns hälsoutveckling relativt likvärdiga i olika regioner. Tre av fyra barn ammas, helt eller delvis vid fyra månaders ålder, och vaccinationstäckningen är generellt god. I andra avseenden är variationen mellan regionerna större och det finns en samvariation med socioekonomisk utsatthet hos barn. Det gäller exempelvis andelen barn som exponeras för tobak i fosterlivet och under spädbarnstiden samt andelen barn 0 till 6 år som lever i hushåll med ekonomiskt bistånd.

Barnhälsovården är en viktig aktör för en jämlik hälsa, men kan inte ensam kompensera för ojämlika förutsättningar för barns hälsa som beror av samhällsekonomiska strategier och ger en social gradient i hälsa. Resultatet av barnhälsovårdens insatser måste alltså ses utifrån dess mandat och mot bakgrund av samhällsutvecklingen i stort.

En uppskattad satsning

Representanter för barnhälsovården i regionerna uppfattar överenskommelserna som en bekräftelse på att barnhälsovården gör ett viktigt arbete. I flera regioner har den regionala kunskapsorganisationen varit delaktig i planering och utformning av insatser, därigenom har strategiska satsningar i barnhälsovården prioriterats. Andra regioner har använt statsbidraget för att förstärka central barnhälsovårdsenhet eller motsvarande med exempelvis vårdutvecklare och samordnare för utveckling och kunskapsstyrning i barnhälsovården.

Totalt 19 av de 21 regionerna planerade att använda statsbidrag för riktade insatser i barnhälsovården för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet. I många regioner ger också statsbidragen barnhälsovården möjlighet att utveckla insatser för dessa barn.

Flera regioner hade redan innan överenskommelserna ett regionalt utvecklingsarbete i barnhälsovården som antingen förlängdes eller kunde förstärkas med hjälp av statsbidragen. I sju regioner ökade nettokostnaden för barnhälsovård mellan år 2017 och 2018 med mer än statsbidraget, vilket kan innebära att förstärkning av barnhälsovården genomförs med såväl regional finansiering som statsbidrag.

Mer än halva statsbidraget förstärker barnhälsovården

Flera regioner behövde en längre startsträcka för att komma igång. Några respondenter upplever också att den egna regionen är avvaktande till att starta projekt eller anställa personal med tillfälliga statsbidrag.

Alla regioner har inte heller planerat att använda hela statsbidraget för barnhälsovård, utan några har prioriterat helt andra områden. Av kommentarer i enkäten framgår en frustration över att statsbidrag inte alltid används i enlighet med avsikten i överenskommelserna och några respondenter efterlyser därför tydligare krav på uppföljning av statsbidragen. Dock planerar hälften av regionerna för en särskild uppföljning av statsbidragen och några har forskningsprojekt inkluderade i satsningar i barnhälsovården.

Att statsbidrag används för att finansiera en insats som annars hade genomförts med regional finansiering innebär en omfördelning av kostnaden,

men ger ingen förstärkning av barnhälsovården. Enligt en överslagsberäkning resulterade mer än hälften av statsbidraget inom överenskommelsen för 2018 i förstärkning av barnhälsovården. Spridningen mellan regionerna är mellan 0 och 100 procent. I medianregionen uppskattades 56 procent av statsbidragets ha använts för att förstärka barnhälsovården.

Barnhälsovårdens samverkan med tandvården utvecklas

Av enkäten framgår att utvecklad samverkan mellan barnhälsovården och tandvården är ett framsteg, som finansierats med statsbidrag inom överenskommelsen för år 2018.

Flera respondenter beskriver att barnhälsovården infört ett gemensamt mottagningsbesök med tandvården och andra regioner har utvecklat rutiner för att bättre integrera munhälsa i barnhälsovården.

Det är för tidigt att bedöma om utvecklingen kan leda till en jämlikare tandhälsa hos förskolebarn, men förutsättningarna för att göra insatser i samverkan mellan barnhälsovården och tandvården har sannolikt förbättrats.

Statsbidrag kan fördelas med högre träffsäkerhet

Enligt överenskommelsen ska SKL fördela statsbidragen mellan regionerna efter lokala behov. SKL utgick ifrån CNI för befolkningen i respektive region och gjorde en justering av den etablerade metoden. Att hela befolkningen inkluderats gynnar respektive missgynnar generellt regioner med stora skillnader mellan gruppen föräldrar till barn 0 till 6 år och hela befolkningen i regionen. Metodjusteringen gynnar regioner med låg befolkningsandel ensamboende äldre och låg befolkningsandel småbarn.

Enligt Socialstyrelsens analys kan fördelningens träffsäkerhet i förhållande till intentionen i överenskommelserna öka. Om den etablerade beräkningsmetoden för relativt CNI används för föräldrar till barn 0 till 6 år beaktas lokala behov som beror av föräldrarnas socioekonomiska förutsättningar. Då får några regioner lite mer statsbidrag och andra lite mindre.

Fortsättning följer...

Denna rapport är den första delrapporten inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag om att följa, stödja och analysera genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården. Ytterligare en delrapport presenteras i oktober 2020 och en slutrapport i oktober 2021.

Referenser

1. Förstudie till RU att följa, analysera och stödja överenskommelserna för ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018-2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
2. Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018. Stockholm: Socialdepartementet; 2017. Diarienummer S2017/07519-3.
3. Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för jämlik hälsa bland barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
4. Köhler L. Barnhälsoindex för Västra Götalandsregionen - Ett system för att följa barns hälsa i Västra Götalandsregionen och dess kommuner. Göteborg: Västra Götalandsregionen och Nordic School of Public Health; 2013. Rapport 2013:5.
5. Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård inom uppdraget att följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019.
6. Uttag av data för Care need index (CNI) för föräldrar till barn 0 till 6 år för år 2017. SCB; 2018.
7. SCB. Folkmängd 0 år, 1 år, 2 år, 3 år, 4 år och 5 år. Statistikdatabasen. Hämtad 2019-07-04.
8. SKL. Ekonomi- och verksamhetsstatistik för regioner. Ekonomitabeller 2018. Hämtad 2019-07-04 från <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/regionekonomiochverksamhet>
9. SKL. Ekonomi- och verksamhetsstatistik för regioner. Verksamhetstabeller 2018. Hämtad 2019-07-04 från <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/regionekonomiochverksamhet>
10. SKL. LPI och LPIK för åren 1980–2018. Hämtad 2019-07-04 från <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/budgetochplanering/prisindex/>
11. SKL. Förslag till fördelning av statsbidragen inom ÖK Barnhälsovård. 2018-08-24.
12. Regeringen. Agenda 2030 och globala målen. Hämtad 2019-05-29 från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/halsa-och-valbefinnande/>
13. FN:s konvention om barnets rättigheter. Stockholm: Barnombudsmannen; 2019.
14. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsopolitikens mål. Hämtad 2019-05-29 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/folkhalsopolitiska-mal/>
15. Om hälso- och sjukvårdslag, mm (prop. 1981/82:97).
16. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2019-02-14 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/>

17. Fritzell J. Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa; 2016. Underlagsrapport nr 3.
18. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper for Europe. 1991.
19. Nästa steg på vägen mot en jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för en jämlik hälsa (SOU 2017:47).
20. Rostila M, Toivanen S. Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Liber; 2018.
21. Mörk E, Sjögren A, Svaleryd H. Hellre rik och frisk - om familjebakgrund och barns hälsa. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering; 2015. Rapport 2015:13.
22. Ericsson U, Andersson M. Ekonomisk utsatthet och dess konsekvenser bland barn. Malmö: Länsstyrelserna i Skåne och Västerbottens län; 2015. Rapport 2015:6.
23. Barnfattigdom i Sverige. Stockholm: Rädda Barnen; 2018.
24. Vägledning för barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
25. Measuring child poverty – New league tables of child poverty in the world's rich countries. UNICEF: Innocenti Research Centre; 2012. Innocenti Report Card 10.
26. Åberg Yngve M, Fritzell J, Lundberg O, Diderichsen F, Burström B. Exploring relative deprivation: is social comparison a mechanism in the relation between income and health? Social Science Medicine 2003, 57(8): 1463-1473.
27. Rikshandboken. Barnhälsovård för professionen. Hämtad 2019-06-12 från <https://www.rikshandboken-bhv.se/>
28. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48).
29. SKL. Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Hämtad 2019-06-04 från <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>
30. Karies hos barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Artikelnummer 2019-2-23.
31. Har sociodemografin betydelse för amningsfrekvensen? Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
32. WHO Regional office for Europe. Herd Immunity Fighting measles is a shared responsibility. Hämtad 2019-08-20 från <http://www.euro.who.int/>
33. Thorén A, Marcus C. Fetma hos barn. Hämtad 2019-05-29 från <https://internetmedicin.se/>
34. SBU. Fetma och åtgärder. Hämtad 2019-05-29 från <https://www.sbu.se/>
35. Nylander C, Miregård J, Tiikkaja S. Övervikt och fetma bland barn och unga. Hämtad 2019-04-09 från <https://samverkan.regionsormland.se/>

36. Implementering av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Delredovisning av uppdragen om att stödja implementering respektive utvecklingsarbeten i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
37. Malmström M, Sundquist J, Bajekal M, Johansson SE. Indices of need and social deprivation for primary health care. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1998, 26(2):124-30.
38. Sundquist K, Malmström M, Johansson SE, Sundquist J. Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. *Journal of Epidemiol Community Health* 2003, 57:347-352.
39. Om primärvården domän och strategier. Slutrapport för Socialstyrelsens projekt: Primärvårdens roll för hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
40. Rapport om systemeffekter av den reviderade ersättningsmodellen för husläkarverksamheten med basal hemsjukvård. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2017. HSN 2017-0817.
41. Socioekonomisk resursfördelning till skolor. Så kan kommunen göra. SKL; 2014.

Bilageförteckning

- Bilaga 1. Om tillgängliga mått på förutsättningar för barns hälsa
- Bilaga 2. Att beräkna Care Need Index (CNI)
- Bilaga 3. Socialstyrelsens enkät till regionerna för uppföljning av statsbidragen för år 2018 inom överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården
- Bilaga 4. Kvalitetsdeklaration enkätundersökning

Bilaga 1

Syftet med denna bilaga är att förklara urvalet av mått och indikatorer i kapitlet om förutsättningar för barns hälsa. Kapitlet baseras på nationellt tillgängliga data som presenteras indelat i områdena socioekonomi, hälsoindikatorer och samhällets stöd. Dessutom finns en demografisk beskrivning av populationen barn 0 till 6 år i respektive region.

Inspiration för indelningen har hämtats från barnhälsoindex som avser att ge en samlad bild av hälsostatus för barn 0 till 18 år ur ett medicinskt och psykosocialt perspektiv, samt att ta hänsyn till bestämningsfaktorer för barnens hälsa ur ett befolkningsperspektiv [4]. Men alla indikatorer i barnhälsoindex är inte tillämpliga för barn 0 till 6 år. I några fall kan indikatorer för föräldrar ersätta indikatorer för barn 7 till 18 år, dock finns inga uppgifter om exempelvis föräldrars psykiska hälsa eller alkoholvanor.

I barnhälsoindex är hälsa och välbefinnande ett område och determinanter, delade i risk- och friskfaktorer, är ett annat. Det saknas tillgängliga data på nationell nivå om psykiskt välbefinnande hos såväl barn 0 till 6 år som deras föräldrar, således utgår välbefinnande här. De enda egentliga hälsodata för barn 0 till 6 år som finns tillgängliga på nationell nivå är kariesförekomst. Därför har hälsa och determinanter lagts ihop till området hälsoindikatorer.

Låg födelsevikt exkluderas eftersom det finns en förhållandevis stor variation inom regioner mellan olika år.

Tabell 1. Områden och indikatorer

Område	Barnhälsoindex 0–18 år	Mått och indikatorer barn 0–6 år
Socioekonomi	Elever utan gymnasiebehörighet Barnfattigdom	Föräldrarnas utbildningsnivå Föräldrar med förgymnasial utbildning Hushåll med ekonomiskt bistånd
Hälsoindikatorer	Barn med svåra yttre skador Karies Psykisk hälsa <i>Risikfaktorer</i> Låg födelsevikt Exponering för tobak i fosterlivet Tobaksexponering som spädbarn Barn och ungas tobaksrökning samt alkoholvanor Tonårsaborter <i>Friskfaktorer</i> Barn som ammas vid 4 månader Barn vaccinerade mot MPR	Karies Exponering för tobak i fosterlivet Tobaksexponering som spädbarn Barn som ammas vid 4 månader Barn vaccinerade mot MPR
Samhällets stöd	Deltagande i förskoleverksamhet	Barnhälsovårdens resurser Deltagande i förskoleverksamhet
Demografiska faktorer*	Antal barn 0–17 år Andel barn 0–17 år i befolkningen Barn med utländsk bakgrund	Andel barn 0–6 år i befolkningen Förstföderskornas ålder Andel utlandsfödda föräldrar

* Demografiska faktorer ger en bakgrund och ingår inte i beräkning av barnhälsoindex [4]

Bilaga 2

Syftet med denna bilaga är att transparent beskriva hur Care Need Index (CNI) beräknas. Bilagan bygger på [37, 38, 39, 40] samt dialog med utredare på SCB.

Bakgrund

CNI bygger på den brittiska metoden Underprivileged Area Score (UPA) [37, 38]. UPA utvecklades i London på 1980-talet för att koncentrera primärvårdens resurser till de områden som hade störst behov baserat på socioekonomiska förhållanden. Målet var att utveckla en metod för att fördela primärvårdens resurser mellan olika områden objektivt genom att statistiskt identifiera socialt utsatta områden med större behov.

Variablerna som används för att beskriva patientgrupper i UPA är personer äldre än 65 år och ensamboende, barn 5 år och yngre, arbetslösa, utlandsfödda utanför västländer, ensamstående föräldrar, trångboddhet, arbetarklass och nyinflyttade [37]. Vikter, mellan ett och nio, som beskriver hur allmänläkare upplever att variablerna påverkar den egna arbetsinsatsen uppskattades genom en enkätundersökning.

För att tillämpa UPA på svenska förhållanden modifierades variablerna utifrån vilken motsvarande eller närliggande statistisk som fanns i Sverige, dessutom gjordes en undersökning för att bestämma svenska vikter för variablerna [37, 39]. Resultatet benämndes Swedish Care Need Index [39].

Beräkningsmetoden har förenklats över tid för att ge ett mer korrekt genomslag för absoluta skillnader i sammansättningen i olika grupper [40].

Att beräkna CNI

Begreppet CNI används för flera olika mått. Absolut CNI är ett index som anger en grupps förväntade vårdbehov i förhållande till förväntat vårdbehov i andra grupper [37, 39]. Relativt CNI är en normering av gruppernas CNI per person som används för att omfördela resurser mellan olika grupper för att öka förutsättningarna för jämlikhet [38]. Relativt CNI visar hur omfördelning av ett givet belopp ska göras, men visar inte hur mycket mer den ena gruppen behöver relativt den andra för att jämna ut skillnader i förutsättningar [37].

Att fastställa absolut och relativt CNI är en beräkning i flera steg, som här beskrivs under varsin rubrik.

Steg 1. Population och grupper

Först definieras populationen, det vill säga vilka individer som ska omfattas. Sedan indelas populationen i grupper. Alla individer i populationen måste tillhöra en grupp. Vilken den relevanta populationen är och vad som är en lämplig gruppindelning beror på syftet med att rangordna olika grupper i populationen i förhållande till varandra.

Om populationen är befolkningen boende i Sverige kan dessa delas in i exempelvis kommuner baserat på individernas folkbokföringsadress. När ersättning till vårdgivare ska fördelas inom en region kan populationen vara befolkningen i regionen och grupperna listade patienter per vårdcentral.

Steg 2. Variabler och vikter

CNI baseras på sju variabler som finns i tillgängliga nationell statistik hos SCB. Variablerna beskriver sammansättningen av respektive grupp. Variablernas vikter är från ett till nio och speglar hur allmänläkare upplever att olika variabler påverkar den egna arbetsinsatsen [37, 39, 40].

Tabell 1. Variabler och vikter i CNI

i	Variabel (x_i)	Definition	Vikt (v_i)
1	Lågutbildad	Person 25 till 64 år med förgymnasial utbildning	3,97
2	Utrikesfödd	Person född i Öst- och Sydeuropa (utanför EU), Afrika, Asien eller Sydamerika	5,72
3	Arbetslös	Person 16 till 64 år som är arbetslös eller sysselsatt i arbetsmarknadspolitisk åtgärd	5,13
4	Ensamstående förälder	Ensamstående förälder med barn yngre än 18 år	4,19
5	Nyinflyttad	Person äldre än 1 år som under det senaste året flyttat mellan kommuner eller bytt distrikt	4,19
6	Småbarn	Person 0-5 år	3,23
7	Ensamboende äldre	Person som är äldre än 64 år och ensamboende	6,15

Steg 3. Totalt indexvärde för grupp i (I_i)

Totalt CNI per grupp är summan av antalet personer i gruppen med respektive variabel multiplicerat med variabelns vikt.

Totalt CNI för grupp i (I_i) beräknas med hjälp av variablerna (x_i^j) och vikter (v^j), enligt tabellen ovan, där j går från 1 till 7 enligt formel (1):

$$I_i = \sum_{j=1}^7 v^j * x_i^j \quad (1)$$

Steg 4. CNI per person i respektive grupp (I_i/G_i)

Totalt CNI för en grupp blir troligen högre ju fler personer som ingår i gruppen. För att göra olika stora grupper jämförbara beräknas CNI per person i respektive grupp.

CNI per person i grupp i beräknas genom att dividera totalt CNI i grupp i , det vill säga resultatet av formel (1), med antalet personer i grupp i (G_i):

$$\frac{I_i}{G_i} = \frac{(\sum_{j=1}^7 v^j * x_i^j)}{G_i} \quad (2)$$

Antalet grupper i populationen kan betecknas n . Resultatet av steg 4 är CNI per person för var och en av de n grupperna.

Steg 5. Absolut CNI för grupp i

CNI per person i de n grupperna rangordnas i storleksordning för att identifiera mediangruppens CNI per person.

Absolut CNI för grupp i beräknas genom att dividera index per person grupp i , som beräknats enligt formel (2) med mediangruppens CNI per person enligt formel (2):

$$CNI_i^{Absolut} = \frac{I_i/G_i}{(I/G)_{Mediangruppen}} \quad (3)$$

Steg 6. Relativt CNI för grupp i

För att fördela ersättning mellan samtliga n grupper i populationen görs en normering som tar hänsyn till att det krävs en proportionalitet mellan hur mycket mindre några grupper måste få för att andra grupper ska få mer.

Relativt CNI för grupp i beräknas genom att dividera index per person i grupp i enligt formel (2) med index per person i hela populationen:

$$CNI_i^{Relativ} = \frac{I_i/G_i}{\left((\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^7 v^j * x_i^j) / \sum_{i=1}^n G_i \right)} \quad (4)$$

Bilaga 3



Bakgrundsfrågor

Fråga 1. Hur var barnhälsovården i er region organiserad under 2018?

- ☐ Eget vård- eller hälsoval
- ☐ Del i annat vård- eller hälsoval, ange vilket:
- ☐ Annat sätt, ange hur:

Kommentarer:

Fråga 2. Hur många BVC, familjecentraler och annan form av barnhälsovård fanns i er region under 2018?

BVC:

Familjecentraler:

Annan form av barnhälsovård, ange vilken i kommentarer

Kommentarer:

Fråga 3. Vilket eller vilka centrala styrdokument för barnhälsovård hade ni i er region under 2018?

Flera svarsalternativ är möjliga:

- ☐ Regionens förfrågningsunderlag (eller annat dokument för vårdbeställning)
- ☐ Socialstyrelsens *Vägledning för barnhälsovården*
- ☐ Rikshandboken
- ☐ Annat, ange vad:
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Fråga 4. Vilken var den största utmaningen för barnhälsovården i er region under 2018?

- ☐ Organisation
- ☐ Bemanning
- ☐ Barnhälsovårdens uppdrag, ange vilken/vilka delar:
- ☐ Annat, ange vad:
- ☐ Barnhälsovården i vår region hade inga utmaningar under 2018

Kommentarer:

Beslutsprocessen för genomförandet av överenskommelsen

Fråga 5. På vilken nivå i er region fattades beslut om hur stimulansmedlen för 2018 skulle användas?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Politisk nivå
- ☐ Central förvaltning i regionen
- ☐ Hälso- och sjukvårdsförvaltning
- ☐ Centrala barnhälsovårdsenheten
- ☐ Annan, ange vilken:

Kommentarer:

Fråga 6a. Vilka i er region var involverade i planeringen av hur stimulansmedlen för 2018 skulle användas?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Politiker
- ☐ Central förvaltning i regionen
- ☐ Centrala barnhälsovårdsenheten
- ☐ Barnvårdscentraler (BVC) eller familjecentraler
- ☐ Socialtjänsten
- ☐ Förskola
- ☐ Föräldrar och barn
- ☐ Annan aktör, ange vilken:
- ☐ Ingen organiserad planering gjordes

Kommentarer:

Fråga 6b. Var i er region samordnades planeringen av hur stimulansmedlen för 2018 skulle användas?

- ☐ Politisk nivå
- ☐ Central förvaltning i regionen
- ☐ Centrala barnhälsovårdsenheten
- ☐ Enskild barnvårdscentral (BVC) eller familjecentral
- ☐ Annan, ange vilken:
- ☐ Ingen samordning gjordes

Kommentarer:

Fråga 7a. Vad användes stimulansmedlen för 2018 till i er region?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Förstärkning av det generella barnhälsovårdsprogrammet
- ☐ Barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet
- ☐ Förstärkning av barnhälsovårdsenhet, ange vilken:
- ☐ Annat, ange vad:

Kommentarer:

Fråga 7b. Hur förstärktes det generella barnhälsovårdsprogrammet?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Ökad bemanning
- ☐ Kompetensutveckling
- ☐ Organisatoriska förändringar
- ☐ Nya arbetssätt, ange vilka:
- ☐ Annat, ange vad:

Kommentarer:

Fråga 7c. Vilken bemanning förstärkte det generella barnhälsovårdsprogrammet?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Barnläkare/Allmänläkare
- ☐ Barnhälsovårdssjuksköterska
- ☐ Logoped
- ☐ Psykolog
- ☐ Tandsköterska/tandhygienist
- ☐ Samordnare/vårdutvecklare
- ☐ Kurator
- ☐ Dietist
- ☐ Fysioterapeut
- ☐ Annan kompetens, ange vilken:
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Insatser som möjliggjordes av stimulansmedlen inom överenskommelsen för 2018

Fråga 8. Beskriv hur barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet identifierades:

Tänk på att inte ange uppgifter som kan kopplas till någon enskild persons hälsa eller levnadsförhållanden.

Fråga 9a. Inom vilket eller vilka områden har ni genomfört insatser för målgruppen?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Tandhälsa
- ☐ Levnadsvanor
- ☐ Psykisk hälsa i familjen
- ☐ Barn som riskerar att fara illa
- ☐ Vaccinationer
- ☐ Annat, ange vad:
- ☐ Vi har inte genomfört några insatser inom något särskilt område
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Fråga 9b. Vilka levnadsvanor har ni arbetat med?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Fysisk aktivitet
- ☐ Matvanor
- ☐ Föräldrars alkoholvanor
- ☐ Föräldrars tobaksvanor
- ☐ Annat, ange vad:

Kommentarer:

Fråga 9c. Har arbetet med levnadsvanor gjorts med en specifik metod eller ett specifikt program?

- ☐ Ja, ange vilken/vilket:
- ☐ Nej

Kommentarer:

Fråga 10. Vilka insatser har ni genomfört?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Nya arbetssätt för att nå barnens föräldrar
- ☐ Nya arbetssätt för att fånga upp barn som uteblir från besök
- ☐ Utökat hembesöksprogram
- ☐ Gemensamma hembesök med annan verksamhet eller annan profession, ange vilken:
- ☐ Mottagningsbesök i samverkan med annan aktör, ange vilken:
- ☐ Annan, ange vilken:
- ☐ Ingen insats genomfördes
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Fråga 11a. Uppfattar ni att samverkan, kring barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet, ökade i er region under 2018?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Fråga 11b. Med vilken eller vilka aktörer uppfattar ni att samverkan ökade?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Socialtjänsten
- ☐ Tandvården
- ☐ Mödrahälsovården
- ☐ Vårdcentral/hälsocentral
- ☐ Vuxenpsykiatri
- ☐ Barnpsykiatri
- ☐ Förskolan
- ☐ Elevhälsan
- ☐ Annan, ange vilken:
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Förväntat resultat av genomförandet av överenskommelsen

Fråga 12. Hur följer ni upp stimulansmedlen för 2018?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Årsrapporten för barnhälsovården
- ☐ Särskild uppföljning av stimulansmedel
- ☐ Forskningsstudie
- ☐ Det görs ingen uppföljning av stimulansmedel
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Fråga 13. Uppfattar ni att stimulansmedlen för 2018 har påverkat arbetsmiljön för personalen i barnhälsovården?

- ☐ Ja, beskriv gärna på vilket sätt i kommentarer
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Fråga 14. Uppfattar ni att stimulansmedlen bidragit till en ökad tillgänglighet i barnhälsovården för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet?

- ☐ Ja, beskriv gärna på vilket sätt i kommentarer
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Fråga 15. Vilket stöd behöver ni från Socialstyrelsen för ert lokala arbete med att öka tillgängligheten i barnhälsovården?

Frågan avser annat stöd än stimulansmedlen för 2019.

Socialstyrelsen kan inte påskynda eller på annat sätt påverka utbetalningen av 2019 års stimulansmedel inom överenskommelsen.

Fråga 16. Vad uppfattar ni som styrkan med överenskommelsen?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Målsättningen med överenskommelsen
- ☐ Målgruppen i överenskommelsen
- ☐ Stimulansmedlen
- ☐ Genomförandeprocessen i vår region
- ☐ Annat, ange vad:
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Fråga 17. Vad uppfattar ni som svagheten med överenskommelsen?

Flera svarsalternativ är möjliga.

- ☐ Målsättningen med överenskommelsen med
- ☐ Målgruppen i överenskommelsen
- ☐ Stimulansmedlen
- ☐ Genomförandeprocessen i vår region
- ☐ Annat, ange vad:
- ☐ Vet inte/kan inte ange

Kommentarer:

Fråga 18. Är det något som vi inte frågat om som ni vill skicka med?

Bilaga 4

Kvalitetsdeklaration enkätundersökning

Inledning

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelsen, därför behöver vi uppgifter och erfarenheter från alla Sveriges regioner. Resultatet av denna enkätundersökning presenteras i en rapport till regeringen som publiceras i oktober 2019.

Projektledare för datainsamlingen var Erika Budh, U/UV. Kontaktpersoner i SMS-gruppen var Carolin Holm, frågekonstruktör, och Lars Holm, statistiker.

Syfte

Enkäten ger Socialstyrelsen underlag för att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelsen. Efter några bakgrundsfrågor följer frågor om hur statsbidragen inom överenskommelsen för år 2018 har omsatts i barnhälsovård för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet. Statsbidragen inom överenskommelsen för år 2019 kommer att följas upp vid senare tillfälle.

Omfattning

Objekt och population

Denna undersökning har vänt sig till Sveriges regioner. Antalet i målpopulationen är 21.

Totalundersökning

Undersökningen är en totalundersökning, det vill säga samtliga regioner har fått möjlighet att besvara enkäten.

Frågor och variabler

Frågekonstruktören utformade frågorna i samarbete med projektledaren samt sakkunniga inom Socialstyrelsen.

Enkäten består av 18 frågor. Frågorna består av en blandning av frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor. Bakgrundsfrågorna handlar om barnhälsovården i regionerna under år 2018. Majoriteten av frågorna handlar om hur stimulansmedlen inom överenskommelsen för år 2018 hanterades. I slutet av enkäten finns några mer framtidsytande frågor.

Samråd har genomförts med SKL.

Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät. Ett informationsbrev skickades till registrator i respektive region för vidare befordran till chef för barnhälsovårdsenheten via e-post med länk till webbenkäten. Datainsamlingen pågick 2019-03-20--2019-04-25.

Under insamlingsperioden skickades en (1) ordinarie påminnelse. Regioner som inte hade öppnat enkäten när cirka en vecka av svarstiden återstod Dessutom kontaktades företrädare för central barnhälsovårdsenhet på telefon.

Svarsfrekvens

Enkäten besvarades av företrädare för 21 regioner, vilket ger en svarsfrekvens på 100 procent.

Bortfall

Bortfall förekommer inte i denna undersökning.

Tillförlitlighet

Ramtäckning

Täckningsfel förekommer inte in denna undersökning.

Mätfel

I samband med datainsamlingen kan slumpmässiga och systematiska fel uppstå, dessa kallas mätfel. De svar som ges kan vara osäkra eller felaktiga. De kan även bli fel på grund av att de som svarar har missuppfattat frågan. Det finns en rad olika källor till dessa fel, bl.a. mätinstrumentet, informationssystemet och insamlingssättet.

För att minska risk för mätfel har enkäten konstruerats med ämneskunnig, enkätfrågekonstruktör, en statistiker samt i samråd med SKL.

Bearbetning

Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan bearbetningsfel uppstå, som exempelvis registreringsfel och kodningsfel.

Då insamlingen skett via en webbenkät med fasta alternativ bör registreringsfelet var litet.

Beskrivning av data

Statistiska mått

Från undersökningen redovisas andel och antal regioner för hela riket samt öppna svar från kommentarsfält.

Jämförbarhet över tid

Det är första gången Socialstyrelsen genomför denna undersökning.

Tillgänglighet

Socialstyrelsen publicerar rapporten på www.socialstyrelsen.se.