

Nationellt hälsoprogram för barn och unga

Delredovisning om kostnader och implementering

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-1-10006

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, januari 2026

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) samt Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) i uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Hälsoprogrammet kommer att sträcka sig från tiden före födelsen till och med 20 års ålder. Det ska bland annat främja barns och ungas hälsa och utveckling, samt förebygga ohälsa.

Hälsoprogrammet ska även bidra till en sammanhållen, regelbunden och jämlik hälsouppföljning, oavsett var någonstans i landet barnet eller den unge bor.

Detta är den tredje delredovisningen inom uppdraget och den innehåller kostnadsuppskattningar för hälsobesök, resultat från en genomgång av hälsoekonomiska studier samt en sammanställning av genomförda implementeringsinsatser. Därutöver beskrivs arbetet med att ta fram en långsiktig implementeringsstrategi för hälsoprogrammet.

Märta Sundbeck har varit projektledare i uppdraget. Arbetet har letts av ansvarig enhetschef Maria Areblad och avdelningschef Mattias Fredricson.

Socialstyrelsen vill rikta ett varmt tack till alla som på olika sätt deltagit i arbetet, och som har bidragit med värdefulla synpunkter.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	6
Resultatet i korthet	6
Fortsatt arbete inom regeringsuppdraget	7
Hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga kan förstärkas	8
Ett nationellt hälsoprogram för barn och unga tas fram	8
Olika metoder har använts	9
Vad kostar hälsobesök inom ramen för ett nationellt hälsoprogram för barn och unga?	12
Mödrahälsovården: före födelsen	13
Barnhälsovården: 0–5 år	14
Tandvården: 3–19 år	16
Elevhälsan: 6–20 år	17
Föräldraskapsstöd upp till 20 år	22
Fler hälsobesök innebär ökade kostnader	25
Vilka samhällsekonomiska effekter har främjande och förebyggande insatser för barn och unga?	26
Litteratursökningen talar för att främjande och förebyggande insatser kan vara kostnadseffektiva	26
Identifierade studier om främjande och förebyggande insatser riktade till blivande föräldrar	27
Identifierade studier om främjande och förebyggande insatser riktade till barn mellan 0–5 år	28
Identifierade studier om främjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga mellan 6–20 år	29
Identifierade studier om främjande och förebyggande insatser riktade till föräldrar	30
Olika utåtriktade aktiviteter har genomförts – en grund till implementering av hälsoprogrammet	32
Arbetet med att ta fram hälsoprogrammet har präglats av en bred involvering	32
En långsiktig implementeringsstrategi ska tas fram och arbetet har påbörjats	37
Implementering av hälsoprogrammet kopplar an till andra centrala områden	37

Vad är en implementeringsstrategi och hur ska den användas?	38
Strategin bygger på några centrala utgångspunkter.....	38
Tänkbara implementeringsinsatser som kan stödja den regionala och lokala nivån	44
Uppföljning kommer vara en viktig del i implementeringsarbetet.....	46
Hälsoprogrammet innebär sannolikt en höjd ambitionsnivå	47
Fortsatt arbete inom regeringsuppdraget – fokus på att färdigställa hälsoprogrammet.....	48
Arbetet med att ta fram en långsiktig implementeringsstrategi intensifieras under våren 2026	48
Referenser.....	49
Bilaga 1. Metod.....	53
Metod för beräkning av kostnader för hälsobesök	53
Metod för litteratursökning	62
Bilaga 2. Översikt av gjorda implementeringsinsatser	63

Sammanfattning

Regeringen har gett sex myndigheter i uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Hälsoprogrammet ska bland annat främja barns och ungas hälsa och utveckling samt förebygga ohälsa. Kärnan i hälsoprogrammet är hälsobesök med undersökningar och hälsosamtal, samt föräldraskapsstöd. Hälsoprogrammet ska inkludera flera olika verksamheter, bland annat mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsan och tandvården.

Denna rapport är den tredje delredovisningen inom uppdraget. Den innehåller kostnadsuppskattningar för hälsobesök inom berörda verksamheter och yrkesgrupper, resultatet från en genomgång av hälsoekonomiska studier om hälsofrämjande och förebyggande insatser samt en beskrivning av pågående implementeringsinsatser. Därutöver ges en bild av arbetet med att ta fram en långsiktig implementeringsstrategi för hälsoprogrammet.

Resultatet i korthet

Hälsoprogrammet kan leda till ökade kostnader men samtidigt innebära samhällsekonomisk vinst

Kostnadsuppskattningar för hälsobesök inom berörda verksamheter har gjorts i enlighet med uppdragets anvisningar. Resultaten från gjorda kostnadsuppskattningar visar att det nationella hälsoprogrammet kan komma att innebära ökade kostnader för regioner och kommuner på kort sikt. Omfattningen av dessa avgörs av vilka eventuella hälsobesök som kommer att föreslås inom hälsoprogrammet. Samtidigt indikerar genomgången av hälsoekonomiska studier att främjande och förebyggande insatser till barn och unga samt deras föräldrar, både kan generera hälsovinster för målgruppen och i förlängningen leda till minskade samhällskostnader.

Flera implementeringsinsatser har gjorts och arbete med att ta fram långsiktig implementeringsstrategi har påbörjats

Arbetet med att förankra och sprida kunskap om hälsoprogrammet har pågått löpande under uppdragsperioden. Myndigheterna har genomfört cirka 50 implementeringsinsatser riktade till centrala målgrupper såsom beslutsfattare, professioner, barn och unga samt civilsamhällets aktörer. En långsiktig implementeringsstrategi – som syftar till att främja en

ändamålsenlig implementering av hälsoprogrammet – kommer också tas fram, och detta arbete har påbörjats. Centrala utgångspunkter för strategin har till exempel utvecklats. För att identifiera lärdomar som kan ligga till grund för den kommande strategin, har även en förstudie med fokus på vad som kännetecknar framgångsrik implementering gjorts.

Fortsatt arbete inom regeringsuppdraget

Inför kommande delredovisning av uppdraget, planerar myndigheterna att färdigställa en första version av hälsoprogrammets olika beståndsdelar. Det innefattar bland annat att:

- fastställa strukturen för hälsobesök och föräldraskapsstöd
- tillgänggöra nya kunskapsstöd
- digitalt tillgängliggöra hälsoprogrammet för professionen
- förstärka den nationella uppföljningen av barns och ungas hälsa och utveckling
- ta fram en modell för uppföljning och utvärdering av hälsoprogrammets genomförande och effekter.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga kan förstärkas

Insatser för att främja barns och ungas hälsa är på många sätt välfungerande. Samtidigt finns tydliga utvecklingsmöjligheter. Dessa rör exempelvis behovet av en mer sammanhållen och likvärdig barn- och ungdomshälsovård, stärkt samordning mellan aktörer samt ett tydligare och mer systematiskt hälsofrämjande och förebyggande arbete under hela uppväxten [1]. Den hälsofrämjande vården är till exempel inte jämlik, och tillgängligheten till preventiva insatser för barn och unga varierar över landet. Insatserna är dessutom fragmentiserade, och det finns behov att stärka övergångarna mellan berörda verksamheter för att säkerställa att barn och unga fångas upp på ett adekvat sätt [1]. Det finns idag inte heller någon sammanhållen nationell uppföljning av barns och ungas hälsa, eller av barn- och ungdomshälsovården på nationell nivå [2].

Ett nationellt hälsoprogram för barn och unga tas fram

Mot ovanstående bakgrund har regeringen gett sex myndigheter¹ i uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Hälsoprogrammet ska främja barns och ungas hälsa och utveckling, samt förebygga och identifiera ohälsa. Hälsoprogrammet syftar även till att uppnå en sammanhållen, regelbunden och jämlik hälsouppföljning för barn och unga upp till och med 20 års ålder. Kärnan i hälsoprogrammet ska vara hälsobesök med undersökningar och hälsosamtal, samt föräldraskapsstöd. Hälsoprogrammet kommer att utföras av flera olika verksamheter, bland annat mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsan och tandvården.

Denna rapport utgör uppdragets tredje delredovisning och innehåller:

- Redovisning av kostnader för hälsobesök för olika verksamheter och professioner.
- Genomgång av exempel på hälsoekonomiska studier om hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga.
- Redogörelse av pågående implementeringsinsatser, samt arbetet med att ta fram förslag på strategi för implementering av hälsoprogrammet.

¹ Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM), Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har fått regeringsuppdraget. Socialstyrelsen har det samordnande ansvaret inom uppdraget.

De tidigare delredovisningarna publicerades i februari och september 2024. Den första belyser förutsättningar för uppföljning av barns och ungas hälsa och utveckling, respektive för att följa upp och utvärdera det nationella hälsoprogrammet [3]. I den andra redovisas planen för att ta fram hälsoprogrammet, och en kartläggning av uppskattade kostnader för nuvarande verksamhet på aggregerad nivå [4].

I juli 2025 beslutade regeringen om en ändring av uppdraget om att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Ändringen innebär att en första version av hälsoprogrammet kommer att redovisas i sin helhet i samband med nästa delredovisning som sker i augusti 2026. Slutredovisningen av uppdraget sker i januari 2027, och denna kommer bland annat innehålla en analys av förändrade kostnader som kunskapsstöden eventuellt medför och förslag på fortsatt utveckling och förvaltning av hälsoprogrammet.

Olika metoder har använts

Samverkansmyndigheterna har använt olika tillvägagångssätt för delredovisningen, och dessa redovisas översiktligt nedan.

Kostnadsberäkningar bygger på en marginalkostnadsansats

I enlighet med uppdraget ska de samverkande myndigheterna beräkna kostnader för hälsobesök för olika verksamheter och professioner. För att ge en indikation på vad de eventuella förändringar som kan komma att föreslås i hälsoprogrammet innebär sett till kostnader, har uppskattningar av kostnader för ett hälsobesök inom respektive verksamhet gjorts.

För att förstå kostnaden för ett hälsobesök, har kostnadsberäkningarna utgått från en marginalkostnadsansats (så kallad bottom-up-ansats). Metoden utgår främst ifrån att uppskatta lönekostnaderna för antalet heltidstjänster som behövs för att genomföra ett besök i respektive verksamhet. I lönekostnaden inkluderas arbetsgivaravgifter, semesterersättning och overheadkostnader. Marginalkostnadsansatsen kräver antagande om tid- och resursförbrukning. Antagandena om tidsåtgång bygger på dialog med experter från mödrahälsovården, barnhälsovården och tandvården. För elevhälsan utgår antagandet om tidsåtgång från de förslag som presenterats av utredningen för förbättrad elevhälsa [5]. Kostnadsberäkningar för föräldraskapsstöd baseras på beräkningar av kostnader för olika former av föräldraskapsstöd, och hur dessa påverkas beroende på hur många som tar del av stödet. För mer utförlig metodbeskrivning, se bilaga 1.

Beräkningarna innehåller ett stort antal osäkerheter, bland annat eftersom det ännu inte är fastställt vilka besök som kommer föreslås i hälsoprogrammet. Det är även osäkert i vilken utsträckning fler medarbetare behöver anställas för att kunna svara upp mot föreslagna förändringar. Det finns även stora variationer i hur mycket tid som läggs på klinisk respektive administrativ tid, något som också bidrar till svårigheter att generalisera beräkningarna. Antalet förlossningar eller årskullar är inte heller konstanta, vilket också kan påverka de kostnadsuppskattningar som görs. Sammanfattningsvis är beräkningarna ungefärliga, och är enbart tänkta att ge en indikation som kan ligga till grund för mer specifika resursuppskattningar till slutredovisningen av uppdraget.

En litteratursökning med fokus på hälsoekonomiska studier om främjande och förebyggande insatser har gjorts

För att få en bild av hälsoprogrammets samhällsekonomiska effekter, har en översiktlig vetenskaplig litteraturgenomgång genomförts. Denna har fokuserat på studier om främjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga respektive föräldrar. Litteraturgenomgången gör inte anspråk på att vara heltäckande, utan ska snarare ses som ett underlag för att få en fördjupad bild av möjliga effekter och ekonomiska konsekvenser av tidiga insatser för barn och unga. Totalt omfattade urvalet 91 studier, varav 34 var systematiska översikter.

En kartläggning av samtliga implementeringsinsatser har gjorts

När det kommer till genomförda och pågående implementeringsinsatser, har samverkansmyndigheterna gjort en bred kartläggning. Uppgifter om implementeringsinsatser har samlats in systematiskt och sammanställts löpande. Sammanfattningsvis redovisas arbetet med fokus på förankring, kommunikation och information riktat till berörda intressenter, målgrupper och aktörer.

Arbetet med att ta fram en långsiktig implementeringsstrategi sker i olika steg

En långsiktig strategi för implementering av hälsoprogrammet ska tas fram, och arbetet görs successivt. Flera aktiviteter har genomförts som en del i detta arbete, och myndigheterna har bidragit på olika sätt. Redovisningen baseras bland annat på en genomförd kartläggning av samverkansmyndigheternas insatser och på litteraturgenomgångar genomförda av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

(SBU). Dessa litteraturgenomgångar har identifierat studier av hur främjande och förebyggande hälsoprogram har implementerats. Lärdomar från studierna kommer utgöra ett underlag för den kommande implementeringsstrategin.

Vad kostar hälsobesök inom ramen för ett nationellt hälsoprogram för barn och unga?

För att i slutredovisningen av uppdraget kunna uppskatta förändrade kostnader som hälsoprogrammet innebär, har kostnadsuppskattningar för besök i de berörda verksamheterna gjorts. Slutliga analyser av förändrade kostnader kommer att redovisas 2027 när uppdraget avslutas.

Hälsoprogrammet är ännu inte färdigställt, och det är därför inte fullständigt klarlagt vilka besök som i slutändan kommer att föreslås. Redovisade kostnadsuppskattningar är därmed enbart tänkta att ge en övergripande fingervisning om de eventuella kostnadsökningar som hälsoprogrammet kan medföra. Förändringar i antalet hälsobesök, eller uppdaterat innehåll i besöken, leder inte heller nödvändigtvis till ökade kostnader i realiteten. Detta bland annat eftersom justeringar i vissa fall kan komma att ersätta andra befintliga insatser.

Idag görs uppskattningsvis mellan 45–53² hälsobesök med undersökning, hälsosamtal och föräldraskapsstödjande insatser från tiden före födelsen till 20 års ålder. Införandet av hälsoprogrammet kommer med stor sannolikhet innebära att fler besök föreslås, och att vissa hälsobesök utvidgas både i omfattning och innehåll.

Nedan redovisas kostnadsuppskattningar med fokus på ett besök i mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsan och tandvården. Redovisningen inkluderar även kostnadsuppskattningar för ett breddat föräldraskapsstöd (oavsett verksamhet). Det skulle kunna vara relevant att även genomföra kostnadsuppskattningar för insatser inom förlossning/BB, bland annat mot bakgrund av att en första hälsoundersökning av det nyfödda barnet görs i nära anslutning till förlossningen. Därutöver ges i regel ett hälsosamtal, och i viss mån föräldraskapsstödjande insatser. Dessa ges emellertid inte i samband med ett avgränsat besök, utan löpande under tiden som föräldrarna och barnet är inskrivna i slutenvården. Mot denna bakgrund är det svårt att göra jämförbara och tillförlitliga kostnadsuppskattningar inom detta steg. Dessa har därför uteslutits från sammanställningen nedan. På motsvarande sätt har även beräkningar för ungdomsmottagningar

² Uppskattningen baseras på en genomgång av det nationella barnhälsoprogrammet, genomgång av nio regionala vårdprogram för mödrahälsovården, Skollagen (2010:800) och i dialog med experter från tandvården. Variationen i antal besök beror på regionala och lokala skillnader, särskilt inom mödrahälsovården.

exkluderats. Eftersom sådana mottagningar inte finns tillgängliga i hela landet, begränsas möjligheterna att dra generella slutsatser om kostnader.

Kostnadsuppskattningarna redovisas för verksamheterna utifrån en kronologisk ordning sett till barnets uppväxt. Uppskattningar för föräldraskapsstöd, som erbjuds under hela uppväxtperioden, redovisas sist.

Mödrahälsovården: före födelser

Vården under en graviditet ska främja hälsa och stärka det framtida föräldraskapet. En central uppgift i mödrahälsovården är att upptäcka tidiga tecken på sjukdom och risker för den gravida och det väntade barnet [6]. Socialstyrelsen har tagit fram ett nationellt basprogram för graviditetsövervakning som tydliggör miniminivån av vård som alla gravida bör erbjudas [7]. Basprogrammet specificerar inte antal besök, utan det är upp till varje enskild region att besluta om detta inom ramen för sina vårdprogram. Mot denna bakgrund varierar antalet erbjudna besök mellan olika regioner, men uppskattningsvis ges alla gravida kvinnor möjlighet att gå på omkring tio besök.

Utöver regionala variationer vad gäller antalet besök, skiljer sig även deras omfattning runtom i landet. I de flesta regioner tar de första och sista besöken något längre tid än övriga. I dialoger med experter inom mödrahälsovården framkommer att dessa besök vanligen uppgår till omkring en timme, medan resterande besök varar i ungefär 30 minuter. Det är i regel en barnmorska som ansvarar för genomförandet av besöken, vilka i allmänhet omfattar undersökning och uppföljning av den gravida kvinnan och det väntade barnet.³

Kostnaden för ett besök inom mödrahälsovårdens graviditetsövervakning kan beräknas med lönekostnader för antalet heltidstjänster som behövs om alla gravida genomgår ett besök om 30–60 minuter. Detta utifrån antagandet att en barnmorska har 40 eller 65 procent klinisk tid (för en mer detaljerad metodbeskrivning, se bilaga 1). Ett besök för alla gravida om 30–60 minuter, uppskattas till omkring 40–140 miljoner kronor årligen. Kostnad per besök bör därmed hamna mellan uppskattningsvis 440–1 440 kronor (beskrivs i tabell 1 nedan).

Det är, som tidigare nämnts, inte klarlagt i nuläget om hälsoprogrammet kommer föreslå ytterligare besök inom mödrahälsovården.

³ För att få en övergripande bild av besöken har ett urval av regionernas vårdprogram kartlagts. Urvalet baseras på geografisk spridning och de vårdprogram som har inkluderats i genomgången är från Region Blekinge, Region Gävleborg, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Västerbotten, Västra Götalandsregionen och Region Örebro län.

Tabell 1. Uppskattade kostnader för ett besök inom mödrahälsovården

Antal förlossningar: 98 331*

Tids- åtgång, minuter	Yrkesgrupp	Klinisk tid, procent**	Heltids- tjänster	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per besök, kr
30	Barnmorska	40	68	70,9	721
30	Barnmorska	65	42	43,6	443
45	Barnmorska	40	102	106,3	1 081
45	Barnmorska	65	63	65,4	665
60	Barnmorska	40	136	141,7	1 441
60	Barnmorska	65	84	87,2	887

*Källa: Socialstyrelsens statistik om förlossningar, graviditeter och nyfödda barn 2023; SCB lönestatistik 2023.

**Klinisk tid är baserat på antagande om hur stor del av den arbetstiden som är avsatt för patientnära arbete. På grund av svårigheter att göra tillförlitliga uppskattningar om klinisk tid för barnmorskor inom mödrahälsovården har beräkningar gjorts utifrån två olika antaganden om klinisk tid.

***Beräknad genom antalet heltidstjänster multiplicerat med årskostnaden för en barnmorska. I kostnaden ingår sociala avgifter, semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad.

Barnhälsovården: 0–5 år

Barnhälsovården har ett brett uppdrag som omfattar insatser för att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa hos alla barn. Detta genom att främja barns hälsa och utveckling samt förebygga ohälsa.

Barnhälsovården ska tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem med barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö [8].

För att säkerställa en jämlik vård, finns idag ett nationellt barnhälsovårdsprogram som anger en miniminivå av insatser som kan erbjudas till alla barn upp till och med fem års ålder [8]. Programmet anger på en övergripande nivå hur vården kan struktureras över tid, och vilka professioner som kan involveras i insatserna. Samtidigt ger programmet utrymme för regionala anpassningar, exempelvis i utförande och organisation. I programmet ingår 17 besök. Vid identifiering av särskilda behov eller tecken på hälsorisker, erbjuds barnet och dess föräldrar ytterligare eller utökade besök.

Hälsobesöken sker framför allt på barnavårdscentraler (BVC) eller på någon av landets Familjecentraler (FC). Det senare innebär en samverkansmodell mellan kommun och region där BVC är samlokaliserad med åtminstone barnmorskemottagning, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande

verksamhet [9].⁴ Enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet rekommenderas att alla barn och deras föräldrar erbjuds hembesök när barnet är nyfött respektive vid åtta månaders ålder, och att fler hembesök ska erbjudas vid behov [10].

På en BVC arbetar legitimerade specialistsjuksköterskor, antingen distriktsköterskor eller med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Varje BVC har legitimerade läkare med adekvat kompetens, såsom läkare med specialistkompetens i allmänmedicin, pediatrik eller barnpsykiatri, knutna till sig. Därutöver arbetar barnhälsovårdssykeologer på respektive BVC. I vissa regioner inkluderas även andra yrkesgrupper, såsom logoped, socionom och dietist [11].

En sjuksköterska genomför samtliga hälsobesök, men en läkare deltar vid fyra tillfällen (så kallade teambesök): vid fyra veckor, vid sex månader, vid 12 månader samt vid tre år [8]. Utifrån dialog med den nationella arbetsgruppen inom barnhälsovård (NAG BHV), framgår att besöken inom BVC i genomsnitt tar omkring 20–60 minuter.

Kostnaden för ett hälsobesök inom barnhälsovården räknas enligt samma metod och steg som för mödrahälsovården. Utgångspunkten är genomsnittlig tidsåtgång för ett besök, hur många barn som omfattas av ett besök, vad den totala tidsåtgången motsvarar i heltidstjänster och vad dessa tjänster beräknas kosta i termer av årliga lönekostnader (se tabell 2 nedan och bilaga 1 för en mer detaljerad genomgång av metod). I dialog med NAG BHV uppskattas genomsnittlig klinisk tid för en sjuksköterska vara omkring 40 procent, och för en läkare ungefär 75 procent av den totala arbetstiden. Beräkningarna för kostnader utgår från scenarier med ett besök inom barnhälsovården på mellan 30–60 minuter där sjuksköterska deltar, eller besök om 20–30 minuter där specialistläkare också närvarar. De totala kostnaderna uppskattas ligga på omkring 680–1 430 kronor per besök, vilket motsvarar cirka 70–140 miljoner kronor per år.

Det är viktigt att notera att det i dagsläget är osäkert om hälsoprogrammet kommer innebära att ytterligare besök föreslås inom barnhälsovården.

⁴ Det finns även familjecentralsliknande verksamhet som innebär att barnhälsovården är samlokaliserad med öppen förskola och/eller förebyggande socialtjänst.

Tabell 2. Uppskattade kostnader för ett besök inom barnhälsovården

Andel barn födda 2023: 99 072*

Tids- åtgång, minuter	Yrkesgrupp	Heltids- tjänster**	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per besök, kr
20	Specialistsjuksköterska och specialistläkare	70	94,3	952
30	Specialistsjuksköterska	68	67,1	678
30	Specialistsjuksköterska och specialistläkare	105	141,5	1 428
60	Specialistsjuksköterska	137	134,3	1 356

*Källa: SCB:s befolkningsstatistik 2024; SCB lönestatistik 2023.

**Antalet heltidstjänster är baserat på antagande om hur stor del av arbetstiden som är avsatt för patientnära arbete, det vill säga hur mycket klinisk tid varje yrkesgrupp har. För barnhälsovården har Socialstyrelsen fört dialog med nationell arbetsgrupp barnhälsovård (NAG BHV) och uppskattar utifrån detta den kliniska tiden för en specialistsjuksköterska till 40 procent och den kliniska tiden för en specialistläkare till 75 procent.

***Beräknad genom antalet heltidstjänster multiplicerat med årskostnaden för de berörda yrkesgrupperna. I kostnaden ingår sociala avgifter, semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad.

Tandvården: 3–19 år

Tandvården erbjuder, i enlighet med tandvårdslagen (1985:125), barn och unga regelbunden och avgiftsfri tandvård till och med det år de fyller 19. En viktig del i tandvården för barn och unga är att förebygga, upptäcka och åtgärda karies. Karies är en mycket vanlig sjukdom hos barn, och kan få betydande konsekvenser i form av smärta, påverkan på tal- och tuggförmåga, samt negativa effekter på barnets sociala och psykiska hälsa. I vissa fall leder karies till att mjölkändarna måste tas bort eller att de tappas för tidigt. Detta kan störa utvecklingen av bettet, och öka risken för hål i de nya permanenta tänderna. Dessutom kan smärta och behandling bidra till tandvårdsrädsla, något som kan göra det svårare för barnet att ta hand om sin munhälsa i framtiden. Karies kan till stor del förebyggas genom goda kostvanor och regelbunden tandborstning. Därför är det viktigt att tidigt arbeta för att främja sunda vanor hos barn och unga [12].

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för tandvård, men det finns däremot inget nationellt vårdprogram eller motsvarande för tandvård riktat till barn och unga. Av denna anledning ses regionala och lokala variationer i hur många tandvårdsbesök barn och unga erbjuds under uppväxten. Det första tandvårdsbesöket sker i regel det år barnet fyller tre, och därefter kallas barnet till fortsatta undersökningar med olika intervall. Detta beroende på individuella behov och regionala eller lokala riktlinjer. Vanligtvis kallas barnet i ett och ett halvt års intervaller, vilket resulterar i totalt nio besökstillfällen fram till det år barnet fyller 19.

I genomförda referensgruppsmöten med experter från bland annat tandvården, framgår att det finns behov av att fånga upp barns munhälsa tidigare än vad som görs idag. Ett första besök vid tre års ålder kan innebära att barnen redan har omfattande problem med karies. I det fortsatta arbetet utforskas därför möjligheten till en tidigare undersökning av munhälsan.

För att beräkna kostnaden för ett besök inom tandvården, har samma metod som för besök inom mödra- och barnhälsovården använts. Av experter inom tandvård och munhälsa framgår att ett rutinbesök ofta tar mellan 20–30 minuter, och att det antingen genomförs av en tandhygienist eller att både en tandsköterska och tandläkare medverkar. Tandläkaren är då närvarande under uppskattningsvis 10 minuter av besöket. I dialog med experterna uppskattas genomsnittlig klinisk tid för en tandläkare och tandsköterska till omkring 70 procent av den totala arbetstiden. Motsvarande nivå för tandhygienister uppskattas till cirka 65 procent. Detta resulterar i en kostnad på cirka 240–430 kronor per besök, vilket innebär årliga kostnader på omkring 30–50 miljoner kronor.

Tabell 3. Uppskattade kostnader för ett besök inom tandvården

Genomsnittligt antal barn per årskull (3–19 år), 2024: 123 202*

Tids- åtgång, minuter	Yrkesgrupp	Heltids- tjänster**	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per besök, kr
20	Tandhygienist	35	29,7	241
20	Tandläkare + tandsköterska	49	41,5	337
30	Tandhygienist	52	44,6	362
30	Tandläkare + tandsköterska	65	52,7	427

*Källa: SCB:s befolkningsstatistik 2024.

**Antalet heltidstjänster är baserat på antagande om hur stor del av arbetstiden som är avsatt för patientnära arbete, det vill säga hur mycket klinisk tid i varje yrkesgrupp har. Utifrån dialog med interna experter antas den kliniska tiden vara 65 procent för tandhygienister och 70 procent för tandläkare och tandsköterska.

***Beräknad genom antalet heltidstjänster multiplicerat med årskostnaderna för de berörda yrkeskategorierna. I kostnaden ingår sociala avgifter, semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad.

Elevhälsan: 6–20 år⁵

Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan består av tvärprofessionell

⁵ Omfattar insatser för samtliga barn och unga som går i grundskola, anpassade grundskolan, specialskolan, sameskolan, gymnasieskolan och anpassade gymnasieskolan. Unga som inte går en gymnasieutbildning och omfattas av det kommunala aktivitetsansvaret, samt unga som har gått klart sin gymnasieutbildning före 20 års-ålder kommer inte omfattas av elevhälsans insatser.

kompetens och arbetar på individ-, grupp- och skolenhetsnivå i samverkan med lärare och övrig personal. Enligt skollagen ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog, kurator samt specialpedagog eller speciallärare.⁶ Elevhälsan arbetar främst hälsofrämjande och förebyggande, och ska stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Sambandet mellan hälsa, lärande och utveckling står därmed i fokus för elevhälsans insatser som ska vara en del av skolans kvalitetsarbete [13]. Vid behov ska elevhälsan samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten [14]. Skolans huvudman ansvarar för att eleverna på skolan har tillgång till elevhälsa i den omfattning de har rätt till i enlighet med skollagen. Hur elevhälsan organiseras varierar mellan huvudmän och skolor [14-16]. Inom ramen för elevhälsans medicinska insats bedriver huvudmannen hälso- och sjukvård.⁷ Det innebär bland annat att den – utöver skollagen – ska följa gällande författningar på hälso- och sjukvårdsområdet.⁸ Det nationella hälsoprogrammet berör i första hand elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.

Idag specificerar skollagen att elever inom grundskolan, anpassade grundskolan och specialskolan ska erbjudas minst tre hälsobesök.¹ I sameskolan, som omfattar sex årskurser, ska varje elev erbjudas minst två hälsobesök. I gymnasieskolan och anpassade gymnasieskolan ska alla elever erbjudas minst ett hälsobesök som innefattar en allmän hälsokontroll. Mellan hälsobesöken ska eleverna erbjudas undersökning av syn och hörsel samt andra begränsade hälsokontroller.⁹ Inför eller under besöken, kan elever och vårdnadshavare få möjlighet att besvara en hälsoenkät som kan bidra till att skapa struktur i hälsobesöken [17].

Den 26 november 2025 presenterade *Utredningen om en förbättrad elevhälsa (U 2024:01)* sina förslag och bedömningar. Utredningen har på regeringens uppdrag bland annat sett över hur många regelbundna hälsobesök som är ändamålsenligt i elevhälsan (dir 2024:30). I slutbetänkandet *En förbättrad elevhälsa* (SOU 2025:113), föreslår utredningen att hälsobesöken ska förstärkas och förtydligas. Förslaget innebär att elever och elevers vårdnadshavare ska kallas till ett stort hälsobesök i årskurs 1, 5 och 8 i samtliga obligatoriska skolformer. Förslaget är anpassat till den tioåriga grundskolan som börjar tillämpas 2028.¹⁰ Elever ska kallas till ett stort hälsobesök år 1 i gymnasieskolan och anpassade gymnasieskolan. Stort hälsobesök ska omfatta hälsoundersökningar och

⁶ Se 2 kap. 25 § skollagen.

⁷ Se bland annat 2 kap. 25 § skollagen och 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁸ Se exempelvis Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

⁹ Se 2 kap. 27 § skollagen.

¹⁰ Prop. 2024/25:143. En tioårig grundskola, betänkande 2024/25:UbU17. En tioårig grundskola och Riksdagsskrivelse 2024/25:289.

hälsosamtal om elevens fysiska, psykiska och sociala hälsa och utveckling. En nationellt framtagna enkät ska ligga till grund för stort hälsobesök.

Elever ska även kallas till litet hälsobesök i årskurs 3 och 6. Litet hälsobesök ska omfatta enklare hälsoundersökningar, och uppföljning av elevens levnadsvanor samt psykiska och sociala hälsa.

Elever ska dessutom kallas till hälsosamtal i årskurs 9 i samtliga obligatoriska skolformer, och år 2 i gymnasieskolan respektive anpassade gymnasieskolan. Hälsosamtalet ska omfatta samtal om psykisk och social hälsa och trygghet.

Kostnadsuppskattningarna utgår från samma metod som för mödra- och barnhälsovården samt tandvården. Uppgifter om tidsåtgång för de olika besöken och närvarande kompetens, är samma som framgår av slutbetänkandet. I dialog med utredningen uppskattas klinisk tid till 39 procent. Beräkningarna skiljer sig från utredningens förslag på flera sätt. Utredningen har bland annat uppskattat tillkommande kostnader för förändringarna, medan de kostnadsuppskattningar som redovisas i denna rapport är totala kostnader för de föreslagna hälsobesöken. Därutöver använder utredningen inte uppdelning av klinisk och administrativ tid i sina slutliga beräkningar.

Uppskattningarna av kostnader per besök är ungefär 2 120 kronor för ett stort besök med skolsköterska och skolläkare närvarande, och 680 kronor för ett stort besök med skolsköterska närvarande. Ett litet hälsobesök med skolsköterska uppskattas kosta 340 kr, och ett hälsosamtal med hälso- och sjukvårdskurator till 980 kr. Detta medför en årlig kostnad på omkring 840 miljoner kronor för barn i samtliga årskurser.

Tabell 4a. Uppskattade kostnader för föreslagna besök inom elevhälsan i grundskolan

Antal barn per årskull i skolålder (6–20 år), 2024: 124 311*

Årskurs	Typ av besök	Tidsåtgång, minuter	Yrkesgrupp	Antal heltids-tjänster**	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per besök, kr
1	Stort hälsobesök	30	Skolsköterska och specialistläkare	176	263,7	2 122
3	Litet hälsobesök	15	Skolsköterska	44	42,1	339
5	Stort hälsobesök	30	Skolsköterska	88	84,3	678
6	Litet hälsobesök	15	Skolsköterska	44	42,1	339
8	Stort hälsobesök	30	Skolsköterska	88	84,3	678
9	Hälsosamtal	45	Hälso- och sjukvårdskurator eller skolsköterska	132	121,9	980

* Källa: SCB:s befolkningsstatistik 2024.

** Antalet heltidstjänster är baserat på antagande om hur stor del av arbetstiden som är avsatt för elevnära arbete, dvs. hur mycket klinisk tid varje yrkesgrupp har. Utifrån dialog med ansvariga för *utredningen om en förbättrad elevhälsa* har klinisk tid uppskattats till 39 procent, även om utredningen inte använde sig av klinisk tid i sina uppskattningar.

*** Källa: SCB Lönestatistik 2023 inklusive ett lönepåslag bestående av sociala avgifter, semesterersättning och en schablon för overhead på totalt 1,84.

Ekonomiska effekter av nya regleringar, Antalet arbetade timmar per år uppskattas till 1808 timmar enligt Tillväxtverkets rekommendationer från 2017.

I elevhälsoutredningen användes 1,407 i lönepåslag.

Tabell 4b. Uppskattade kostnader för föreslagna besök inom elevhälsan i gymnasiet

Antal barn per årskull i skolålder (6–20 år), 2024: 124 311*

Årskurs	Typ av besök	Tidsåtgång, minuter	Yrkesgrupp	Antal heltids-tjänster**	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per besök, kr
1	Stort hälsobesök	30	Skolsköterska	88	84,3	678
2	Hälsosamtal	45	Hälso- och sjukvårdskurator eller skolsköterska	132	121,9	980

* Källa: SCB:s befolkningsstatistik 2024.

** Antalet heltidstjänster är baserat på antagande om hur stor del av arbetstiden som är avsatt för elevnära arbete, dvs. hur mycket klinisk tid varje yrkesgrupp har.

Utifrån dialog med ansvariga för utredningen om en förbättrad elevhälsa har klinisk tid uppskattats till 39 procent, även om utredningen inte använde sig av klinisk tid i sina uppskattningar.

*** Källa: SCB Lönestatistik 2023 inklusive ett lönepåslag bestående av sociala avgifter, semesterersättning och en schablon för overhead på totalt 1,84.

Ekonomiska effekter av nya regleringar, Antalet arbetade timmar per år uppskattas till 1808 timmar enligt Tillväxtverkets rekommendationer från 2017.

I elevhälsoutredningen användes 1,407 i lönepåslag.

Föräldraskapsstöd upp till 20 år

Föräldraskapsstöd syftar till att stärka föräldrars förmåga att främja barns hälsa, utveckling och trygghet samt att stärka föräldra-barnrelationen. Stödet syftar även till att förebygga ohälsa hos barnet och att öka trygghet i föräldrarollen. Stöd i föräldraskapet bör inkludera ett gemensamt och jämställt föräldraskap, där ett fungerande samarbete och strävan efter barnets bästa är centralt [18].

För att säkerställa ett likvärdigt stöd, finns bland annat en nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd [18]. Hur stödet organiseras och genomförs varierar mellan kommuner och regioner.

Universellt föräldraskapsstöd erbjuds i flera former och vid olika tidpunkter genom insatser inom mödra- och barnhälsovården, samt socialtjänstens förebyggande verksamhet [19, 20]. Majoriteten av de föräldraskapsstödjande insatserna ges i samband med andra hälsobesök. Hembesök och enskilda samtal riktade till den födande och icke-födande föräldern, ges exempelvis som en del av det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Därutöver erbjuds insatser i form av enskilda samtal och föräldraskapsstöd i mindre grupp inom såväl mödra- och barnhälsovården som socialtjänsten.

I arbetet med det nationella hälsoprogrammet för barn och unga ses alla föräldraskapsstödjande insatser över. Enskilda insatser som erbjuds inom befintliga hälsobesök och via socialtjänsten samt de som ges i grupp, inkluderas i översynen. De olika formerna av föräldraskapsstöd inom det nationella hälsoprogrammet utgår framför allt ifrån ett identifierat behov: att främja en god föräldra-barnrelation.

Fyra olika former av föräldraskapsstöd skulle kunna rymmas inom det nationella hälsoprogrammet, och kan komma att föreslås. Dessa former av stöd finns idag i varierande omfattning, och når inte alla föräldrar på ett jämställt och jämlikt sätt.¹¹ Förutom dessa stöd ses ordinarie besök inom mödra- och barnhälsovården (inklusive ordinarie hembesök) över. Detta med fokus på att de i högre grad ska bli mer stödjande i föräldraskapet, och påverka föräldra-barnrelationen positivt.

- **Enskilt föräldraskapsstödjande samtal** till vardera förälder inom ramen för befintliga hälsobesök i mödra- och barnhälsovården. Enskilt stöd till alla föräldrar kan även ges inom den kommunala socialtjänstens förebyggande verksamhet, till exempel på Familjecentral.

¹¹ Det vill säga till de vuxna som kan anses ha en föräldrafunktion för barnet eller den unge.

- **Föräldraskapsstöd i mindre grupp** till samtliga föräldrar som kan tillhandahållas av mödra- och barnhälsovården eller socialtjänsten, exempelvis på Familjecentral.
- **Gemensamt föräldraskapsstödjande samtal** till föräldrar som inte deltar i föräldraskapsstöd i grupp. Detta stöd kan ges inom mödra- och barnhälsovården.
- **Föräldraskapsstöd i storgrupp – tematräffar** riktade till samtliga föräldrar, till exempel under föräldramöten i skolan, på Familjecentral eller inom socialtjänsten. Särskilt fokus på grupper som idag är svåra att nå, exempelvis icke-födande föräldrar och ensamstående.

För de föräldraskapsstödjande insatser som redan idag erbjuds är målet att fler föräldrar, och särskilt icke-födande föräldrar, ska ta del av stödet. Detta oavsett om det handlar om insatser riktade till enskilda individer eller till flera personer. Kostnadsberäkningen utgår därför ifrån vad det skulle innebära om en större andel av föräldrarna erbjuds och väljer att ta del av dessa insatser. Det är viktigt att poängtera att ett ökat deltagande bland föräldrar, inte nödvändigtvis leder till ökade kostnader. Framför allt eftersom det förekommer att föräldrar som inte deltar i föräldraskapsstöd i mindre grupp, istället ges förlängda hälsobesök.

Andra tänkbart relevanta insatser utgörs bland annat av ett enskilt föräldraskapsstöd inom mödrahälsovården, riktat till den blivande icke-födande föräldern (på samma sätt som inom barnhälsovården). Ett annat exempel är gemensamt stöd till de föräldrapar som inte deltar i gruppverksamhet. Även tematräffar inom skolan eller socialtjänsten skulle kunna vara aktuellt. Kostnaderna för dessa insatser varierar både beroende på omfattning, och hur många föräldrar som erbjuds respektive väljer att delta.

Ovanstående innebär att de tillkommande kostnaderna för föräldraskapsstöd inom det nationella hälsoprogrammet kan variera avsevärt. En fullständig redovisning av kostnadsuppskattningar för olika scenarier återfinns i metodbilagan. Sammanfattningsvis visar beräkningarna att om deltagandet i samtliga befintliga stödinsatser (föräldragrupper inom mödra- och barnhälsovården samt ökat deltagande i enskilda samtal för den icke-födande föräldern inom barnhälsovården) skulle öka med 5–20 procentenheter, beräknas kostnaderna stiga med omkring 20–100 miljoner kronor. Om fler föräldrar skulle ta del av socialtjänstens föräldraskapsstödsprogram i mindre grupp och delta i tematräffar anordnade av socialtjänsten beräknas kostnaderna öka med 20–90 miljoner kronor vid ett deltagande som ökar med 5–20 procentenheter. Det är värt att notera att föräldraskapsstödsprogram kan utformas på många olika sätt, bland annat med skillnader i antal träffar och kompetenskrav på den som håller i programmet. Uppskattningen utgår från en analys gjord av Folkhälsomyndigheten och innehåller ett snitt för ett flertal olika program.

På motsvarande sätt skulle ytterligare samtal inom mödra- och barnhälsovården medföra kostnader på cirka 10–40 miljoner kronor om 5–20 procent av alla föräldrar deltar. Om mödrahälsovården skulle erbjuda ett enskilt samtal med den icke-födande föräldern i motsvarande utsträckning som inom BHV, uppskattas kostnaderna till mellan 20–30 miljoner kronor (se tabell 5). Som tidigare nämnts, är det inte säkert att ett högre deltagande per automatik genererar ökade kostnader. Detta eftersom olika insatser kan ersätta varandra.

Sammantaget uppskattas kostnaderna för ökat deltagande i befintliga föräldraskapsstöd, och möjliga ytterligare föräldraskapsstödjande insatser inom det nationella hälsoprogrammet, till mellan omkring 80 och 260 miljoner kronor.

Tabell 5a-b. Sammanfattning av uppskattade kostnader för breddat och mer jämlikt föräldraskapsstöd

Tabell 5a. Ökat deltagande i befintliga stödinsatser

Typ av insats	Andel	Kostnad per år, miljoner kronor
Ökat deltagande i mindre grupp i MHV	5 procentenheter	9,5
	20 procentenheter	38,2
Ökat deltagande i mindre grupp i BHV	5 procentenheter	11,2
	20 procentenheter	44,8
Ökat deltagande i enskilt samtal med icke-födande föräldrar inom BHV*	5 procentenheter	3,4
	20 procentenheter	13,4

*Deltagandet i enskilda samtal med icke-födande föräldrar var 39 procent under 2024 enligt registret BHVQ varför det har identifierats som särskilt relevant att prioritera ett ökat deltagande i detta samtal.

Tabell 5b. Möjliga ytterligare föräldrastödjande insatser

Typ av insats	Andel	Kostnad per år, miljoner kronor
Gemensamt* samtal inom MHV	5 procent	4,3
	20 procent	17,2
Gemensamt* samtal inom BHV	5 procent	5,0
	20 procent	20,1
Enskilt samtal med icke-födande föräldrar inom MHV	39 procent **	22,3
	59 procent	33,8

Typ av insats	Andel	Kostnad per år, miljoner kronor
Föräldraskapsprogram inom socialtjänsten	5 procent	21,9
	20 procent	87,7
Tematräffar inom socialtjänsten	5 procent	1,8
	20 procent	7,1

**Insatser som erbjuds de vuxna som kan anses ha en föräldrafunktion för barnet eller den unge i fråga.

***Motsvarande det deltagande i samtal med icke-födande föräldrar som sker inom barnhälsovården 2024 enligt Svenska barnhälsovårdsregistret (BHVQ).

Fler hälsobesök innebär ökade kostnader

Det nationella hälsoprogrammet kommer sannolikt innebära ökade kostnader för regioner och kommuner. Preliminärt ses behov av tidigare undersökningar av barnets munhälsa och fler besök inom elevhälsan, och vissa av hälsobesöken i elevhälsan bedöms även behöva öka i omfattning. Ett förstärkt föräldraskapsstöd kommer också med största sannolikhet innebära utökade insatser. Som ett led i att implementera nya kunskapsstöd som utvecklats inom ramen för hälsoprogrammet, kommer förmodligen nya arbetssätt och rutiner också behöva införas. Även detta arbete kommer sannolikt vara kostnadsdrivande på kort sikt.

Samtidigt som hälsoprogrammet kan medföra ökade kostnader på kort sikt, finns det mycket som talar för att främjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga bidrar till positiva samhällsekonomiska effekter på lång sikt – så kallade hemtagningseffekter. Dessa insatser kan därför ses som en investering som över tid leder till samhällsekonomiska besparingar och skapar nytta på individ-, verksamhets- och samhällsnivå. I nästkommande avsnitt presenteras resultatet från en genomgång av hälsoekonomiska studier med fokus på främjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga samt deras föräldrar/vårdnadshavare, för att synliggöra dessa aspekter.

Vilka samhällsekonomiska effekter har främjande och förebyggande insatser för barn och unga?

Hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga kan både generera hälsovinster för målgruppen, och i förlängningen leda till minskade samhällskostnader. Det finns med andra ord belägg för att tidiga insatser av detta slag har potential att förbättra barns och ungas framtida hälsa, utbildningsnivå och sociala beteenden – utfall som har ett egenvärde i sig. Dessutom kan tidiga insatser vara mindre kostnadsdrivande jämfört med behandlande åtgärder eller stödjande insatser i ett senare skede.

Universella insatser till barn och unga kan ses som en lönsam investering på lång sikt. En ofta citerad utvärdering av gratis spädbarnsvård i Sverige under 1930-talet, visade bland annat att insatserna ledde till att spädbarnsdödligheten minskade parallellt med att livslängden ökade. Därutöver ökade gruppens läs- och skriftfärdigheter vid 10 års ålder [21]. Ett annat exempel är en genomförd kostnadsanalys av det nederländska hälsoprogrammet riktade till barn och unga. Analysen visade att varje investerad euro innebar elva euro i besparingar, exempelvis till följd av minskad sjukfrånvaro och ökad produktivitet [22, 23].

Det nationella hälsoprogrammet för barn och unga kommer täcka hela barnets och den unges uppväxtperiod – från tiden före födelsen till 20 års ålder. Mot denna bakgrund har resultatet från den gjorda litteraturöversikten sammanställts utifrån olika kritiska åldersperioder i barnets och den unges liv. Åldersperioderna speglar dagens uppdelning, där olika aktörer kan sägas ha huvudsakligt ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser för den aktuella målgruppen.

Litteratursökningen talar för att främjande och förebyggande insatser kan vara kostnadseffektiva

Litteratursökningen visar att tidiga insatser inom mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsa och tandvård samt föräldraskapsstödjande insatser kan vara kostnadseffektiva och skapa värde för både individ och samhälle. Denna typ av insatser kan exempelvis leda till förbättrade hälsoutfall hos befolkningen, och minska risken för kriminalitet bland barn och unga [24]. Det är samtidigt inte möjligt att slå fast den exakta omfattningen, och det går

inte heller att dra några slutsatser om kostnadseffektiviteten av främjande och förebyggande insatser på en generell nivå. Eftersom många studier fokuserar på specifika program i särskilda kontexter, begränsas generaliserbarheten och relevansen för det nationella hälsoprogrammet. Det går inte alltid att, utifrån de granskade studierna, dra slutsatsen att främjande och förebyggande insatser är effektiva utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv. Samtidigt är det generellt utmanande att identifiera alla relevanta faktorer som behövs för att kunna genomföra en heltäckande hälsoekonomisk analys. Det är därmed inte alltid möjligt att, i denna typ av beräkningar, spegla de olika värden som främjande och förebyggande insatser kan generera – värden som inte alltid kan definieras utifrån direkta kostnader.

Sammantaget indikerar resultaten från den gjorda genomgången att väl utformade och genomförda insatser har potential att vara kostnadseffektiva, men att detta varierar mellan olika sammanhang och insatstyper. I följande avsnitt presenteras ett urval av exempel från den genomförda litteratursökningen. Vissa av dessa visar på kostnadseffektiva främjande och förebyggande insatser, medan andra studier inte har kunnat påvisa några tydliga samhällsekonomiska vinster.

Identifierade studier om främjande och förebyggande insatser riktade till blivande föräldrar

Av de drygt 90 studier som identifierades som relevanta inom ramen för litteratursökningen, berörde totalt 13 mödrahälsovården. Samtliga identifierade studier utvärderade specifika interventioner och dess effekter. Ett flertal studier undersökte även insatsernas kostnadseffektivitet.

Flera undersökta studier som fokuserar på mödrahälsovården indikerar att insatser inriktade på levnadsvanor för gravida, såsom rökavvänjning, förbättrade matvanor och ökad fysisk aktivitet, inte bara förbättrar individens hälsa, utan också är ekonomiskt försvarbara investeringar. Exempel på resultat från studier med fokus på insatser riktade till gravida kvinnor:

- **Levnadsvanor:** Olika resultat identifierades inom de undersökta studierna. I en australiensisk utvärdering av en meta-analys av fyra olika typer av interventioner, sågs att strukturerade insatser som fokuserade på matvanor och/eller fysisk aktivitet var kostnadseffektiva vad gäller förebyggande av diabetes typ II, högt blodtryck under graviditet och kejsarsnitt [25]. En annan studie undersökte en personcentrerad insats för att förbättra matvanor och fysisk aktivitet genom beteendeförändringar hos gravida kvinnor med övervikt [26]. Studien visade att insatsen gav

goda medicinska resultat, men till en högre kostnad per kilo i vikttnedgång jämfört med ett standardprogram. En litteratursammanställning av kostnadseffekter för att få gravida och nyblivna mammor att sluta röka, visade att insatserna var kostnadseffektiva och innebar besparingar i termer av framtida hälsorelaterade kostnader. Däremot efterfrågades ett mer systematiskt tillvägagångssätt för utvärdering av insatsernas kostnadseffektivitet.

- **Psykisk hälsa:** Flera studier klargjorde att det är kostnadseffektivt med insatser riktade till psykisk hälsa under graviditet. En systematisk genomgång visade på god kostnadseffektivitet av att stärka psykiskt välbefinnande under graviditet [27]. Ytterligare en studie synliggjorde att interventioner för att förebygga psykisk ohälsa under och efter graviditet genererade god ekonomisk avkastning, men att fler studier som undersöker kostnadseffektiviteten av sådana interventioner behövs [28].

Identifierade studier om främjande och förebyggande insatser riktade till barn mellan 0–5 år

Totalt 15 undersökta studier berörde barnhälsovården och tio studier fokuserade på tandvården. Inom åldersspannet 0–5 år har de identifierade hälsoekonomiska studierna dels undersökt insatser med fokus på levnadsvanor såsom matvanor och fysisk aktivitet, dels munhälsa och insatser för att förebygga våld. Litteratursökningen resulterade i ett flertal studier som visar att främjande och förebyggande insatser leder till hälsovinster till rimliga kostnader. Sökningen fångade emellertid även studier som inte har kunnat belägga kostnadseffektivitet för specifika insatser. Exempel på resultat från studier om främjande och förebyggande insatser riktade till små barn:

- **Levnadsvanor:** Exempel på en studie som visade på hälsovinster utifrån en rimlig kostnadsnivå för nya eller förstärkta hälsofrämjande insatser, är en utvärdering av hälsosatsningen Salut i Västerbotten [29]. Salut syftar till att utveckla hälsofrämjande insatser inom mödrahälsovården, barnhälsovården, tandvården samt inom förskola och skola. Däremot kunde andra studier som undersökte två insatser för att förebygga fetma, programmet PRIMROSE och hälsosamtal, inte slå fast att insatserna var kostnadseffektiva [30, 31].
- **Munhälsa:** Inga av de identifierade studierna som har undersökt kariesprevention hos små barn har funnit belägg för att insatserna är kostnadseffektiva. En systematisk översikt av ekonomiska utvärderingar av primär kariesprevention hos barn mellan två och fem år, drog slutsatsen att det inte var möjligt att uttala sig om det ekonomiska värdet av insatserna [32]. Detta på grund av bristfällig metod. En annan studie

undersökte effekterna av att komplettera ett standardprogram med halvårsvisa appliceringar av fluorlack på småbarn [33]. Det utökade programmet jämfördes med det sedvanliga förebyggande programmet, och ansatsen visade inte på kostnadseffektivitet.

- **Förebygga våld:** En litteraturgenomgång av 33 olika hembesöksprogram för att förebygga barnmisshandel, visade att de mest kostnadseffektiva programmen var när hembesöken utfördes av utbildade personer i ett multidisciplinärt team [34].

Identifierade studier om främjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga mellan 6–20 år

Sammantaget berörde 29 genomgångna studier elevhälsan, och tio studier omfattade tandvården. Ett flertal studier om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga mellan 6–20 år, och i förekommande fall deras föräldrar, har identifierats. Studierna omfattar olika typer av insatser med fokus på områden som tillväxt, levnadsvanor, munhälsa och psykisk hälsa. Nedan redovisas exempel på genomförda studier:

- **Psykisk hälsa:** Undersökta studier visade att skolbaserade insatser för att förebygga psykisk ohälsa och mobbning genererade goda resultat med potential till samhällsekonomisk avkastning inom några år. Exempel på metoder och program som berördes i studierna är COMET,¹² social och emotionell träning (SET) och kognitiv beteendeterapi (KBT) för att förebygga depression hos ungdomar [35, 36]. En utvärdering av kostnadseffektivitet av skolbaserade program för att förebygga suicid bland ungdomar, fann att programmet ”*Youth aware of mental health*” (YAM) var mest kostnadseffektivt. Detta med en kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY¹³) på 48 216 euro [37]. En utvärdering av det finska antimobbingsprogrammet KiVa i en svensk kontext, visade på en samhällsekonomisk besparing på 130 000 kronor per vunnen QALY.
- **Levnadsvanor:** En undersökt studie bekräftade att det är kostnadseffektivt att – baserat på historiska tillväxtdata – välja ut ungdomar för inkludering i förebyggande program mot fetma. Vissa av de identifierade studierna visade att skolbaserade program för att minska riskbeteenden när det kommer till användning av alkohol, narkotika,

¹² Comet är ett förebyggande föräldraprogram mot utåtagerande beteende och koncentrationssvårigheter hos barn och ungdomar. SET är ett et program för barn och unga för att främja psykisk hälsa.

¹³ Från engelskans Quality Adjusted Life Years. QALY är ett mått som kombinerar två dimensioner av hälsa – livslängd och livskvalitet.

dopning, tobak och spel (ANDTS) hos unga, kan vara kostnadseffektiva. Resultatet från en utvärdering av ett program för att förebygga cannabisanvändning (ALERT) bland elever i årskurs åtta, gjorde gällande att programmet var kostnadseffektivt med en vunnen QALY på drygt 22 000 euro. Detta jämfört med ett program för både tobak- och drogprevention [38].

- **Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR):** En undersökt studie visade att utbildningsinsatser för att främja säkert sex kan leda till vinster i hälsorelaterad livskvalitet. Studien fann också att det var svårt att dra tydliga slutsatser eftersom det fanns osäkerheter kring interventionens effekter [39].
- **Munhälsa:** Inom tandvården visade flera studier att tidiga kariesförebyggande insatser, såsom fluorlackbehandlingar i skolmiljö, ofta var kostnadseffektiva. De kan i korthet bidra till minskad kariesutveckling utan stora merkostnader. En studie av riktlinjer för kariesprevention utifrån FRAMM (fluor, råd, arena, motivation, mat) fann att insatsen var kostnadseffektiv jämfört med rutinvård för 12- till 15-åringar [40]. En annan svensk studie undersökte breddinförandet av ett program med fluorlack för alla 12- till 15-åringar i Västra Götalandsregionen [41]. Denna visade att programmets kostnader gick jämt ut med kostnaderna för de lagningar som krävdes för en kontrollgrupp vid 15 års ålder.

Identifierade studier om främjande och förebyggande insatser riktade till föräldrar

Litteratursökningen identifierade 13 studier och två litteraturgenomgångar som har undersökt kostnadseffektiviteten av föräldraskapsstödsprogram. Studierna visade på att föräldraskapsstödsprogram har potential att vara kostnadseffektiva. Programmen kan med andra ord innebära samhällsekonomiska vinster, särskilt de som riktar sig till föräldrar som har barn med beteendeproblem. Exempel på resultat från de identifierade studierna:

- **Föräldraskapsstöd på universell nivå:** Studier om universella föräldraskapsstödsprogram visade på blandade till relativt låga resultat utifrån ett kostnadseffektivitets-perspektiv. Till exempel har programmet Triple P utvärderats för barn i förskoleåldern i en svensk kontext [42]. Programmet kostade drygt 3 000 kronor per barn och år, men indikerade inte positiva utfall hos vare sig barn eller föräldrar. En utvärdering av föräldraskapsstödsprogrammet ABC visade emellertid på en kostnad per vunnen QALY på cirka 350 000 kronor [43]. Studien pekade på behov av

fortsatta undersökningar, bland annat med fokus på kostnadseffektivitet i ett längre tidsperspektiv och effekter på syskon.

- **Riktat föräldraskapsstöd:** Identifierade studier som undersökt föräldraskapsstödjande program till föräldrar som har barn med beteendeproblem, klargjorde att dessa har stor potential att vara kostnadseffektiva. En översiktsstudie som granskade 44 internationella studier av föräldraskapsstödsprogram, visade överlag på god kostnadseffektivitet [44]. Två studier som undersökte kostnadseffektiviteten hos fem program i en svensk kontext: 1) Comet; 2) Connect; 3) ”De otroliga åren” (eng. *Incredible Years*); 4) COPE och 5) biblioterapi med en kontrollgrupp, indikerade att samtliga program var kostnadseffektiva [45, 46]. En annan studie pekade på att ett kulturellt anpassat program till somaliska föräldrar potentiellt var kostnadseffektivt, men detta var inte fullständigt klarlagt [47].

Olika utåtriktade aktiviteter har genomförts – en grund till implementering av hälsoprogrammet

Arbetet med att ta fram hälsoprogrammet har präglats av en bred involvering

Myndigheterna har, i enlighet med regeringsuppdragets direktiv, kontinuerligt genomfört insatser för att informera om och förankra arbetet med centrala målgrupper – insatser som kan ses som en central del av det samlade implementeringsarbetet. Totalt omkring 50 implementeringsinsatser har genomförts under uppdragsperioden.

En analys har gjorts för att identifiera viktiga målgrupper för ändamålsenlig implementering. En utgångspunkt för analysen har varit att grupperna bedöms spela en särskild roll i den kommande implementeringen av hälsoprogrammet, samt att det är angeläget att deras perspektiv avspeglas i innehåll och utformning. Detta för att det nationella hälsoprogrammet ska upplevas som relevant och användbart, och även öka incitamenten för att det ska efterlevas på regional respektive lokal nivå. Grupperna som har identifierats som särskilt viktiga att nå i implementeringsarbetet, är beslutsfattare på regional och lokal nivå samt professioner inom de verksamheterna som berörs av hälsoprogrammet. Därutöver ses barn och unga själva, deras föräldrar eller vårdnadshavare samt företrädare för civilsamhället som viktiga målgrupper.

Nedan beskrivs de implementeringsinsatser som hittills har genomförts inom ramen för uppdraget, med utgångspunkt från på de olika målgrupperna.

Insatser riktade till regionala och lokala beslutsfattare

Under uppdragsperioden har ett relativt stort antal insatser genomförts för att förbereda regionala och kommunala beslutsfattare inför publicering och implementering av det nationella hälsoprogrammet. Denna grupp har möjligheter och mandat att säkerställa goda förutsättningar för implementering inom berörda verksamheter. Insatserna har till stor del utgjorts av deltagande i olika möten, forum och konferenser. Myndigheterna

har dels upprättat särskilda mötesplattformar för att nå relevanta intressenter och funktioner, dels medverkat på berörda beslutsfattares ordinarie träffar och i befintliga forum.

Befintliga nätverk av beslutsfattare har använts

Samverkansmyndigheterna har till exempel, inom ramen för dialoger med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), inrättat en särskild referensgrupp med beslutsfattare inom de berörda verksamheterna. Detta för att sprida information om hälsoprogrammets beståndsdelar och innehåll. Gruppen har även getts möjlighet att dela sina tankar och perspektiv om hälsoprogrammet, och kommer även fortsatt vara involverade i arbetet med att ta fram en långsiktig implementeringsstrategi. Myndigheterna har likaså, vid olika tidpunkter under uppdragsperioden, deltagit på ordinarie träffar med nätverk inom SKR för att informera om hälsoprogrammet. I dessa nätverk ingår lokala och regionala beslutsfattare inom berörda verksamheter. Kommundirektörsnätverket är ett exempel, och myndigheterna har i samband med dessa möten bland annat informerat om det pågående arbetet med hälsoprogrammet.

Särskilda insatser har gjorts för att nå skolhuvudmän

Samverkansmyndigheterna har även, framför allt genom Skolverket och SPSM, genomfört riktade informations- och kommunikationsinsatser till beslutsfattare inom skolan. Myndigheterna har till exempel deltagit på Skolriksdagen för att informera om arbetet. Skolriksdagen, som arrangeras av SKR, vänder sig till politiker, skolchefer och rektorer i hela landet. Därutöver har Skolverket deltagit i Stockholms läns nätverk för medicinskt ledningsansvariga och verksamhetschefer för elevhälsans medicinska insatser. Detta för att bland annat inhämta nätverkets perspektiv på hälsoprogrammets innehåll och utformning, samt tankar kring vilket nationellt stöd som behövs vid implementering av hälsoprogrammet.

Arbetet med hälsoprogrammet har presenterats under konferenser där beslutsfattare deltagit

Myndigheterna har deltagit på olika temakonferenser där beslutsfattare har medverkat. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen presenterade till exempel arbetet med nationellt hälsoprogram på den nationella konferensen Förebygg.nu. MFoF deltog på en nationell familjecentralskonferens, och presenterade i samband med detta, arbetet med hälsoprogrammet. Folkhälsomyndigheten och Skolverket medverkade även på Västra Götalands årliga nationella skolkonferens för att presentera det nationella hälsoprogrammet med fokus på SRHR-området.

Utöver ovanstående har arbetet med hälsoprogrammet genomgående lyfts i samband med olika konferenser och forum med fokus på omställningen till God och Nära vård, där regionala och lokala beslutsfattare deltagit.

Insatser riktade till professionen

En lång rad insatser har gjorts för att nå de professioner som arbetar inom de verksamheter som direkt berörs av hälsoprogrammet, exempelvis mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsan och tandvård. Detta mot bakgrund av att professionen utgör hälsoprogrammets huvudsakliga målgrupp. Det är med andra ord avgörande att hälsoprogrammet utformas utifrån professionens synpunkter, perspektiv och stödbehov för att det ska få önskat genomslag. Sammanfattningsvis har professionsföreträdare genomgående involverats i arbetet, exempelvis genom dialoger med berörda nationella programområden (NPO) och nationella arbetsgrupper (NAG) inom kunskapsstyrningssystemet för hälso- och sjukvård.

Workshopsserier för att inhämta synpunkter från professionen och experter

Under 2024 genomfördes en omfattande workshopserie tillsammans med ett 70-tal företrädare för berörda professioner. Workshopserien syftade till att fördjupa förståelsen om vad barn och unga behöver för att utvecklas och må bra utifrån ett professionsperspektiv, samt hur ett nationellt hälsoprogram behöver utformas för att tillgodose dessa behov. Resultatet från workshopsserien låg till grund för myndigheternas arbete med att identifiera sakområden där det finns behov av nya kunskapsstöd – stöd som kan underlätta för professionen att tillhandahålla hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga. Professionen involveras även i själva arbetet med att ta fram de nya kunskapsstöden, bland annat genom att de deltar i olika expert- och referensgrupper.

Berörda professionsföreträdare har även deltagit i en särskild workshopserie med fokus på analys av övergångar som samverkansmyndigheterna har arrangerat under 2025. Företrädarna har i detta sammanhang fått möjlighet att belysa och gemensamt diskutera huvudsakliga utmaningar och hinder för välfungerande övergångar mellan de verksamheter som berörs av hälsoprogrammet. De har även fått lyfta fram möjliga lösningar. Dessa tillfällen har också varit en möjlighet att informera om hälsoprogrammets olika delar, och kan därför ses som en förberedande implementeringsinsats. På motsvarande sätt har olika professionsföreträdare även deltagit i särskilda referensgruppsmöten inriktade på att ta fram en övergripande struktur för hälsobesöken inom hälsoprogrammet. Diskussionerna har handlat om att kartlägga nuläget och identifiera förändringsbehov inom olika åldersfaser. Även dessa tillfällen har

inneburit en möjlighet att förankra det pågående arbetet och hälsoprogrammets preliminära innehåll.

Myndigheterna har deltagit i befintliga forum för att föra dialog med berörda professioner

De samverkande myndigheterna har, både enskilt och gemensamt, deltagit i olika konferenser och möten där företrädare för professionen varit representerade. Myndigheterna har bland annat medverkat i de årliga barnrättsdagarna respektive de nationella BHV-dagarna, där landets kompetens som rör barnhälsovården samlas. MFoF har deltagit i möten som nätverket för sambandsbarnmorskor årligen anordnar. Detta för att inhämta synpunkter om arbetet med föräldraskapsstöd inom ramen för hälsoprogrammet. Myndigheterna har även byggt upp en kontinuerlig kontakt med nationellt programområde (NPO) kvinnosjukdomar och förlossning respektive barns och ungdomars hälsa som ett led i att inhämta professionens kunskap och synpunkter. Socialstyrelsen har också deltagit på sammankomster som Svenska skolläkarföreningen och Riksföreningen för skolsköterskor har arrangerat i syfte få en bild av dessa gruppers perspektiv.

Insatser riktade till barn och unga respektive civilsamhället

Samverkansmyndigheterna har lagt stor vikt vid att löpande inhämta synpunkter och perspektiv från barn och unga. Myndigheterna har bland annat inrättat ett antal expertgrupper för barn och unga i olika åldrar – från förskoleåldern till och med 20 års ålder. Expertgrupperna har träffats kontinuerligt under 2024 och 2025, och träffarna har syftat till att fördjupa förståelsen för barns och ungas behov av främjande och förebyggande insatser. Barn och unga har även involverats genom Socialstyrelsens praoelever, och SPSM:s ungdomsnätverk för unga med funktionsnedsättning. Att barn och unga har fått komma till tals i arbetet med att utforma det nationella hälsoprogrammet, bedöms bidra till att stärka analysen kring vilka behov hälsoprogrammet ska tillgodose och till att lyfta barns rättigheter. Aktiviteterna kan också ses som en del i arbetet med att främja en framgångsrik implementering, inte minst utifrån att de bedöms förbättra förutsättningarna för en god följsamhet till hälsoprogrammet. Detta eftersom hälsoprogrammet kommer utformas utifrån barns och ungas perspektiv, vilket bedöms öka sannolikheten för att målgruppen ska ta del av hälsoprogrammets innehåll.

Myndigheterna har dessutom genomfört flera informationstillfällen för företrädare för civilsamhället i syfte att informera om det pågående arbetet med nationellt hälsoprogram. Regelbundna dialogmöten med Socialstyrelsens råd för barn och unga har till exempel genomförts. Myndigheterna har också arrangerat en särskild workshop för

civilsamhällsorganisationer som företräder föräldrar för att inhämta relevanta kunskaper och insikter. Insatserna har sammantaget utgjort ett viktigt underlag i arbetet med att prioritera kunskapsstöd och andra insatser inom ramen för det nationella hälsoprogrammet.

För mer heltäckande information om vilka implementeringsaktiviteter som gjorts inom uppdraget, se bilaga 2. Översikt av gjorda implementeringsinsatser.

En långsiktig implementeringsstrategi ska tas fram och arbetet har påbörjats

Enligt regeringsuppdraget ska förslag till långsiktig strategi för implementering tas fram och redovisas i januari 2027. Strategin är ett centralt verktyg för att säkerställa en ändamålsenlig implementering, något som är viktigt för ett önskat genomslag.

Under 2025 har arbetet med att ta fram ett förslag till en långsiktig strategi för implementering av det nationella hälsoprogrammet för barn och unga påbörjats. Arbetet har skett i samverkan mellan ansvariga myndigheter, och i flera steg. Nedan beskrivs arbetet i närmare detalj.

Implementering av hälsoprogrammet kopplar an till andra centrala områden

Implementeringen av det nationella hälsoprogrammet relaterar tydligt till andra viktiga initiativ och centrala reformer – något som behöver beaktas i samband med att en långsiktig implementeringsstrategi tas fram. I enlighet med vad som framgår av betänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, respektive den förstudie som Socialstyrelsen genomförde på uppdrag av regeringen, kan arbetet med det nationella hälsoprogrammet ses som en del av förflyttningen till god och nära vård [1, 2]. Att säkerställa goda och jämlika hälsofrämjande och förebyggande insatser till alla barn och unga, innebär på många sätt en förstärkning av vissa delar av primärvården. Hälsoprogrammet syftar även till att barn och unga samt deras föräldrar, ska få tillgång till de insatser som de behöver och har rätt till för att få goda förutsättningar att skapa, vidmakthålla eller förbättra sin hälsa. Även denna ansats knyter tydligt an till konceptet god och nära vård. I tillägg pågår ett omfattande arbete med att genomföra den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention (*Det handlar om livet*) [48]. Hälsoprogrammet överlappar innehållsmässigt med flera av strategins mål och delmål, exempelvis delmål 2 om *ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet*. På motsvarande sätt behöver hälsoprogrammet samordnas med genomförandet av den nya socialtjänstlagen (2025:400) som började gälla under 2025. Lagen innebär bland annat utökade möjligheter för socialtjänsten att bedriva förebyggande insatser som inte behöver föregås av en biståndsbedömning/myndighetsbeslut. Ansatsen ligger väl i linje med

hälsoprogrammets inriktning om att förbättra tillgången till universella hälsofrämjande och förebyggande insatser till alla barn och unga.

Utifrån ovanstående är det viktigt att poängtera att implementeringen av det nationella hälsoprogrammet för barn och unga behöver utgå från ett systemperspektiv – ett perspektiv som inkluderar olika centrala reformer för att kunna uppmärksamma och tillvarata synergieffekter.

Vad är en implementeringsstrategi och hur ska den användas?

En implementeringsstrategi är ett vägledande underlag som kan ge stöd i ett implementeringsarbete. En strategi behöver innehålla ett antal nyckelkomponenter för att vara hjälpsamt och användbart. Den måste till exempel inkludera ett övergripande mål och tillhörande mer nedbrutna delmål för identifierade målgrupper. [49, 50] Med utgångspunkt från dessa målformuleringar kan prioriterade insatser tas fram. För att strategin ska kunna fungera som ett stöd i implementeringsarbetet, är det avgörande att det finns en logisk koppling mellan de olika komponenterna. Prioriterade insatser ska helst vara konkreta och tidsatta, inte minst för att underlätta planering och genomförande. Därutöver är det generellt fördelaktigt om ansvarsfördelningen för de prioriterade insatserna är tydlig.

Implementeringen av hälsoprogrammet behöver ske regionalt och lokalt. Berörda regionala respektive kommunala verksamheter kommer med andra ord vara ansvariga för att säkerställa att insatser genomförs för att hälsoprogrammet ska användas i berörda verksamheter. På den nationella nivån ansvarar de samverkande myndigheterna för att säkerställa goda förutsättningar för verksamhetsnära implementering, och kan både direkt och indirekt stödja regionala och lokala aktörer i arbetet. Förslag på nationell strategi för långsiktig implementering kommer tas fram av de berörda myndigheter som har ett särskilt ansvar för att genomföra strategin. Samverkansmyndigheterna kommer därmed genomföra prioriterade insatser som kommer vara utformade för att stötta och underlätta för regionala respektive kommunala verksamheter att implementera hälsoprogrammet. Därutöver kommer strategin att beskriva centrala, regionala och lokala aktiviteter.

Strategin bygger på några centrala utgångspunkter

Samverkansmyndigheterna har identifierat ett antal centrala utgångspunkter som är viktiga att ta hänsyn till vid framtida implementering, och dessa ligger även till grund för den kommande implementeringsstrategin:

- **Strategins förslag till implementeringsinsatser ska baseras på kunskap om framgångsrik implementering.** Insatserna ska med andra ord vara förankrade i vetenskap och beprövad erfarenhet. De ska vara effektiva, bidra till ett systematiskt förbättringsarbete och främja måluppfyllelse.
- **Samverkansmyndigheterna har ett gemensamt ansvar för att genomföra strategins insatser inom ramen för sina respektive uppdrag.** I detta ingår exempelvis att respektive myndighet aktivt bidrar till implementeringen inom de verksamhetsområden som deras kärnuppdrag berör.
- **Strategins föreslagna insatser behöver prioriteras utifrån olika centrala kriterier,** exempelvis utifrån vilka insatser som är mest kostnadseffektiva eller om ett geografiskt eller demografiskt fokus behövs. Det kan även handla om att vissa delar av hälsoprogrammet är mer utmanande att implementera, och därför behöver ges större utrymme.
- **Nyckelaktörer som kan samordna och driva det regionala respektive lokala implementeringsarbetet behöver identifieras.** Nyckelaktörerna kan även bistå på andra sätt i arbetet, exempelvis i framtagandet av stödmaterial.

Kunskap som kommer ligga till grund för utformningen av implementeringsstrategin

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har, som en del av det aktuella regeringsuppdraget, tagit fram en förstudie och en kommentar med fokus på vad som kännetecknar framgångsrik implementering. Dessa rapporter sammanfattar forskning om implementeringsinsatser för främjande och förebyggande hälsoprogram riktade till barn och unga. Förstudien fokuserar på tillgänglig forskning om implementering av hälsofrämjande och förebyggande program för barn och unga på samhällsnivå [51]. Det framgår att den tillgängliga forskningen belyser en rad faktorer på individ-, program-, organisations- och systemnivå som påverkar förutsättningarna för implementering av främjande och förebyggande hälsoprogram. Faktorerna synliggör i korthet vikten av att välja och utforma implementeringsstrategier med hänsyn till olika påverkansfaktorer, och kommer därför ligga till grund för utformning av strategin för hälsoprogrammet. Några av de faktorer som identifierats på respektive nivå redovisas i tabellen nedan.

Tabell 6: Påverkansfaktorer för implementeringen av främjande och förebyggande program för barn och unga enligt SBU:s förstudie

Nivå	Påverkansfaktor
Individnivå	Aktörernas attityder Aktörernas kunskap
Programnivå	Programmets flexibilitet Anpassningar av interventionen
Organisationsnivå	Ledarskap Resurser Tid
Systemnivå	Förekomst av nationella riktlinjer Samverkan med externa aktörer

I en efterföljande rapport sammanfattas och kommenteras en av de översiktsstudier som identifierades i förstudien [52]. Det framgår i rapporten att kunskapen om hur implementeringsinsatser kan kombineras med systemteori överlag är begränsad. Trots detta kan SBU dra slutsatsen att hälsofrämjande och förebyggande insatser med ett systemperspektiv har större chans att bli framgångsrika om de planeras, genomförs och utvärderas utifrån ett vetenskapligt förankrat ramverk. Detta talar för att den kommande implementeringsstrategin bör knytas till ett vetenskapligt grundat implementeringsramverk. Exempel som lyfts fram i rapporten är *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), *Knowledge to Action* (KTA) och *Collective Impact*-ramverket.

Utöver detta har SBU även genomfört en förstudie för att identifiera, och översiktligt beskriva, vetenskapliga studier om implementeringen av föräldraskapsstödsprogram och program för socioemotionellt lärande (SEL-program) [53]. Förstudien visar att det finns omfattande forskning inom området. Samtidigt konstateras att många av studierna inte använder vetenskapligt förankrade implementeringsramverk eller -teorier. Förstudien utgör en grund för kommande fördjupade rapporter om implementering av föräldraskapsstöd, vilka kan bidra till att forma de delar av hälsoprogrammets implementeringsstrategi som rör detta område.

Strategin behöver grunda sig i samverkan mellan berörda myndigheter med tydlig ansvarsfördelning

Det är avgörande att samverkansmyndigheterna gemensamt bidrar till att säkerställa implementering av hälsoprogrammet. Implementeringsarbetet behöver med andra ord samordnas mellan myndigheterna. Samtidigt är det både önskvärt och ändamålsenligt att respektive myndighet fokuserar på sina kompetensområden, samt riktar insatser till sina huvudsakliga målgrupper

och verksamhetsområden. Det är framför allt delar av hälso- och sjukvården, tandvården, elevhälsan samt socialtjänsten som berörs av hälsoprogrammet, och de ansvariga myndigheterna behöver arbeta för att insatserna når dessa verksamheter på ett likvärdigt sätt. Nedan beskrivs kort de olika samverkansmyndigheternas roller och ansvar för implementeringen av hälsoprogrammet. Detta utifrån sina respektive kärnuppdrag och kompetensområden.

Socialstyrelsens roll och ansvar i att stödja implementering

Som kunskapsmyndighet för vård och omsorg, och som samordnande myndighet inom det aktuella regeringsuppdraget, har Socialstyrelsen en viktig roll att spela när det kommer till att stödja genomförandet av det nationella hälsoprogrammet inom mödra- och barnhälsovården, tandvården samt delar av elevhälsan och den förebyggande socialtjänsten. Det ingår till exempel i myndighetens kärnuppdrag att ta fram kunskapsstöd inom dessa verksamhetsområden och stödja implementering. För arbetet med nationellt hälsoprogram innebär det att Socialstyrelsen har ett uttalat ansvar för att säkerställa att hälsoprogrammet bygger på bästa tillgängliga kunskap, och att kunskapen som ligger till grund för hälsoprogrammet omsätts i de insatser som ges till barn och unga. Socialstyrelsen ansvarar även för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården, tandvården respektive socialtjänsten, och även detta ansvarsområde är i allmänhet relevant utifrån ett implementeringsperspektiv [54].

Socialstyrelsen arbetar för att bättre kunna tillgodose regioners och kommuners stödbehov inom ramen för implementering av olika insatser, och en särskild process för att stödja implementering har tagits fram (*Ta fram stöd för implementering*) [55]. Processen – som sker i flera steg – gäller såväl för implementering av kunskap som lagstiftning och andra regelverk. Inom ramen för processen analyseras bland annat olika berörda målgruppers behov av stöd, och lämpliga insatser som ska stödja implementering identifieras. Därutöver pågår ett arbete inom myndigheten för att ta fram ett mer generellt stöd för implementering riktat till aktörer och verksamheter inom vård och omsorg. Stödet är tänkt att förbättra hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och socialtjänstens förutsättningar att både *införa* nya arbetssätt, och *utmönstra* arbetssätt som inte längre är aktuella.

Socialstyrelsen har fått en ny skrivning i sin instruktion som har betydelse för myndighetens roll i implementeringen av det nationella hälsoprogrammet. Det framgår att Socialstyrelsen ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten. I sitt arbete ska myndigheten vara pådrivande, stödjande och samlande. Arbetet ska, när det inte är olämpligt, bedrivas på ett verksamhetsnära sätt, och anpassas efter berörda verksamheters olika

behov.¹⁴ Ändringen innebär på många sätt en viktig förflyttning i myndighetens arbete med att stödja implementering, och denna ansats kommer vara central i den kommande långsiktiga implementeringsstrategin för det nationella hälsoprogrammet.

Skolverkets respektive SPSM:s roll och ansvar i att stödja implementering

Skolverket är förvaltningsmyndighet för skolväsendet och vissa särskilda utbildningsformer och annan pedagogisk verksamhet. Myndigheten ska främja att alla barn och elever får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Skolverket ska bidra till goda förutsättningar för barns utveckling och lärande, och till förbättrade kunskapsresultat för elever. Myndigheten ska, inom ramen för detta, främja en stärkt likvärdighet mellan skolor respektive mellan förskolor. Skolverket ska följa utvecklingen inom sitt verksamhetsområde, och kontinuerligt göra en analys av behov av åtgärder. Myndigheten ska även utarbeta och genomföra insatser som tillgodoser dessa behov. Skolverket spelar därmed en central roll i att stödja skolhuvudmän i genomförandet av hälsoprogrammet, framför allt för de delar som rör elevhälsan.

SPSM stöttar skolor bland annat med specialpedagogisk rådgivning och även i deras organisering av elevhälsoarbete, något som också kan ses som en del av implementeringen av hälsoprogrammet [56]. Myndigheten är huvudman för tio specialskolor och kan bidra till implementering av det nationella hälsoprogrammet genom att dela erfarenheter med andra huvudmän [57].

Skolverket och SPSM använder i regel olika implementeringsmetoder beroende på uppdragets karaktär. Metodvalet påverkas bland annat av om insatsen grundar sig i lagstadgade krav, såsom ändringar i skollagen. Det är enligt myndigheterna generellt avgörande att stödjande insatser riktas till rätt nivå, det vill säga till huvudmannanivå, rektorsnivå, lärarnivå eller elevhälsoteamsnivå, och att de sätts i ett sammanhang som är relevant för målgruppernas ansvar och uppdrag. Både Skolverket och SPSM erbjuder stöd på olika nivåer inklusive hos skolhuvudman, skolpersonal och skolledare i att utveckla elevhälsoarbetet.

Folkhälsomyndighetens roll och ansvar i att stödja implementering

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för bättre folkhälsa. Detta genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. I

¹⁴ Se 11 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Folkhälsomyndighetens uppdrag ingår att bidra till arbetet med det övergripande folkhälsopolitiska målet om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen, och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. En viktig del handlar om, att i samverkan med andra aktörer, ta fram och sprida kunskapsunderlag och metodstöd. Myndigheten följer även upp och utvärderar olika metoder för en god och jämlik hälsa, och i uppdraget ingår även att följa hälsoläget hos befolkningen [58]. Dessa ansvarsområden är i allmänhet relevanta utifrån ett implementeringsperspektiv.

Folkhälsomyndigheten arbetar med att ta fram ett kvalitetssäkrat ramverk för frisk-, skydd- och riskfaktorer för barns och ungas hälsa. Ramverket synliggör exempelvis behovet av att på ett mer sammanhållet sätt arbeta med främjande och förebyggande insatser till barn och unga, och ökar förståelsen för hälsoprogrammets innehåll och ansats. Genom att tillgängliggöra ramverket på ett tydligt och målgruppsanpassat sätt, kan målgruppernas förståelse för det nationella hälsoprogrammet öka och därigenom främja önskat genomslag. Myndigheten kommer, som en del av den kommande implementeringsstrategin, arbeta för att ta fram en visualisering/grafik som pedagogiskt visar kopplingen mellan faktorerna och hälsoprogrammets innehåll.

Folkhälsomyndigheten har dessutom ett särskilt ansvar för att ta fram ett förslag på hur den nationella uppföljningen av barns och ungas hälsa och utveckling kan förstärkas. En viktig del i det arbetet handlar om att ha kontakt med potentiella dataleverantörer såsom registerhållare. Aspekter som bör ingå i en sammanhållen uppföljning förankras hos sakkunniga både internt på myndigheten och externt. Därutöver behövs löpande dialog med övriga samverkansmyndigheter, till exempel Socialstyrelsen och Skolverket.

MFoF:s roll och ansvar i att stödja implementering

MFoF är en kunskapsmyndighet för föräldraskapsstöd, familjerådgivning och socialnämndernas familjerättsliga ärenden¹⁵. Myndigheten ska främja ett kunskapsbaserat arbete, samt förmedla kunskap till regional och kommunal nivå. Detta så att insatser ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet¹⁶. Därmed har MFoF en central roll i genomförandet av det nationella hälsoprogrammet.

I MFoF:s kärnuppdrag ingår att ta fram och sprida kunskapsstöd till verksamheter som arbetar med föräldraskapsstöd. Myndigheten tillhandahåller bland annat en sju-stegsmodell för implementering, ett

¹⁵ Förordning (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.

¹⁶ Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet.

ramverk för uppföljning och en webbaserad grundutbildning i föräldraskapsstöd.

En central del i den kommande implementeringsstrategin utifrån MFOF:s perspektiv, blir att kartlägga och analysera pågående arbete på lokal, regional och nationell nivå, samt att identifiera nyckelaktörer och utse intermediärer som kan stödja implementeringen.

Tänkbara implementeringsinsatser som kan stödja den regionala och lokala nivån

Samverkansmyndigheterna har redan i ett tidigt skede identifierat olika kategorier av nationella insatser som kan främja en ändamålsenlig och framgångsrik implementering av hälsoprogrammet. Implementeringsinsatser kommer att utformas successivt inom ramen för det fortsatta arbetet med att ta fram implementeringsstrategin.

Tre insatsnivåer har identifierats

Samverkansmyndigheterna har identifierat tre olika insatsnivåer för stöd till implementering på regional och lokal nivå. Nivåerna utgör ett vägledande ramverk, som tillsammans med vetenskapligt grundade strategier, kan fungera som en utgångspunkt för att identifiera och prioritera vilka nationella stödjande insatser som myndigheterna ska genomföra.

Nivå 1: Främja implementering genom brett strategiskt stöd

Den första insatsnivån innebär nationella stödjande insatser av mer strategisk karaktär. Insatserna baseras på aggregerade och generella analyser av regionala och lokala förutsättningar samt behov, och syftar till att förbättra förutsättningar för implementering inom berörda verksamheter. Exempel på breda stödjande insatser är bland annat att tillhandahålla generiska metodstöd för förändringsarbete, och kompetenshöjande insatser med fokus på hälsoprogrammets olika beståndsdelar.

Nivå 2: Främja implementering genom övergripande stöd till berörda verksamheter

Den andra insatsnivån består av ett mer verksamhetsnära stöd som riktar sig till regionala och lokala företrädare inom specifika forum eller nätverk. Tanken är att använda regionala och lokala företrädare som mellanhänder (så kallade intermediärer) för att minska avståndet mellan den nationella och den verksamhetsnära nivån. Intermediärer på regional och lokal nivå kan

exempelvis bidra till ökad samordning av implementeringsinsatser, och att främja ett ändamålsenligt införande på respektive nivå. Ansatsen innebär även utökade möjligheter att kunna erbjuda ett mer verksamhets- och målgruppsanpassat stöd som utgår från aktuella förutsättningar och behov. Befintliga forum, nätverk eller samverkansstrukturer kan användas som intermediärer, exempelvis grupperingar inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. I det fall relevanta forum saknas, kan nya nätverk eller grupperingar behöva tillsättas. Övergripande stöd till berörda verksamheter kan till exempel vara facilitering av kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom ramen för särskilda samverkansforum på regional och lokal nivå.

Nivå 3: Främja implementering genom riktat verksamhetsnära stöd

I den tredje insatsnivån ingår direkta stödjande insatser som riktar sig till ett fåtal regioner, kommuner eller verksamheter. Angreppssättet öppnar upp för en mer skraddarsydd ansats, där tät samverkan mellan ansvarig myndighet och en enskild region, kommun eller verksamhet upprättas. Stödinsatserna kan därmed utformas i nära dialog mellan involverade verksamheter, och anpassas utifrån lokala förutsättningar och behov. Riktade verksamhetsnära stödinsatser kan till exempel vara genomförande av avgränsade pilotprojekt med fokus på förbättrad samverkan mellan involverade verksamheter, eller införandet av nya arbetssätt.

Figur 1. Ramverk för insatsnivåer inom kommande implementeringsstrategi



En kombination av olika typer av stödjande insatser behövs

Sammanfattningsvis bedömer myndigheterna att ett brett spektrum av stödjande insatser behöver bedrivas på samtliga nivåer. Behoven av stödjande insatser skiljer sig i regel mellan beslutsfattare, chefer och ledning respektive professionen inom de berörda verksamheterna, och myndigheternas stödinsatser behöver utformas med hänsyn till detta. Nedan

listas några exempel på tänkbara kategorier av stödinsatser som kan initieras när det nationella hälsoprogrammet finns på plats.

Metodstöd och underlag för förbättringsarbete

Olika former av stödjande underlag, såsom konkreta metodstöd, kan underlätta för mottagarna att implementera hälsoprogrammet. Stödjande material kan till exempel utgöras av checklistor för förbättringsarbete. Underlagen bör paketeras och spridas på ett sätt som är anpassat till olika målgruppers förutsättningar och behov.

Informations- och kommunikationsinsatser

En kritisk förutsättning för att hälsoprogrammet ska kunna implementeras, är att berörda verksamheter och funktioner är väl införstådda med dess beståndsdelar. Ett led i att öka medvetenheten om och förståelsen för hälsoprogrammets komponenter och innehåll, är genomförandet av informations- och kommunikationsinsatser. Information kan förmedlas genom en kombination av olika metoder och i flera kanaler för att förbättra förutsättningarna för genomslag.

Utbildning och kompetenshöjande insatser

Vissa delar av hälsoprogrammet kan kräva utbildnings- och kompetenshöjande insatser. Myndigheterna skulle därför kunna utveckla olika former av kompetenshöjande insatser eller utbildningsmaterial, som riktar sig till olika målgrupper.

Insatser för att stödja samverkan

En förutsättning för att hälsoprogrammet ska kunna tillhandahållas på ett samordnat sätt, är en välfungerande samverkan mellan berörda verksamheter. Det gäller inte minst i övergångar mellan verksamheter som ingår i hälsoprogrammet. Myndigheterna bedömer att särskilda insatser med fokus på förbättrade förutsättningar för samverkan på strategisk och operativ nivå behövs. Det kan till exempel handla om att facilitera regioner och kommuner att upprätta samverkansstrukturer, eller att ta fram stödmaterial som tydliggör vad samverkan innebär utifrån olika perspektiv.

Uppföljning kommer vara en viktig del i implementeringsarbetet

Uppföljning och utvärdering är nödvändigt för att klargöra bilden av huruvida hälsoprogrammet används. Det kan även synliggöra i vilken utsträckning hälsoprogrammets innehåll och utformning är anpassat till verksamheternas behov. Uppföljning kan på så sätt utgöra en viktig beståndsdel för att främja en god implementering. Det är viktigt att

uppföljning utformas utifrån relevanta indikatorer och metoder som möjliggör mätning av resultat, samt bidrar till förståelse för utvecklingen av implementeringsprocessen – information som kan användas som ett stöd vid kontinuerligt förbättringsarbete. Därutöver måste uppföljningsresultaten framställas och kommuniceras på ett pedagogiskt och målgruppsanpassat sätt. Detta för att det ska kunna användas som ett underlag för förbättringsarbete på nationell, regional och lokal nivå. Förslag på hur hälsoprogrammet ska följas upp och utvärderas kommer presenteras i samband med delredovisningen i augusti 2026.

Hälsoprogrammet innebär sannolikt en höjd ambitionsnivå

Som tidigare nämnts kommer det nationella hälsoprogrammet troligen att innebära en ambitionshöjning, inte minst mot bakgrund av att det finns behov av fler och utökade hälsobesök inom vissa verksamheter. Dessutom kommer de kunskapsstöd som tas fram inom ramen för uppdraget att synliggöra behovet av nya eller kompletterande insatser för att främja barns och ungas hälsa. Ett viktigt syfte med hälsoprogrammet är också att bidra till en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård, något som kan kräva nya arbetssätt. Samtidigt som hälsoprogrammet medför en höjd ambitionsnivå, visar genomgången av hälsoekonomisk litteratur att tidiga främjande och förebyggande insatser riktade mot barn och unga kan generera samhällsekonomiska vinster. Sammantaget förväntas hälsoprogrammet bidra till förändrade och mer kunskapsbaserade arbetssätt. Att avsätta resurser för att realisera hälsoprogrammet kan med andra ord beskrivas som en långsiktig investering som genererar nytta för både barn, unga, föräldrar och samhället i stort.

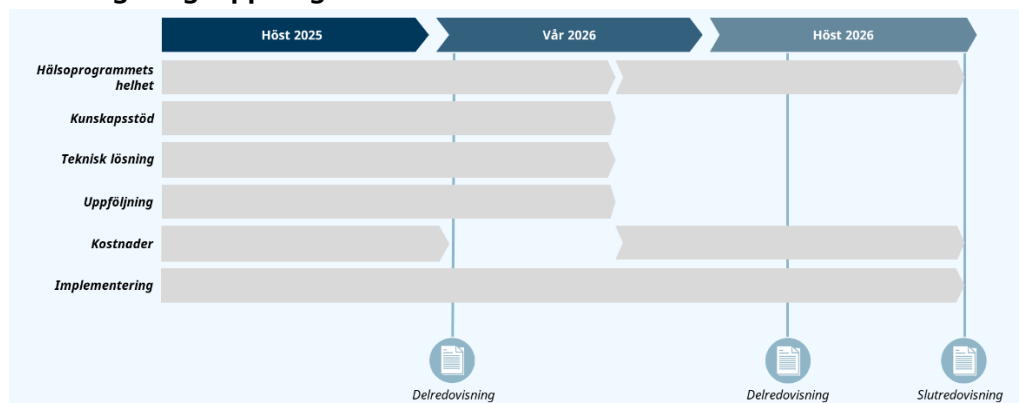
En framgångsrik implementering kräver tillräckliga resurser. De samverkande myndigheterna bedömer därför att det, under en period, behövs riktade insatser för att stödja implementeringen av hälsoprogrammet inom berörda verksamheter. Mottagarna behöver ha förutsättningar för att kunna tillgodogöra sig stöd och främja tillämpning av hälsoprogrammet på regional och lokal nivå. Det kan handla om att utse verksamhetsföreträdare som kan fungera som intermediärer, frigöra tid för utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal eller ansträngningar för att anpassa befintliga rutiner och arbetssätt till hälsoprogrammets ramar – aktiviteter som på kort sikt kräver ekonomiska resurser.

För att både kompensera för den ambitionshöjning som det nationella hälsoprogrammet innebär för de regionala och lokala verksamheterna, och för att främja en framgångsrik implementering, kan staten – utöver andra stödjande insatser – överväga att bidra genom statsbidrag.

Fortsatt arbete inom regeringsuppdraget – fokus på att färdigställa hälsoprogrammet

Inför den kommande delredovisning av uppdraget i augusti 2026, planerar myndigheterna att färdigställa en första version av hälsoprogrammets olika beståndsdelar. Här ingår bland annat att ta fram en fullständig översikt av hälsobesök med undersökningar och hälsosamtal, samt föräldraskapsstöd. Tillgängliggörande av hälsoprogrammet och nya kunskapsstöd samt utveckling av ett system för nationell uppföljning av hälsoprogrammets genomförande och effekter respektive uppföljning av barns- och ungas hälsa och utveckling ingår också. Nedan syns en visualisering av den planerade processen för det kommande arbetet på en övergripande nivå.

Figur 2. Övergripande processbeskrivning för det fortsatta arbetet inom regeringsuppdraget



Arbetet med att ta fram en långsiktig implementeringsstrategi intensifieras under våren 2026

Parallellt med att en första version av hälsoprogrammet färdigställs, intensifieras arbetet med att ta fram en långsiktig implementeringsstrategi. Berörda målgrupper, såsom beslutsfattare och verksamhetsföreträdare, kommer involveras kontinuerligt i detta arbete. Myndigheterna kommer gemensamt att ta fram en struktur för den kommande strategin, och i samverkan identifiera ändamålsenliga nationella implementeringsinsatser – insatser som syftar till att på bästa sätt stödja regioner och kommuner att omsätta hälsoprogrammets innehåll i praktiken.

Referenser

1. Regeringskansliet: Socialdepartementet. Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34).
2. Socialstyrelsen. Slutrapport – Förstudie avseende ett nationellt hälsoprogram för barn och unga; 2022.
3. Socialstyrelsen. Hälsoprogram för barn och unga – Delredovisning om förutsättningar för uppföljning; 2024.
4. Socialstyrelsen. Nationellt hälsoprogram för barn och unga – Plan för att ta fram hälsoprogrammet och kartläggning av uppskattade kostnader för nuvarande verksamhet – Delredovisning 2. 2024.
5. Regeringskansliet: Utbildningsdepartementet. En förbättrad elevhälsa (SOU 2025:113).
6. Socialstyrelsen. Rekommendationer: Graviditet. Hämtad 2025-11-17 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-graviditet-forlossning-och-tiden-efter/rekommendationer/graviditet/>
7. Socialstyrelsen. Utgå från Nationellt basprogram för graviditetsövervakning. Hämtad 2025-11-17 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-graviditet-forlossning-och-tiden-efter/rekommendationer/oversikt-graviditet/utga-fran-nationellt-basprogram-for-graviditetsovervakning>
8. Rikshandboken. Barnhälsovårdens nationella program. Hämtad 2025-11-17 från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/verksamhetsriktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/>
9. Kunskapsguiden. Familjecentralen som samverkansmodell och hälsofrämjande mötesplats. Hämtad 2025-11-17 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/familjecentralen-som-samverkansmodell/>
10. Rikshandboken. Hembesök. Hämtad 2025-11-17 från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/halsobesok/hembesok/>
11. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården; 2014.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård – Stöd för styrning och ledning 2022; 2022.
13. Skolverket. Elevhälsa. Hämtad 2025-11-15 från: <https://www.skolverket.se/styrning-och-ansvar/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/elevhalsa>
14. Sveriges riksdag. Skollag (2010:800).
15. Kunskapsguiden. Vägledning för elevhälsan: Ansvarsfördelning. Hämtad 2025-11-17 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/vagledning-for-elevhalsa/ansvarsfordelning/>
16. Skolinspektionen. Elevhälsa: Elevers behov och skolans insatser; 2015.
17. Kunskapsguiden. Hälsoenkät. Hämtad 2025-11-17 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/vagledning-for-elevhalsa/halsobesok-och-halsokontroller/halsoenkat/>

18. Regeringskansliet: Socialdepartementet. En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd (dnr S2018/04678/FST).
19. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Mödra- och barnhälsovården. Hämtad 2025-11-17 från: <https://mfof.se/foraldraskapsstod/arenor-for-foraldraskapsstod/modra--och-barnhalsovarden.html>
20. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Socialtjänst. Hämtad 2025-11-17 från: <https://mfof.se/foraldraskapsstod/arenor-for-foraldraskapsstod/socialtjanst.html>
21. Karlsson; M, Nilsson T. SNS Analys nr 49. Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster; 2018.
22. Dam P. Kosteneffectiviteit van de Jeugdgezondheidszorg: Verdonck Klooster & Associaties; 2012.
23. Vanneste YTM, Lanting CI, Detmar SB. The Preventive Child and Youth Healthcare Service in the Netherlands: The State of the Art and Challenges Ahead. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(14):8736.
24. Socialstyrelsen. Barn och unga som begår brott. Hämtad 2026-01-22 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/unga-som-begar-brott/>
25. Bailey; C, Skouteris; H, Harrison; CL, Hill; B, Thangaratinam; S, Teede; H, et al. A Comparison of the Cost-Effectiveness of Lifestyle Interventions in Pregnancy. *Value Health*. 2022; 25(2):194-202.
26. Gyllenstein; H, Haby; K, Berg; M, Premberg Å. Cost effectiveness of a controlled lifestyle intervention for pregnant women with obesity. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021; 21(1):639.
27. Davis JA OJ, Gibson LY, Prescott SL, Finlay-Jones AL. Understanding Engagement in Digital Mental Health and Well-being Programs for Women in the Perinatal Period: Systematic Review Without Meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2022; 24(8):e36620.
28. Verbeke E, Bogaerts A, Nuyts T, Crombag N, Luyten J. Cost-effectiveness of mental health interventions during and after pregnancy: A systematic review. *Birth*. 2022; 49(3):364–402.
29. Sampaio F, Häggström J, Ssegonja R, Eurenus E, Ivarsson A, Pulkki-Brännström AM, et al. Health and economic outcomes of a universal early intervention for parents and children from birth to age five: evaluation of the Salut Programme using a natural experiment. *Cost Eff Resour Alloc*. 2023; 21(1):29.
30. Döring N, Zethraeus N, Tynelius P, de Munter J, Sonntag D, Rasmussen F. Economic Evaluation of PRIMROSE-A Trial-Based Analysis of an Early Childhood Intervention to Prevent Obesity. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018; 9:104.
31. Derwig M, Tiberg I, Björk J, Welander Tärneberg A, Hallström IK. A child-centered health dialogue for the prevention of obesity in child health services in Sweden - A randomized controlled trial including an economic evaluation. *Obes Sci Pract*. 2022; 8(1):77–90.
32. Anopa Y, Macpherson L, McIntosh E. Systematic Review of Economic Evaluations of Primary Caries Prevention in 2- to 5-Year-Old Preschool Children. *Value Health*. 2020; 23(8):1109–18.

33. Anderson M, Davidson T, Dahllöf G, Grindefjord M. Economic evaluation of an expanded caries-preventive program targeting toddlers in high-risk areas in Sweden. *Acta Odontol Scand*. 2019; 77(4):303–9.
34. Dalziel K, Segal L. Home visiting programmes for the prevention of child maltreatment: cost-effectiveness of 33 programmes. *Arch Dis Child*. 2012; 97(9):787–98.
35. Wellander L, Wells MB, Feldman I. Does Prevention Pay? Costs and Potential Cost-savings of School Interventions Targeting Children with Mental Health Problems. *J Ment Health Policy Econ*. 2016; 19(2):91–101.
36. Ssegonja R, Sampaio F, Alaie I, Philipson A, Hagberg L, Murray K, et al. Cost-effectiveness of an indicated preventive intervention for depression in adolescents: a model to support decision making. *J Affect Disord*. 2020; 277:789–99.
37. Ahern S, Burke LA, McElroy B, Corcoran P, McMahon EM, Keeley H, et al. A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 27(10):1295–304.
38. Deogan C, Zarabi N, Stenström N, Högberg P, Skärstrand E, Manrique-Garcia E, et al. Cost-Effectiveness of School-Based Prevention of Cannabis Use. *Appl Health Econ Health Policy*. 2015; 13(5):525–42.
39. Cooper K, Shepherd J, Picot J, Jones J, Kavanagh J, Harden A, et al. An economic model of school-based behavioral interventions to prevent sexually transmitted infections. *Int J Technol Assess Health Care*. 2012; 28(4):407–14.
40. Davidson T, Bergström EK, Husberg M, Moberg Sköld U. Long-Term Cost-Effectiveness through the Dental-Health FRAMM Guideline for Caries Prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(4).
41. Bergström EK, Lingström P, Hakeberg M, Gahnberg L, Sköld UM. Caries and costs: an evaluation of a school-based fluoride varnish programme for adolescents in a Swedish region. *Community Dent Health*. 2016; 33(2):138–44.
42. Sampaio F, Sarkadi A, Salari R, Zethraeus N, Feldman I. Cost and effects of a universal parenting programme delivered to parents of preschoolers. *Eur J Public Health*. 2015; 25(6):1035–42.
43. Ulfsson M, Lindberg L, Månsdotter A. A Cost-Effectiveness Analysis of the Swedish Universal Parenting Program All Children in Focus. *PLoS One*. 2015; 10(12):e0145201.
44. Sampaio F, Nystrand C, Feldman I, Mihalopoulos C. Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health [Elektronisk resurs] a systematic review of economic evaluations. *European Child and Adolescent Psychiatry*; 2022.
45. Nystrand C, Feldman I, Enebrink P, Sampaio F. Cost-effectiveness analysis of parenting interventions for the prevention of behaviour problems in children. *PLoS One*. 2019; 14(12):e0225503.
46. Sampaio F, Enebrink P, Mihalopoulos C, Feldman I. Cost-Effectiveness of Four Parenting Programs and Bibliotherapy for Parents of Children with Conduct Problems. *J Ment Health Policy Econ*. 2016; 19(4):201–12.

47. Nystrand C, Sampaio F, Hoch JS, Osman F, Feldman I. The cost-effectiveness of a culturally tailored parenting program: estimating the value of multiple outcomes. *Cost Eff Resour Alloc.* 2021; 19(1):23.
48. Regeringskansliet: Socialdepartementet. Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention (Skr. 2024/25:77).
49. Statskontoret. Strategier och handlingsplaner: ett sätt för regeringen att styra? [Stockholm]: Statskontoret; 2018.
50. Hatch MJ. Organisationsteori: moderna, symboliska och postmoderna perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2002.
51. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Förstudie: Implementering av nationella hälsoprogrammet för barn och unga; 2025.
52. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. En översikt om att kombinera systemtänkande och implementeringsvetenskapliga metoder inom samhällsbaserad prevention; 2025.
53. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Förstudie: Implementering av föräldraskapsstödsprogram och SEL-program; 2025.
54. Sveriges riksdag. Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
55. Socialstyrelsen. Om Socialstyrelsens arbete med att stödja implementering. Internt promemoria. 2025.
56. Specialpedagogiska skolmyndigheten. Elevhälsoarbete. Hämtad 2025-11-17 från: <https://www.spsm.se/stod-och-rad/skolutveckling/elevhalsoarbete/>
57. Specialpedagogiska skolmyndigheten. Vårt uppdrag. Hämtad 2025-11-17 från: <https://www.spsm.se/om-oss/uppdrag/>
58. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens uppdrag. Hämtad 2025-11-17 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/vart-uppdrag/>

Bilaga 1. Metod

Metod för beräkning av kostnader för hälsobesök

En marginalkostnadsansats (så kallad bottom-up-ansats) har använts för att analysera kostnader för hälsobesök i respektive verksamhet som omfattas av det nationella hälsoprogrammet för barn och unga. Metoden utgår främst ifrån att uppskatta lönekostnaderna för antalet heltidstjänster som behov för att genomföra ett besök.

I lönekostnaden inkluderas arbetsgivaravgifter, semesterersättning och overheadkostnader. Marginalkostnadsansatsen kräver antagande om tid- och resursförbrukning. Antagandena handlar om vilka kompetenser som vanligtvis kan vara involverade i ett representativt besök, hur lång tid ett sådant besök tar i anspråk och hur många personer som berörs av varje besök. Dessa antaganden bygger på en nära dialog med externa och interna experter. Befolkningsstatistik har hämtats från Statistikmyndigheten SCB.

Uppskattningarna bygger även på antaganden om fördelningen mellan ”klinisk tid” och ”övrig administrativ tid” för respektive verksamhet och yrkesgrupp. Med klinisk tid avses antalet timmar som personalen direkt arbetar med enskilda patienter, elever eller föräldrar. Det är alltså de arbetstimmar som ägnas åt besök eller andra uppgifter som är i direkt anslutning till enskilda besök. Övrig administrativ handlar om sådan tid som exempelvis ägnas åt möten, kompetensutveckling, transporter i tjänst och mer generell administration. Antagandena kring andelen klinisk tid varierar mellan 40 och 75 procent beroende på yrkesgrupp. Antagandena har stämts av med interna och externa experter inom de olika områdena. Andelen klinisk tid multipliceras med totalt antal timmar per år per heltidstjänst (1808 timmar) för att få en uppskattning av antalet timmar som personalen lägger på klinisk tid årligen.¹⁷

De totala antalet timmar som behövs för ett besök har sedan divideras med antalet timmar som personalen lägger på klinisk tid. Resultatet av detta blir antalet heltidstjänster som krävs för ett besök inom den berörda verksamheten.

$$\frac{\text{besökstid i timmar} \times \text{antal besök per år}}{1808 \times \text{andel klinisk tid}} = \text{antal heltidstjänster}$$

För att uppskatta de totala årliga kostnaderna av heltidstjänsterna, multipliceras antal heltidstjänster med de genomsnittliga årliga

¹⁷ Tillväxtverket, 2017 s. 16.

lönkostnaderna för respektive yrkesgrupper. En uppskattning av kostnad per besök beräknas genom att dividera den totala årliga kostnaden med antal besök.

$$\frac{\text{antal heltidstjänster} \times \text{årslön}}{\text{antal besök}} = \text{kostnad per besök}$$

Mer detaljerade kostnadsberäkningar för varje område presenteras i nästa avsnitt.

Lönkostnader

Genomsnittliga lönkostnader för år 2023 har använts för kostnadsberäkningarna, hämtade från Statistikmyndigheten SCB. Vilka yrkesgrupper som är relevanta att inkludera har stämts av med interna och externa experter. Lönkostnaderna för dessa yrkesgrupper, inklusive sociala avgifter, semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad, återges i tabell A nedan. Lönkostnaderna för specialistsjuksköterskor inom barnhälsovården är ett genomsnitt av lönkostnaderna för barnsjuksköterskor och distriktsjuksköterskor, som oftast är de specialiteter som återfinns inom barnhälsovården.

Tabell A. Lönekostnader för berörda yrkesgrupper

Yrkeskategori	Månads- lön, kr	Lönepåslag; sociala avgifter och tillägg*	Lönekostnad per månad inkl. löne- påslag, kr	Lönekostnad per år inkl. lönepåslag, kr**
Barnmorskor	47 200	1,84	86 848	1 042 176
Specialistsjuk- sköterskor***	44 400	1,84	81 696	980 352
Barnsjuksköterskor	44 500	1,84	81 880	982 560
Distrikts- sjuksköterskor	44 300	1,84	81 512	978 144
Specialistläkare	92 200	1,84	169 648	2 035 776
Skolsköterskor	43 300	1,84	79 672	956 064
Hälso- och sjukvårdskurator****	40 197	1,84	71 392	856 704
Tandhygienister	38 500	1,84	70 840	850 080
Tandsköterskor	31 200	1,84	57 408	688 896
Tandläkare	53 400	1,84	98 256	1 179 072
Socialsekreterare	38 800	1,84	71 392	856 704

Källa: SCB Lönestatistik 2023.

*Lönepåslaget inkluderar semesterersättning på 12%, arbetsgivaravgifter på 31,42 % samt en overheadkostnad på 25%. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017, s. 16.

**Antalet arbetade timmar per år uppskattas till 1808 timmar, Tillväxtverket, 2017 s. 16.

***Beräknad genom medelvärdet av lönen för en barnsjuksköterska och distriktsjuksköterska

****Genomsnittslönen för kuratorer uppräknat med 3,6 procent baserat på värdet av ytterligare 1 års utbildning.

Föräldraskapsstöd

Föräldraskapsstöd kan ges i olika former och av olika verksamheter varför beräkningar av kostnader för föräldraskapsstödjande insatser skiljer sig från övriga uppskattningar. Insatserna kan ges i samband med ett enskilt hälsobesök, men kan även i grupp och i en serie av samtal. Därutöver är det inte sannolikt att alla föräldrar tackar ja till de erbjudna insatserna. Sammantaget innebär detta att flera beräkningar behöver göras för att få en uppskattning av kostnader för olika typer av föräldraskapsstödjande insatser.

För att få en aktuell bild av stöd som ges idag och kan komma att bli aktuellt inom ramen för nationellt hälsoprogram för barn och unga har dialog förts med MFoF. Se tabellerna nedan för en redogörelse av kostnadsuppskattningar för föräldraskapsstödjande insatser.

Tabell B. Kostnader för deltagande i föräldraskapsstöd i grupp inom barnhälsovården

Andel barn vars föräldrar deltar i gruppträffar	Antal barn i åldrarna 0–6 år*	Yrkesgrupp	Tidsåtgång minuter**	Heltids-tjänster	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per barn, kr
5%	4 954	Specialist-sjuksköterska	150	11	11,2	2 259
20%	19 814	Specialist-sjuksköterska	150	46	44,8	2 259

*Källa: SCB befolkningsstatistik 2024.

**Klinisk tid för specialistsjuksköterska inom barnhälsovården bedöms uppgå till 40%. Beräknad tidsåtgång uppskattas utifrån Rikshandboken.

***Beräknad genom antalet heltidstjänster multiplicerat med årliga lönekostnader för specialistsjuksköterskor. Beräkningarna utgår ifrån 4 träffar per grupp samt 6 familjer per grupp, utifrån diskussion med nationella arbetsgruppen för barnhälsovård.

Tabell C. Kostnader för samtal med föräldrar som inte deltar i gruppträffar inom barnhälsovården

Andel barn vars föräldrar deltar i gruppträffar	Antal barn i åldrarna 0–6 år*	Yrkesgrupp	Tidsåtgång minuter**	Heltids-tjänster	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per barn, kr
5%	4 954	Specialist-sjuksköterska	45	5	5,0	1 017
20%	19 814	Specialist-sjuksköterska	45	21	20,1	1 017

*Källa: SCB befolkningsstatistik 2024.

**Klinisk tid för specialistsjuksköterska inom barnhälsovården bedöms uppgå till 40%.

***Beräknad genom antalet heltidstjänster multiplicerat med årliga lönekostnader för specialistsjuksköterskor.

Tabell D. Kostnader för samtal med icke-födande föräldrar inom barnhälsovården

Andel barn vars föräldrar deltar i gruppträffar	Antal barn i åldrarna 0–6 år*	Yrkesgrupp	Tidsåtgång minuter**	Heltids-tjänster	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per barn, kr
5%	4 954	Specialist-sjuksköterska	30	3	3,4	678
20%	19 814	Specialist-sjuksköterska	30	14	13,4	678

*Källa: SCB befolkningsstatistik 2024.

**Klinisk tid för specialistsjuksköterska inom barnhälsovården bedöms uppgå till 40%.

***Beräknad genom antalet heltidstjänster multiplicerat med årliga lönekostnader för specialistsjuksköterskor.

Tabell E. Kostnader för deltagande i föräldraskapsstöd i grupp inom mödrahälsovården

Andel barn vars föräldrar deltar i gruppträffar	Antal familjer*	Yrkesgrupp	Tidsåtgång, minuter	Antagande om andel klinisk tid, procent**	Heltids-tjänster	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per barn, kr
5%	4 917	Barnmorska	150	40	11	11,8	2 402
5%	4 917	Barnmorska	150	65	7	7,3	1 478
5%	4 917	Barnmorska	150	53 (genomsnitt)	9	9,5	1 940
20%	19 666	Barnmorska	150	40	45	47,2	2 402
20%	19 666	Barnmorska	150	65	28	29,1	1 478
20%	19 666	Barnmorska	150	53 (genomsnitt)	37	38,2	1 940

*Källa: Socialstyrelsens statistik om förlossningar, graviditeter och nyfödda barn 2023.

**Klinisk tid för barnmorskor uppskattas till 40–65%.

***Beräknad genom antalet heltidstjänster multiplicerat med årliga lönekostnader för barnmorskor. I kostnaden ingår sociala avgifter, semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad. Beräkningarna utgår ifrån 4 träffar per grupp samt 6 familjer per grupp, utifrån diskussion med nationella arbetsgruppen för barnhälsovård.

Tabell F. Kostnader för samtal med föräldrar som inte deltar i gruppträffar inom mödrahälsovården

Andel barn vars föräldrar inte deltar i gruppträffar	Tidsåtgång, minuter	Antal familjer*	Yrkesgrupp	Antagande om andel klinisk tid, procent**	Heltids-tjänster	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per besök, kr
5%	45	4 917	Barnmorska	40	5	5,3	1 081
5%	45	4 917	Barnmorska	65	3	3,3	665
5%	45	4 917	Barnmorska	53 (genomsnitt)	4	4,3	873
20%	45	19 666	Barnmorska	40	20	21,3	1 081
20%	45	19 666	Barnmorska	65	13	13,1	665
20%	45	19 666	Barnmorska	53 (genomsnitt)	16	17,2	873

*Källa: Socialstyrelsens statistik om förlossningar, graviditeter och nyfödda barn 2023.

**Klinisk tid för barnmorskor uppskattas till 40–65%.

***Beräknad genom antalet heltidstjänster multiplicerat med årliga lönekostnader för barnmorskor. I kostnaden ingår sociala avgifter, semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad.

Tabell G. Kostnader för samtal med icke-födande föräldrar inom mödrahälsovården

Andel icke-födande föräldrar som deltar	Tidsåtgång, minuter	Antal icke-födande föräldrar*	Yrkesgrupp	Antagande om andel klinisk tid, procent**	Heltids-tjänster	Kostnad per år, miljoner kr***	Kostnad per besök, kr
39%	30	38 349	Barnmorska	40	27	27,6	721
39%	30	38 349	Barnmorska	65	16	17,0	443
39%	30	38 349	Barnmorska	53 (genomsnitt)	21	22,3	582
59%	30	58 015	Barnmorska	40	40	41,8	721
59%	30	58 015	Barnmorska	65	25	25,7	443
59%	30	58 015	Barnmorska	53 (genomsnitt)	32	33,8	582

*Källa: Socialstyrelsens statistik om förlossningar, graviditeter och nyfödda barn 2023.

**Klinisk tid för barnmorskor uppskattas till 40–65%.

***Beräknad genom antalet heltidstjänster multiplicerat med årliga lönekostnader för barnmorskor. I kostnaden ingår sociala avgifter, semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad.

Tabell H. Kostnader för deltagande i föräldraskapsstödsprogram inom socialtjänsten

Andel barn vars föräldrar deltar per år	Antal berörda barn*	Genomsnittlig kostnad per program och barn, kr**	Kostnad per år, miljoner kr
5%	6 000	3 654	21,9
20%	24 000	3 654	87,7

*Källa: SCB befolkningsstatistik, I genomsnittligt antal barn i åldrarna 0–18, 2024. Bygger på antagandet att föräldrarna deltar vid ett föräldraskapsstödsprogram under ett barns uppväxt

**Källa: Uppgifter om kostnader för olika program har hämtats från rapporten *Föräldrastöd – är det värt pengarna* publicerad 2014 av Folkhälsomyndigheten. Kostnadsuppgifterna har inflationsjusterat med 40 procent i enlighet med SCB:s KPI för barnomsorg.

Tabell I. Kostnader för deltagande i föräldraföreläsningar som tillhandahålls av socialtjänsten

Andel barn vars föräldrar deltar per år	Antal berörda barn*	Tidsåtgång per föreläsning, minuter**	Antal föreläsningar, 10 familjer per grupp	Yrkesgrupp	Heltids-tjänster	Kostnad per år, miljoner kr***
5%	6 000	150	600	Socialekreterare	2	1,8
20%	24 000	150	2 400	Socialekreterare	8	7,1

*Källa: SCB befolkningsstatistik, genomsnittligt antal barn i åldrarna 0–18, 2024. Bygger på antagandet att föräldrarna deltar vid en föreläsning under ett barns uppväxt.

**Klinisk tid för socialekreterare uppskattas till 40%.

***Beräknad genom antalet heltidstjänster multiplicerat med årliga lönekostnader för en socialekreterare. I kostnaden ingår sociala avgifter, semesterersättning, arbetsgivaravgifter och en overheadkostnad.

Metod för litteratursökning

Inom ramen för uppdraget genomfördes även en begränsad litteraturgenomgång. Detta för att identifiera vetenskapliga artiklar om effekter och samhällskostnader kopplade till tidiga insatser för barn och unga. Litteraturgenomgången syftade till att ge en övergripande bild av det aktuella forskningsläget. Den gör inte anspråk på att vara heltäckande, utan ska snarare ses som ett underlag för att förstå möjliga effekter och ekonomiska konsekvenser av tidiga insatser för barn och unga.

Totalt omfattade urvalet 91 studier, varav 34 utgjordes av systematiska översikter. Majoriteten av dessa studier återfanns inom elevhälsan, där 29 stycken analyserade olika typer av insatser med fokus på områden som tillväxt, levnadsvanor, munhälsa och psykisk hälsa. Inom mödrahälsovården identifierades 13 studier, inom barnhälsovården 15 studier och inom tandvården 14 studier. Totalt 13 studier fokuserade på föräldraskapsstödjande insatser oavsett verksamhet. Ytterligare nio artiklar handlade generellt om samhällskostnader kopplade till tidiga insatser för barn och unga. Ett antal ingick i flera kategorier.

Bilaga 2. Översikt av gjorda implementeringsinsatser

Tabell J1–4. Genomförda implementeringsinsatser för nationellt hälsoprogram för barn och unga

Tabell J1. Huvudsaklig målgruppsnivå: Beslutsfattare

Implementeringsinsats	Målgrupp
SKR:s mötesforum barnhälsovård – belysning av behov av föräldraskapsstöd och diskussion om nuläge och önskat läge.	Regionala och kommunala beslutsfattare, barnhälsovårdens ledning.
Almedalen – samverkan kring hälsoprogrammet, deltagande i workshop om barn och ungas delaktighet.	Myndigheter, forskare och beslutsfattare.
Uppdatering kring hälsoprogrammet med nätverk SKR.	Representanter från SKR.
Generaldirektör lyfter hälsoprogrammet i presentation för SKR.	SKR:s styrelse.
Föreläsning för SBU:s vetenskapliga råd – presentation av hälsoprogrammet för vård- och socialtjänstrepresentanter.	Beslutsfattare och profession inom vård och socialtjänst.
Uppdatering om hälsoprogrammet.	SKR:s kommundirektörsnätverk.
Studiebesök i Finland – erfarenhetsutbyte med Utbildningsstyrelsen, Institutet för hälsa och välfärd, finska riksdagen och familjecenter.	Myndigheter, forskare, beslutsfattare.
Flertal dialogmöten med SKR:s interna referensgrupp.	Föreståndare för olika enheter och avdelningar på SKR.
Presentation och avstämning med SKR – fokus på uppföljning av hälsoprogrammet.	Nationell samverkansaktör SKR.
Presentation om hälsoprogrammet	SKR:s chefsnätverk.
Skolriksdagen (SKR) – information om pågående arbete.	Skolchefer och rektorer.
Förebygg.nu – presentation av arbetet med det nationella hälsoprogrammet.	Regionala och nationella beslutsfattare inom folkhälsa.

Tabell J2. Huvudsaklig målgruppsnivå: Professionsföreträdare

Implementeringsinsats	Målgrupp
Digitalt informationstillfälle om uppdraget.	Professionsföreningar i hälso- och sjukvården, skola, skolnära vård, tandvård och socialtjänst.
Digitalt informationstillfälle om uppdraget.	Relevanta NPO:er.
Workshopserie med 70-tal professionella för att utveckla hälsoprogrammets innehåll.	Profession inom mödra- och barnhälsovård, elevhälsa och tandvård.
Barnveckan i Linköping – presentation av arbetet med det nationella hälsoprogrammet.	Profession inom barnhälsovård och folkhälsa.
BHV-överläkarmöte i Uppsala – föreläsning om jämställt föräldraskapsstöd och hälsoprogrammet.	Barnhälsovårdens överläkare och verksamhetschefer.
Familjecentralskonferens i Jönköping – monter och dialog om hälsoprogrammet och föräldraskapsstöd.	Personal inom mödra- och barnhälsovård.
Nationellt nätverk för samordningsbarnmorskor – föreläsning om nuläge och behov inom föräldraskapsstöd.	Barnmorskor och vårdpersonal.
Nationella BHV-dagar, Stockholm – föreläsning om jämställt föräldraskapsstöd och hälsoprogrammet.	Profession inom barnhälsovård.
Deltagande i Stockholms läns nätverk för medicinskt ledningsansvariga och verksamhetschefer för elevhälsans medicinska insatser.	Medicinskt ledningsansvariga och verksamhetschefer inom elevhälsans medicinska insatser.
VGR:s elevhälsönätverk – möte om hälsoprogrammet.	VGR:s elevhälsönätverk.
Informationstillfälle med återkoppling från workshopserie.	Experter från professionsorganisationer.
Barnrättsdagarna i Karlstad – föreläsning om delaktighetsarbetet inom ramen för hälsoprogrammet.	Beslutsfattare och profession inom vård och socialtjänst, civilsamhällesorganisationer, aktörer inom barnrätt med flera.
Familjecentralskonferens med monter för att berätta om MFoF:s uppdrag och pågående arbete, inklusive hälsoprogrammet.	Profession och beslutsfattare inom familjecentralernas verksamheter.
BHV NAG-möte – diskussion om föräldraskapsstöd inom hälsoprogrammet.	Profession inom barnhälsovården.

Implementeringsinsats	Målgrupp
Elevhälsanätverk (digitalt forum) – presentation om hälsoprogrammet med fokus på uppföljning.	Elevhälsans professioner och beslutsfattare.
Möte med NAG-MHV och NPO Kvinnors hälsa och förlossning om hälsobesök inom ramen för hälsoprogrammet.	NAG-MHV och NPO Kvinnors hälsa och förlossning.
Föreläsning för Tidiga samordnade insatser (TSI) – nätverksträff i Skånes kommuner.	Personal inom Skånes kommuner.
Workshopserie om övergångar mellan verksamheter – identifiering av hinder och framtagande av lösningar.	Representanter från relevanta professionsföreningar, NPO, NAG, RPO.
Återkommande referensgruppsmöten om hälsobesök.	Representanter från relevanta professionsföreningar, NPO, NAG, RPO.
Nationella BHV-dagar, Sundsvall – presentation av hälsoprogrammet samt fördjupning inom föräldraskapsstöd, kunskapsstöd och uppföljning.	Profession inom barnhälsovård samt i viss mån beslutsfattare.
Samordningsbarnmorskornas årliga möte, Örebro – föreläsning om föräldraskapsstöd.	Barnmorskor och verksamhetsledare.
Västra Götalands årliga nationella skolkonferens (digital) – presentation om hälsoprogrammet med fokus på SRHR.	Profession inom skolhälsa och SRHR.

Tabell J3. Huvudsaklig målgruppsnivå: Barn och unga, föräldrar/vårdnadshavare respektive civilsamhället

Implementeringsinsats	Målgrupp
Digitalt informationstillfälle om uppdraget för civilsamhällesorganisationer.	Civilsamhällesorganisationer som arbetar med barn och unga.
Återkommande expertgrupper med barn och unga i åldrarna 4–7 år, 7–10 år, 10–14 år, 12–14 år respektive 13–20 år.	Barn och unga i olika åldrar.
SPSM:s ungdomsnätverk – återkommande avstämningar med ungdomsorganisationer inom funktionshindersrörelsen.	Barn och unga med funktionsnedsättning.
Workshop med civilsamhällesorganisationer om föräldrars behov av stöd.	Civilsamhällesorganisationer, föräldranätverk.
Återkommande dialogmöten med Rådet för barn och unga vid Socialstyrelsen.	Civilsamhällesorganisationer som arbetar med barn och unga.

Implementeringsinsats	Målgrupp
SPSM:s ungdomsnätverk – dialog om barns och ungas synpunkter.	Ungdomsrepresentanter och organisationer.
Digitalt informationstillfälle.	Civilsamhällsorganisationer som arbetar med barn, unga och vårdnadshavare.

Tabell J4. Huvudsaklig målgruppsnivå: Övriga

Implementeringsinsats	Målgrupp
Återkommande referensgrupp med forskare.	Forskare och experter inom föräldraskapsstöd.
Digitalt informationstillfälle om uppdraget.	Relevanta myndigheter utanför uppdraget.
Samråd med Mälardalens universitet om forskning kring följsamhet och anpassning av föräldraskapsstödsprogram.	Akademi och forskarsamhälle.
Information och dialog om uppdraget.	Relevanta vetenskapliga råd inom Socialstyrelsen.
Träff med föräldraskapsstöds-experten inom hälsoprogrammet – gemensam diskussion om barns behov.	Experter inom föräldraskapsstöd.
Nätverket Nordic Data Prevention, Helsingfors – erfarenhetsutbyte om regeringsuppdrag och psykosociala program för barn och unga.	Forskare, myndigheter, nordiska aktörer.
Deltagit på Socialstyrelsens råd för funktionshinderfrågor.	Socialstyrelsens råd för funktionshinderfrågor.
Latvian Child Welfare Network – föreläsning om svensk föräldraskapsstödsstrategi och hälsoprogrammet.	Internationella aktörer inom barnrätt och familjepolitik.
Avstämning med registerhållare för EMQ – fokus på uppföljning.	Registerhållare inom hälsoområdet.
Avstämning med registerhållare för Graviditetsregistret – fokus på uppföljning.	Registerhållare inom hälsoområdet.



Nationellt hälsoprogram för barn och unga (artikelnr 2026-1-10006)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.