

# Bilaga 1. Metod

Slutrapporten inom Socialstyrelsens regeringsuppdrag om att följa, analysera och stödja genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV 2018 till 2020 [1, 2, 3] har arbetats fram i nära samarbete med Socialstyrelsens regeringsuppdrag om pilotverksamhet i BHV *Tillsammans för en trygg start* [4]. Slutrapporten bygger även vidare på Socialstyrelsens delrapporter [5, 6] inom uppdraget och *Nationell kartläggning av BHV* [7].

Socialstyrelsen har följt och analyserat genomförandet av överenskommelserna ur ett övergripande nationellt perspektiv. Bilagan omfattar två av slutrapportens tre delsyften:

1. följa genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV,
2. analysera hur genomförandet påverkat tillgängligheten i BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa.

## Tillgänglighet i BHV

I överenskommelserna saknas en definition av tillgänglighet i BHV liksom uppföljningsmått och krav på datainsamling [1, 2, 3]. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att tillgänglighet, förutom väntetider, kan handla om exempelvis geografiskt avstånd till vårdenhet, om tillgång till vård och behandling, om förtroende och delaktighet samt om tillgång till kompetens [8].

Socialstyrelsen har tolkat innebörden i ökad tillgänglighet i BHV för barn i socioekonomisk utsatthet som avseende riktade insatser i BHV-programmet. Det innebär att riktade insatser behöver utvecklas och i ökad utsträckning ges efter behov anpassat till barnens och föräldrarnas varierande förutsättningar. Förutsättningar som exempelvis som att ta till sig, förstå, värdera och kunna förhålla sig till hälsoinformation (hälsolitteracitet) eller familjernas möjligheter att transportera sig till olika vårdenheter och platser.

## Identifiera socioekonomisk utsatthet på kommun-, stadsdels- och områdesnivå

Överenskommelserna syftar i förlängningen till en mer jämlik hälsa. Enligt överenskommelserna om BHV för åren 2018 och 2019 [1, 2] skulle insatserna i BHV främst göras i socioekonomiskt utsatta områden, vilket i överenskommelsen för 2020 [3] formulerades som att BHV bör ha möjlighet att rikta insatser till familjer och barn som är särskilt utsatta.

Delegationen mot segregation konstaterade i årsrapporten 2021 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling att uppdelningen av personer i olika inkomstgrupper mellan olika bostadsområden ökat under perioden 1990 till 2018 samt att utvecklingen i stor utsträckning kan förklaras av ökande inkomstskillnader [9].

I litteraturen beskrivs hur kontextuella och kompositionella faktorer påverkar både barns och vuxnas hälsa på områdesnivå. För ett enskilt barn har dessutom familjen stor betydelse. Familjen avgör individens genetiska förutsättningar samt påverkar dess trygghet, hälsa och socialisation i en komplex samverkan med föräldrar, syskon, andra närstående och samhällets institutioner som exempelvis förskola och skola [10].

## Kontextuella riskfaktorer

Kontextuella riskfaktorer för barns och ungas hälsa handlar om närmiljön. Förutsättningarna för människors hälsa och välfärd varierar mellan geografiska områden som kommuner och stadsdelar. Jämlikhetskommissionen konstaterade att såväl svensk som internationell forskning visat att boende i socioekonomiskt utsatta områden har sämre livsmöjligheter vad gäller såväl skolresultat, utbildningsnivå och möjligheter på arbetsmarknaden som hälsa och levnadsvanor. I områden där befolkningen har låg inkomst och köpkraft, påverkas det lokala utbudet av varor och tjänster samtidigt som området kan förslummas fysiskt som en konsekvens. Barn och unga är extra beroende av den kontext där de växer upp, då de ofta tillbringar en stor del av sin tid i närmiljön och länkas till sociala kontakter [10].

## Kompositionella faktorer

Kompositionella faktorer handlar om demografiska och socioekonomiska skillnader mellan grupper som bor i olika kommuner, stadsdelar eller områden och kan illustreras med Care Need Index (CNI), ett socioekonomiskt behovsindex. CNI innehåller inga ekonomiska variabler, men Socialstyrelsen har tidigare visat att ett högt CNI per förälder till barn 0 till 6 år ofta inträffar samtidigt som en hög andel barn 0 till 6 år i ekonomisk utsatthet [5, 10]. Det beror på att faktorer som exempelvis arbetslöshet eller att sakna gymnasieutbildning kan ha ekonomiska konsekvenser på individnivå, samtidigt som dessa faktorer kan samvariera så att de förstärker varandra och förlängningen kan innebära en ökad risk för sämre hälsoutveckling hos barnen.

## Socioekonomisk utsatthet kan ta olika uttryck i olika kontexter

Barn och familjer i socioekonomisk utsatthet finns i alla kommuner, men utsattheten kan ta olika uttryck i olika kontexter. Enligt Delegationen mot segregation har mer än hälften av Sveriges kommuner ett eller flera områden med socioekonomiska utmaningar [9]. I slutrapporten används SKR:s kommungruppsindelning för att beskriva olika kontexter [11]. I storstadskommuner och stadsdelar (kommungrupp A) finns socioekonomisk utsatthet ofta koncentrerad till vissa stadsdelar och områden. Denna typ av uppdelning ses även i större städer (kommungrupp B). I landsbygdskommuner (kommungrupp C) finns inte alltid utpräglade utsatta områden, dock kan en hel kommun ha en hög utsatthet. I samtliga kommungrupper finns dessutom enskilda familjer som lever i utsatthet i mer välmående kommuner och stadsdelar.

I riket finns 290 kommuner och de tre storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö kan indelas i 34 stadsdelar, vilket innebär totalt 321 geografiska områden av kommuner och stadsdelar (tabell 1).

**Tabell 1. SKR's kommungruppsindelning och antal barn 0 till 6 år 2020**

Samtliga kommuner och stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö indelade enligt SKR:s kommungruppsindelning

Kommungrupp	Antal kommuner/ stadsdelar	Antal barn 0 till 6 år	Andel barn per kommungrupp
Storstadskommuner och stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö (A)	77	331 322	39%
Större städer och närliggande kommuner (B)	108	320 575	38%
Landsbygdskommuner (C)	136	191 089	23%
Samtliga	321	842 986	100%

Källa: SCB och SKR

När data aggregeras till kommun- eller stadsdelsnivå utjämnas spridning mellan områden inom en kommun eller stadsdel och utsatthet kan osynliggöras. Det finns olika sätt att definiera socioekonomiskt utsatta områden, vanligtvis ingår bland annat variabler för inkomst, utbildning och arbetsmarknadsanknytning, ibland kombinerat med demografiska variabler. Om syftet exempelvis är att studera brottslighet adderas variabler relaterade till brott och studeras barn och unga kan variabler om skolgång adderas. Vilka geografiska områden som klassificeras som socioekonomiskt utsatta i olika grad kan följaktligen variera något beroende på vilka variabler som väger tyngst i ett givet sammanhang, dock förekommer samvariation mellan flera av ovan nämnda variabler.

Av praktiska skäl använder slutrapporten utsatta områden enligt Polisens definition [12] för att illustrera skillnader och likheter, dessutom är förekomst av kriminalitet på bostadsområdesnivå en viktig kontextuell faktor för barnens uppväxt och familjerna [13]. SCB kan enkelt ta fram samma statistiska mått, exempelvis CNI, för utsatta områden enligt Polisens definition 2017 som för övriga kommuner och stadsdelar i riket. Polisens definition avser oftast en mindre del av en kommun eller stadsdel samt särskiljer särskilt utsatta, riskområden och utsatta områden. I riket finns ungefär 60 utsatta områden, från Borlänge i norr till Malmö söder, de flesta finns i och runt Stockholm, Göteborg och Malmö. Notera att Polisens geografiska indelning över utsatta områden endast används i syfte att studera spridning och storleksordning mellan olika områden. Områdesindelningen i sig används inte i övrigt.

## Följa genomförandet

För att följa genomförandet av överenskommelserna belyser slutrapporten följande frågeställningar:

- Hur fördelades statsbidrag inom överenskommelserna mellan och inom regionerna?
- Vilka insatser i BHV för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet har finansierats med statsbidragen?

Socialstyrelsen har följt statsbidragens additionalitet, det vill säga de insatser i BHV som regionerna finansierat med statsbidragen. Additionalitet handlar här om förstärkning av BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa. Förstärkning, genom att tillföra insatser utöver befintlig verksamhet i BHV, kan göras på olika sätt [5].

## Ökad volym av befintliga insatser i BHV

I överenskommelsen för år 2018 förklarades att insatser som redan görs i BHV ska stärkas, med utgångspunkt i nationella kunskapsstöd som exempelvis *Vägledning för barnhälsovården* [14]. Detta kan tolkas som att överenskommelsen syftade till additionalitet i form av ökad volym av befintliga insatser. Särskilt nämns tandhälsa, vaccinationer och levnadsvanor, liksom att hembesök eller annan uppsökande verksamhet skulle göras, om möjligt i samverkan med socialtjänst och vårdgivare inom tandvården.

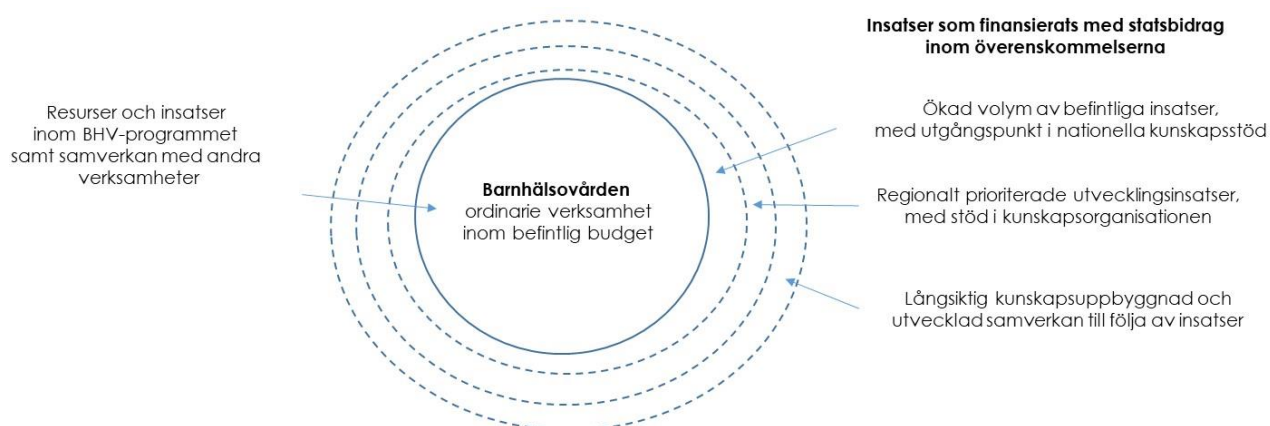
## Regionalt prioriterade utvecklingsinsatser

I överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV [1, 2, 3] betonades att insatser som finansieras med statsbidrag skulle bidra till regionernas långsiktiga utvecklingsarbete i BHV. Detta gav stort utrymme för egna prioriteringar i respektive region. För att säkerställa att statsbidragen användes för utveckling av insatser och kunskapsuppbyggnad på ett, för BHV i varje region, strategiskt sätt betonades i [1] att sjukvårdsregionala programområden för barn och unga samt tandvård skulle involveras.

## Långsiktig kunskapsuppbyggnad och utveckling av stödjande strukturer för samverkan

Ökad volym av insatser som redan görs, nya insatser eller utveckling av arbetssätt och samverkan med andra verksamheter kan även ge en kunskapsuppbyggnad och utvecklad eller förstärkt samverkan som i förlängningen ger förbättrade insatser för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet.

**Figur 1. BHV – Befintlig verksamhet och insatser som finansieras med statsbidrag inom överenskommelserna**



## Analysera genomförandet

Slutrapporten analyserar hur genomförandet av överenskommelserna påverkat tillgängligheten i BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa och belyser utvecklingsområden för en fortsatt utveckling av en jämlik och tillgänglig BHV.

Socialstyrelsen har analyserat genomförandet av överenskommelserna och resultaten ur ett övergripande nationellt perspektiv. I analysprocessen identifierades framträdande teman baserat på kvalitativa data som insamlats med enkäter, träffar för regionernas kontaktpersoner, intervjuer för slutrapporten, löpande dialog med CBHV-team i de fyra regioner som driver pilotverksamhet i BHV *Tillsammans för en trygg start* [4, 10] och årsrapporter för BHV.

**Tabell 2. Kvalitativa data om det regionala genomförandet som utgjort underlag i analysprocessen**

Region	Deltagande i kp-träffar*	Enkäter**	Årsrapporter för BHV ***	Intervju slutrapport	Pilotverksamhet
Stockholm	X	X	3	X	
Uppsala	X	X	-		
Södermanland	X	X	2		X
Östergötland	X	X	-		X
Jönköping	X	X	3		
Kronoberg	X	X	3		X
Kalmar	X	X	3	X	
Gotland	X	X	1	X	
Blekinge	X	X	1		
Skåne	X	X	-	X	
Halland	X	X	2		
Västra Götaland	X	X	3		
Värmland	X	X	2	X	
Örebro	X	X	1	X	
Västmanland	X	X	-	X	
Dalarna	X	X	2		X
Gävleborg	X	X	-	X	
Västernorrland	X	X	2	X	
Jämtland	X	X	1		
Västerbotten	X	X	2		
Norrbottnen	X	X	-	X	
<b>Riket</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>5 + 10</b>	<b>10</b>	<b>4</b>

\* Kontaktperson har regelbundet deltagit i de träffar som SKR och myndigheterna arrangerat samt presenterat genomförandet av överenskommelserna i den egna regionen

\*\* Regionen har besvarat Socialstyrelsens enkäter för uppföljning av överenskommelserna om BHV 2019 och 2020 samt Socialstyrelsens enkät för uppföljning av överenskommelserna om god och nära vård 2021.

\*\*\* Endast regioner som lämnat årsrapporter för samtliga år har inkluderats i analysen.

## Datainsamling

### Sju nätverksträffar med regionernas kontaktpersoner

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR har regelbundet arrangerat nätverksträffar med regionernas kontaktpersoner för överenskommelserna.

Nätverksträffarna har innehållit många gruppdiskussioner om de insatser som genomförs i regionerna för att öka tillgängligheten i BHV. Dessa har givit myndigheterna och SKR löpande följa genomförandet av överenskommelserna genom en aktuell lägesbild av arbetet med överenskommelserna och gjort det möjligt för myndigheterna att vara lyhörda för nya behov av stöd som uppkommit. Nätverksträffarna har dokumenterats i minnesanteckningar som utgjort underlag för slutrapporten.

De tre första nätverksträffarna hölls i Stockholm i oktober 2018, i april 2019 och i februari 2020. Därefter hölls digitala träffar i maj 2020, i oktober 2020, i november 2020 och i mars 2021.

## Löpande dialog med de fyra regionerna som medverkar i *Tillsammans för en trygg start*

Socialstyrelsen har en löpande dialog med styrgrupper i de fyra regioner som bedriver pilotverksamhet i BHV inom ramen för *Tillsammans för en trygg start* [4]. Styrgrupperna består av representanter för BHV, BVC, socialtjänst, tandvård och mödravård i respektive region.

## Tre enkätundersökningar

För den första delrapporten inom uppdraget insamlades uppgifter om de regionala genomförandeprocesserna med en webbenkät till centrala BHV-teamen (CBHV-teamen) i samtliga regioner i april 2019. Svarefrekvensen uppgick till 100 procent. Missiv och enkät finns i den första delrapporten [5].

Ytterligare en webbenkät skickades till CBHV-teamen i samtliga regioner i mars 2020. Frågorna handlade bland annat om pågående insatser som finansierades med statsbidrag inom överenskommelserna. Svarefrekvensen uppgick till 100 procent. Missiv och enkät finns i [7].

## Överenskommelserna om god och nära vård

I början av 2021 skickade Socialstyrelsens en enkät för uppföljning av överenskommelserna om god och nära vård till samtliga regioner. Två av frågorna handlade om BHV och har utgjort underlag för slutrapporten:

- Beskriv övergripande utvecklingen av BHV's arbete för jämlik hälsa hos barn 0-6 år i regionen
- Beskriv arbete som genomförts för att bidra till
  - ökad tillgänglighet för grupper med högre risk för sämre hälsa och tandhälsa på grund av socioekonomisk utsatthet, exempelvis genom ökade hembesöksprogram eller annan uppsökande verksamhet
  - ökad eller bibehållen vaccinationstäckning
  - ökad samverkan mellan BHV och andra aktörer

Samtliga regioner besvarade enkäten.

## Årsrapporter för BHV

I början av 2021 begärde Socialstyrelsen in samtliga regioners årsrapporter för BHV för åren 2017 till 2020. Av svaren framkom en variation mellan regionerna avseende i vilken omfattning och form de följer upp och rapporte-

rar om verksamhetens innehåll, utveckling och måluppfyllelse. Några inkluderar BHV i större verksamhetsområden. Möjligheten att ta fram specifika rapporter för BHV på regionnivå varierar också över tid, beroende på resurser och yttre förutsättningar. Åren 2020 och 2021 försämrade pandemin regionernas möjligheter att prioritera uppgifter av icke patientnära karaktär. Flertalet regioner nämnde att rapporterna för 2020 är försenade, till följd av omfördelning av personalresurser till vaccinationsarbetet. Dessa har därmed inte kunnat användas i Socialstyrelsens arbete med slutrapporten.

För åren 2017 och 2018 har en majoritet av regionerna lämnat årsrapporter till myndigheten. För 2019 drygt hälften av regionerna och för 2020 enbart sex regioner. Sammantaget har fem regioner lämnat årsrapporter för åren för genomförandet av överenskommelserna, 2018 till 2020, och har därmed utgjort underlag för analysen i slutrapporten. Dessa har studerats och sammanställts utifrån de tre övergripande områden som identifierats som viktiga för arbetet för ökad tillgänglighet och jämlikhet i BHV:

- BHV's strategiska betydelse för jämlik hälsa
- BHV's förflyttning mot proportionell universalism
- Ett stärkt BHV-program

Då genomgången syftade till att uppmärksamma eventuella förflyttningar och förstärkningar inom BHV's verksamheter under tiden för genomförandet av överenskommelserna har enbart regioner med årsrapporter för åren 2018, 2019 och 2020 inkluderats i underlaget. Då underlaget är begränsat till ett mindre antal regioner är slutsatserna av årsrapporterna på en aggregerad nivå och begränsade till en summerad, kvalitativ bild som enbart kan komplettera övriga insamlade data, så om intervjustudien våren 2021.

## Statistik

Socioekonomiska data om föräldrar till barn 0 till 6 år för 2017 och 2020 har hämtats från Statistiska Centralbyrån (SCB) [4], liksom antal barn 0 till 6 år respektive år. Statistik över hembesök och regionernas nettokostnader för BHV har hämtats från SKR's årliga sammanställning av ekonomi- och verksamhetsstatistik för hälso- och sjukvård [15]. Statistik över kariesförekomst hos treåringar har hämtats från kvalitetsregistret Skapa.

## Elva intervjuer för slutrapporten

Den övergripande frågeställningen för intervjuerna var hur genomförandet av insatser med statsbidrag inom överenskommelserna ökat tillgänglighet i BHV för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet. För att fånga det övergripande nationella perspektivet på genomförandet av överenskommelserna genomfördes en intervju med en företrädare för nationella arbetsgruppen för BHV (NAG BHV) i juni 2021.

Perioden februari till april 2021 genomfördes intervjuer för slutrapporten med CBHV-teamen i tio regioner. Urvalet gjordes för att begränsa regionernas uppgiftslämnarberda under den pågående pandemin. Regioner som tidigare intervjuats inom detta regeringsuppdrag eller bedriver pilotverksamhet i BHV [4] exkluderades. Av de återstående regionerna inkluderades först de

största och minsta samt några med högt CNI, därefter lades ett par regioner till för att täcka hela riket från norr till söder.

### *Intervjuguide för intervjuerna med CBHV-team*

#### Tillgänglighet och jämlikhet i BHV i utgångsläget 2018

1. Till vilka barn och grupper av barn har satsningar inom överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV riktats i er region?
2. Utgå ifrån tiden då överenskommelsen inleddes och beskriv
  - målgruppens behov av riktade insatser i BHV-programmet
  - eventuella hinder som fanns för att målgruppen skulle kunna ta del av dessa insatser
3. Vilka uppfattade ni då som de mest angelägna insatserna för att underlätta för målgruppen att ta del av riktade insatser i BHV-programmet?

#### Resultat av insatser i BHV som finansierats med statsbidrag

4. Har någon insats som kräver finansiering – som finansierades med statsbidragen inom ök om BHV – permanentats i BHV 2021?
5. Vad mer – som inte kräver finansiering – tar ni med er från genomförandet av överenskommelserna? (Lärdomar och kunskaper, nya rutiner som exempelvis utvecklade insatser och upparbetad samverkan)
6. Hur har genomförandet av överenskommelserna förändrat
  - möjligheterna att tillgodose målgruppens behov av riktade insatser i BHV-programmet?
  - samverkan mellan aktörer i BHV?

#### Stödstrukturer och yttre påverkan i genomförandeprocessen

7. Beskriv kort planerings- och genomförandeprocessen i er region: Vad har fungerat? Vad har inte fungerat? Vilka har varit delaktiga?
8. Hur har ni upplevt stödet i genomförandet från SKR, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten?
9. Hur uppfattar ni att pandemin har påverkat:
  - barn 0 till 6 år i socioekonomiskt utsatta grupper som utifrån kända riskfaktorer löper en förhöjd risk att utvecklas ogynnsamt?
  - genomförandet av överenskommelserna om BHV i er region?
  - möjligheter att genomföra insatser i samverkan med andra aktörer?

#### Satsningar i BHV idag och återstående utmaningar

10. Tilldelas BHV i er region statsbidrag från överenskommelserna om god och nära vård eller någon annan överenskommelse för år 2021?
11. Om ni idag hade fått statsbidrag till BHV för att underlätta för dessa barn att ta del av riktade insatser i BHV-programmet - vad hade varit allra viktigast att prioritera i er region?



# Referenser

1. Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018. Stockholm: Socialdepartementet; 2017. Dnr S2017/07519-3.
2. Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019. Stockholm: Socialdepartementet; 2019. Dnr S2019/02386/FS.
3. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2020. Dnr S2020/00440/FS.
4. Tillsammans för en trygg start. Socialstyrelsens regeringsuppdrag om genomförande av pilotverksamhet i BHV, regeringsbeslut S2019/00910/FS; Socialstyrelsen Dnr 17704/2019.
5. Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården. En första delrapport inom Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019-9-6319.
6. Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården. En andra delrapport inom Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020-10-6890.
7. Nationell kartläggning av barnhälsovården. En jämlik och tillgänglig barnhälsovård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020-10-6889.
8. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet: slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
9. Segregation i Sverige - årsrapport 2021 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling. Delegationen mot segregation; 2021.
10. Delredovisning av uppdrag (S2019/00910/FS delvis) genomförande av pilotverksamhet i barnhälsovården. Samverkan mellan barnhälsovården, mödrahälsovården, socialtjänstens förebyggande verksamhet och tandvården. Socialstyrelsen; 2020. Socialstyrelsen Dnr 17704/2019.
11. Kommungruppsindelning, SKR. 2017. Hämtad 2020-05-27 från: <https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html>
12. Utsatta områden - Social ordning, kriminell struktur och utmaningar för polisen. Nationella operativa avdelningen, Underrättelseenheten, Polisen; 2017.
13. Utanförskap, våld och kärlek till orten. Barns röster om att växa upp i utsatta kommuner och förorter. Stockholm. Barnombudsmannen; 2018.
14. Vägledning för barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
15. Ekonomi- och verksamhetsstatistik, SKR. Ekonomistatistik 2010-2020. Nettokostnader Hälso- och sjukvård/Primärvård/Barnhälsovård. Hämtad 2021-07-05 från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.html>