

Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården

Slutrapport för Socialstyrelsens regeringsuppdrag
att följa, analysera och stödja genomförandet av
överenskommelserna 2018 till 2020

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

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

Artikelnummer 2021-10-7556
Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2021

Förord

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR, tidigare SKL) har ingått årliga överenskommelser om ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018 till 2020. Överenskommelserna, som avsåg att ge regionerna bättre möjligheter att rikta insatser i barnhälsovården till barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa, syftade i förlängningen till en mer jämlik hälsa.

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att följa, analysera och stödja genomförandet av överenskommelserna 2018 till 2020. Detta är slutrapporten inom Socialstyrelsens regeringsuppdrag. Slutrapporten riktar sig även till tjänstemän i regioner och kommuner samt till yrkesverksamma i hälso- sjukvård och socialtjänst. Sammanfattningen är en kortversion av rapporten, som i sin helhet finns i resterande kapitel.

Erika Budh har varit projektledare för att följa och analysera genomförandet samt ansvarig för del- och slutrapporteringen. Malin Bruce har varit projektledare för myndighetens stödjande insatser i uppdraget. Projektmedarbetarna Anneli Marttila och Frida Ranft har bidragit i arbetet. Lena Hellberg och Maria Hilberth har varit ansvariga enhetschefer.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
BHV-programmet	7
Genomförandet av överenskommelserna 2018 till 2020	7
Överenskommelserna har bidragit till utveckling av BHV	10
Behov av fortsatt utveckling	10
Inledning	12
Socialstyrelsens uppdrag	12
Utgångspunkter	13
Rapportens disposition	15
Omvärldsutveckling	16
Skillnader i hälsa mellan grupper som lever i olika socioekonomiska kontexter	16
Förändringar i socioekonomiska faktorer	21
Pandemins påverkan	23
Genomförandet av överenskommelserna	26
Fördelning av statsbidragen mellan regionerna	26
Regionala processer för planering- och genomförande	27
Statsbidrag till BHV i regionerna	30
En mångfald av insatser	31
Stöd från nationella aktörer	40
Analys	44
Genomförandet 2018 till 2020	44
Utvecklad BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa	47
Oklart hur överenskommelserna påverkat tillgängligheten i BHV 2021 ..	51
Fortsatt utveckling av en jämlik och tillgänglig BHV	52
Bevaka pandemins påverkan på barnens hälsa	52
Utveckling på nationell nivå	52
Riktade insatser i BHV-programmet och ökad samverkan	53
Referenser	57
Bilageförteckning	60

Sammanfattning

Barn i Sverige har generellt god hälsa, men barn som lever i socioekonomisk utsatthet har ökad risk för sämre hälsoutveckling. Skillnader i levnadsvillkor och livsstil mellan olika grupper i samhället leder till skillnader i hälsa mellan grupperna och hälsoproblem i socioekonomiskt utsatta grupper. Därför har regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ingått årliga överenskommelser om ökad tillgänglighet i barnhälsovården (BHV) 2018 till 2020, som i förlängningen syftade till en mer jämlik hälsa. Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att följa, analysera och stödja genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV.

BHV-programmet

Genom införandet av BHV-programmet 2015 togs ett steg mot att ge insatser i proportion till behov hos såväl grupper som enskilda barn och familjer. *Rikshandboken i BHV för professionen* beskriver delarna i BHV-programmet. Den första delen är universella insatser som ska erbjudas till alla oavsett behov. Den andra och tredje delen består av insatser som ges till alla vid behov och i proportion till behovens omfattning. I den andra delen av BHV-programmet ingår insatser som riktas till grupper eller individer med ökade behov. Den tredje delen i BHV-programmet avser enskilda barn och familjer med störst behov och kan omfatta såväl förebyggande som behandlingsinsatser i samverkan med exempelvis med socialtjänst och tandvård. Utgångspunkten är att alla barn kan ha behov av insatser utöver de universella insatserna i BHV-programmet, under en kortare eller längre period.

I överenskommelserna för 2018 och 2019 uppmärksammades att följsamheten till BHV-programmet kan vara låg i socioekonomiskt utsatta områden. I *Nationell kartläggning av BHV* konstaterade Socialstyrelsen den första delen av BHV-programmet implementerats relativt likvärdigt i regionerna, exempelvis vad gäller vaccinationer och förebyggande arbete inom barnsäkerhet. Vissa moment, som exempelvis hembesök till alla barn vid åtta månader, hade inte implementerats i alla regioner. Kartläggningen visade på större skillnader mellan regionerna i utformning och implementering av insatser i den andra och tredje delen av BHV-programmet; dessa insatser tillsammans benämns här riktade insatser.

Genomförandet av överenskommelserna 2018 till 2020

Socialstyrelsen har följt genomförandet av överenskommelserna 2018 till 2020 i enlighet med uppdraget från regeringen. I överenskommelserna uttrycktes att statsbidragen skulle användas för att finansiera insatser som ökar tillgängligheten i BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för

sämre hälsa, liksom att insatserna skulle bidra till regionernas långsiktiga utvecklingsarbete i BHV.

Försvårande omständigheter och varierande förutsättningar i regionerna

Redan innan överenskommelserna hade flera regioner ett strategiskt utvecklingsarbete för BHV och dessa kunde relativt snabbt besluta hur statsbidragen skulle användas för att förstärka BHV. I andra regioner blev processen för att omsätta statsbidrag till BHV mer komplicerad eftersom det saknades planeringsunderlag för att genomföra insatser utöver ordinarie budget. I några regioner krävdes dessutom internt arbete för att statsbidragen skulle komma BHV tillgodo.

I många regioner tog genomförandet av insatser ordentlig fart först under hösten 2019 och tidigt 2020 pågick insatser i BHV riktade till barn i socioekonomisk utsatthet i nästan alla regioner. Sedan kom pandemin och i varierande omfattning försvårades genomförandet av överenskommelserna i många regioner.

Variерande andelen av statsbidragen till BHV

Överenskommelserna 2018 till 2020 omfattade sammanlagt 354,5 mnkr i statsbidrag. I överenskommelserna 2018 och 2019 hade SKR i uppdrag att fördela statsbidragen mellan regionerna efter *lokala behov*. 2020 fördelade Kammarkollegiet statsbidragen mellan regionerna med en fördelningsnyckel som Socialstyrelsen utarbetat för att öka statsbidragens träffsäkerhet i förhållande till *lokala behov*. Nio regioner fick ett högre statsbidrag för år 2020 än 2019, elva fick lägre och en region fick samma belopp på statsbidraget.

Enligt Socialstyrelsens beräkningar har regionerna använt 164 mnkr (46 procent) för att förstärka BHV, drygt 60 mnkr årligen 2018 och 2019 och närmare 40 mnkr 2020. I överenskommelserna fanns inga krav på återbetalning av statsbidrag som använts för andra ändamål än BHV.

Flest regioner använde statsbidrag för att förstärka BHV 2019, då medianregionen använde 63 procent av statsbidraget för BHV. Över perioden 2018 till 2020 finns en spridning mellan regionerna. Fem regioner har använt hela, eller nästan hela statsbidraget under tre år för BHV. Tre regioner har inte alls, eller i väldigt liten utsträckning, använt statsbidragen för BHV. Resterande 13 regioner har i varierande omfattning använt statsbidragen för BHV.

En mångfald av insatser har finansierats med statsbidragen

Statsbidragen inom överenskommelserna har givit regionerna bättre förutsättningar att erbjuda barn och familjer i socioekonomisk utsatthet insatser i BHV efter behov, som exempelvis:

- ökad bemanning med BHV-sjuksköterskor på BVC i kommuner och områden med en högre socioekonomisk utsatthet,
- ökad tillgänglighet till kompetenser som logoped, dietist, psykolog och tandvård på BVC,

- utökade hembesöksprogram och hembesök i samverkan med exempelvis förebyggande socialtjänst
- kompetensutveckling och fortbildning för BHV-personal,
- insatser i samverkan med tandvården,
- insatser för kommunikationsutveckling och språkstimulans,
- metoder för att identifiera enskilda barn och familjer med behov av psykosocialt stöd och föräldraskapsstöd.

En handfull regioner har även använt statsbidragen för att införa moment i BHV-programmets första del som ges till alla oavsett behov, som andra regioner hade infört redan innan överenskommelserna om BHV.

Utveckling av insatser i samverkan, till barn i socioekonomisk utsatthet med komplexa behov, riskerar att förbises

Även om många regioner prioriterat insatser kopplat till BHV-programmet har statsbidragen i en majoritet av regionerna lett till tillfälliga insatser. Dessutom har urvalet av insatser begränsats av krav som att kunna starta snabbt och, i några regioner, ha förutsättningar att drivas vidare inom ordinarie budget efter överenskommelserna om BHV. Flera regioner undvek att dra igång stora projekt, eller att anställa personal, som inte kunde garanteras en fortsättning efter överenskommelserna om BHV. Men många har gjort insatser för kompetensutveckling.

Ett fåtal regioner gjorde långsiktiga insatser, som att öka bemanningen på BVC i socioekonomiskt utsatta stadsdelar och kommuner. Åtminstone en region avslutade insatser när de örönmärkta statsbidragen för BHV upphörde.

Socialstyrelsen konstaterar att långsiktiga insatser behövs för barn i socioekonomisk utsatthet med komplexa och omfattande behov av insatser inom BHV-programmet i samverkan.

Stöd från nationella aktörer

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten genomförde 2018 en inventering av vilka behov av stöd från myndigheterna som regionerna och professionerna i BHV samt SKR hade i genomförandet av överenskommelserna.

Myndigheterna och SKR har gemensamt genomfört regelbundna nätverks-träffar med regionernas kontaktpersoner för överenskommelserna om BHV. Träffarna har givit regionernas kontaktpersoner möjligheter att dela och utbyta erfarenheter med varandra, samtidigt som myndigheterna och SKR fått en aktuell bild av arbetet med att genomföra överenskommelserna och möjlighet att vara lyhörda för nya behov av stöd som uppkommit. Några stödjande aktiviteter och åtgärder som genomförts är:

- Inspirationsdag om utökade hembesök och konferens
- Kartläggning av BHV som verksamhetsområde
- Sammanställning av lärande exempel från regionernas arbete med att genomföra överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV

Överenskommelserna har bidragit till utveckling av BHV

Skiftande planeringsförutsättningar har medfört att den regionala genomförandeprocessen har varierat mellan regionerna. Snabbast igång med insatser var regioner där BHV hade ett pågående utvecklingsarbete redan innan överenskommelserna. I andra regioner har överenskommelserna lett till att ett strategiskt utvecklingsarbete för BHV har tagit form.

Socialstyrelsens analys visar att genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV har lett till att:

- BHV:s strategiska roll för jämlik hälsa uppmärksammats,
- medvetenheten ökat inom BHV om behoven av riktade insatser för att kompensera för ojämlikheter i barns uppväxtmiljö som ökar risken för sämre hälsa,
- samverkan mellan BHV och andra verksamheter, framför allt socialtjänst och tandvården, utvecklats, och
- implementeringen av BHV-programmet utifrån behov har stärkts, genom att inarbetade insatser fortsätter inom befintlig budget och, i ett fåtal regioner, fortsatt finansiering av exempelvis ökad bemanning på BVC i stadsdelar och kommuner med högre vårdtyngd.

Oklart hur tillgängligheten i BHV påverkats

I överenskommelserna definieras inte vad ökad tillgänglighet i BHV omfattar. Socialstyrelsen har gjort tolkningen att ökad tillgänglighet i BHV, för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa, innebär att riktade insatser i BHV-programmet utvecklas samt i ökad utsträckning ges efter behov och anpassat till barnens och föräldrarnas varierande förutsättningar. Förutsättningar för att ta del av BHV-programmet efter behov kan handla om exempelvis att ta till sig, förstå, värdera och kunna förhålla sig till hälsoinformation (hälsolitteracitet) eller familjernas möjligheter att transportera sig till olika vårdenheter och platser.

I genomförandet av överenskommelserna har flertalet regioner genomfört insatser för att öka tillgängligheten i BHV för målgruppen, men under 2020 har pandemin i varierande omfattning påverkat tillgängligheten i BHV. Dock saknas uppföljningsmått och data för att kvantitativt bedöma hur tillgängligheten i BHV för målgruppen förändrats under perioden för genomförandet av överenskommelserna 2018 till 2020. Därför konstaterar Socialstyrelsen att det inte är möjligt att dra slutsatser om hur, eller i vilken omfattning, genomförandet av överenskommelserna påverkat tillgängligheten i BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa.

Behov av fortsatt utveckling

Socialstyrelsen konstaterar att det fortsatt finns stora skillnader i barns uppväxtmiljö och socioekonomiska förutsättningar för god hälsa. För att bidra till att utjämna skillnader i hälsa behövs fortsatt arbete för att utveckla samt

ge riktade insatser i BHV-programmet efter behov, anpassat till barnens och föräldrarnas varierande förutsättningar.

Uppföljning av BHV och barns hälsa

Flera regioner betonar att pandemin riskerar att förstärka ojämlikheter i barns hälsa och leda till större behov av riktade insatser i BHV. Pandemin befaras ha medfört ett ökat behov av insatser för exempelvis levnadsvanor, då fler barn kan ha utvecklat övervikt eller fetma. Dessutom finns flera signaler på att barnens språkutveckling påverkats av minskad närvaro på förskolan och begränsade sociala kontakter under pandemin.

Socialstyrelsen konstaterar att pandemins konsekvenser för barnens hälsoutveckling noggrant behöver följas upp under längre tid på såväl regional som nationell nivå.

Riktade insatser i BHV-programmet och ökad samverkan

Regionerna arbetar löpande med att utveckla BHV och implementeringen av BHV-programmet efter behov. I analysen har Socialstyrelsen identifierat några övergripande utvecklingsområden som stöd för regionerna i arbete med att skapa organisatoriska förutsättningar för att utveckla tillgängligheten i BHV för barn i socioekonomiskt utsatthet:

- psykosociala riskfaktorer, som medför behov av riktade insatser i BHV för psykosocialt stöd och föräldraskapsstöd, kan identifieras med olika metoder i olika socioekonomiska kontexter
- bemanning efter vårdtyngd; BHV-sjuksköterskor i förhållande till antalet nyfödda barn behöver vara högre på BVC i socioekonomiskt utsatta kontexter för att insatser i BHV-programmet långsiktigt ska kunna ges efter behov anpassat till barnens och föräldrarnas varierande förutsättningar.
- tillgängligheten till riktade insatser i BHV-programmet, för barn och familjer i socioekonomiskt utsatta kontexter, kan öka genom att låta BVC, eller den familjecentral där BVC ingår, vara *en* dörr in till olika kompetenser som exempelvis logoped och dietist.
- strukturer som stödjer långsiktig samverkan, exempelvis
 - för att bibehålla och fortsätta utveckla samverkan med tandvården, mödrahälsovården och socialtjänst
 - utvecklingsarbete kring hur verksamheterna inom familjecentraler ska samordnas och samverka.
 - strategisk utveckling av en bred samverkan med förskolan som omfattar alla förskolebarn.

Socialstyrelsens analys visar att det i flertalet regioner är lika aktuellt idag, som när satsningen på överenskommelserna inleddes, att utveckla och ge riktade insatser i BHV-programmet efter behov och anpassat till barnens och familjernas förutsättningar, som exempelvis utökade hembesöksprogram i samverkan, för att bidra till bättre förutsättningar för en jämlik hälsa bland barn i socioekonomisk utsatthet som riskerar sämre hälsoutveckling.

Inledning

Barn i Sverige har generellt god hälsa, men barn som lever i socioekonomisk utsatthet har ökad risk för sämre hälsoutveckling. Därför ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR¹) överenskommelser om ökad tillgänglighet i barnhälsovården (BHV) med för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet 2018 till 2020 [1, 2, 3]. Överenskommelserna syftade i förlängningen till en mer jämlik hälsa:

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

[Överenskommelsen om ökad tillgänglighet i BHV 2018, sid 5]

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att följa, analysera och stödja genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV². Socialstyrelsen har tidigare redovisat två delrapporter inom uppdraget [4, 5].

Syfte

För att svara mot uppdraget har tre delsyften med slutrapporten definierats:

1. följa genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV, genom att belysa frågeställningarna om
 - hur statsbidragen fördelats mellan och inom regionerna
 - vilka insatser i BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa som finansierats med statsbidragen
2. analysera genomförandet av överenskommelserna och hur genomförandet påverkat tillgängligheten i BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa,
3. stödja genomförandet av överenskommelserna; genom att
 - redovisa Socialstyrelsens stödjande insatser till regionerna och SKR i deras arbete med att genomföra överenskommelserna.
 - belysa aktuella utvecklingsområden för en jämlik och tillgänglig BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsoutveckling.

¹ Tidigare Sveriges kommuner och landsting (SKL)

² S2018/00723/FS

Ökad tillgänglighet i BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa

I överenskommelserna definieras inte vad ökad tillgänglighet i BHV omfattar [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 [6].

Socialstyrelsen har gjort tolkningen att ökad tillgänglighet i BHV, för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa, innebär att riktade insatser i BHV-programmet utvecklas samt i ökad utsträckning ges efter behov och anpassat till barnens och föräldrarnas varierande förutsättningar. Förutsättningar kan handla om exempelvis att ta till sig, förstå, värdera och kunna förhålla sig till hälsoinformation (hälsolitteracitet) eller familjernas möjligheter att transportera sig till olika vårdenheter och platser.

Avgränsning

Det är inte möjligt att kvantitativt beskriva, eller konstatera förändringar i, tillgängligheten i BHV mot bakgrund av att såväl uppföljningsmått som data för att kvantitativa bedömningar av tillgängligheten i BHV saknas.

Slutrapporten omfattar inte analys av enskilda insatser som möjliggjorts genom statsbidragen inom överenskommelserna om BHV 2018 till 2020.

Metod

Metod och datainsamling för denna slutrapport beskrivs utförligt i bilaga 1.

Utgångspunkter

Agenda 2030 för hållbar utveckling

Socialstyrelsen bidrar till genomförandet av Agenda 2030, de globala utvecklingsmål som beslutades av FN:s generalförsamling i september 2015. De globala målens ledord är *Leave No One Behind*. Socialstyrelsens uppdrag att följa, analysera och stödja genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV berör mål 3 *säkerställ att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar* som omfattar ekonomiska, ekologiska och sociala faktorer som påverkar människors hälsa. Barn som lever i socioekonomisk utsatthet berörs även av mål 10 *minska ojämlikheten inom och mellan länder*.

Barnrättsperspektivet

Barnkonventionen, som blev svensk lag den 1 januari 2020, klargör att alla barn är lika mycket värda och har samma rättigheter [7]. Alla barn har samma rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. *Barnrättsperspektivet* innebär att utgå ifrån de mänskliga rättigheter som alla barn, oavsett exempelvis ålder och kön, har beaktas exempelvis genom att insatser i BHV ges efter behov.

BHV ska präglas av ett *barnperspektiv* där barnets bästa sätts främst i alla beslut som rör barnet [8], genom att en vuxen så långt som möjligt sätter sig in i barnets situation, försöker se till barnets bästa och agera därefter [9].

Barnets perspektiv innebär att barnet själv har rätt att uttrycka sin mening och, utifrån ålder och mognad, ges möjlighet att bidra med sina erfarenheter, synpunkter och förslag. Barns delaktighet är också styrkt av artikel 12 i Barnkonventionen som beskriver att varje barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör henne eller honom. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad.

En jämlik och tillgänglig BHV

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken i Sverige är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen, genom att inom en generation åtgärda påverkbara skillnader i hälsa [10].

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

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

Möjligheten att vid behov få vård får inte påverkas av förhållanden såsom ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet eller kulturella olikheter [12].

Proportionell universalism

BHV syftar till att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa, tidigt identifiera problem och vid behov initiera åtgärder. BHV har historiskt haft ett huvudsakligen somatiskt perspektiv på barns hälsa och gjort framgångsrika satsningar. När det förebyggande arbetet med barnsäkerhet infördes minskade olyckor i hemmen kraftigt och numera förebyggs många barnolycksfall. Utvecklingen mot att arbeta mer folkhälsoinriktat och att även ge psykosociala insatser innebär att BHV ofta behöver nära kontakt och samverkan med olika professioner och verksamheter.

Genom införandet av BHV-programmet 2015 togs ett steg mot proportionell universalism i BHV, det vill säga att ge insatser i proportion till och anpassat efter behov. *Rikshandboken i BHV för professionen* beskriver delarna i BHV-programmet som kolumner [8]. Den första kolumnen är universella insatser som ska ges till alla oavsett behov. Den andra och tredje kolumnen består av insatser som ges till alla vid behov och i proportion till behovens omfattning. I kolumn två ingår insatser som riktas till grupper eller individer med ökade behov. Den tredje kolumnen i BHV-programmet avser insatser till enskilda barn och familjer med störst behov och kan omfatta såväl förebyggande som behandlingsinsatser i samverkan med exempelvis med socialtjänst och tandvård. Utgångspunkten är att alla barn, under en kortare eller längre period av sin tid inom BHV, kan ha behov av insatser utöver de universella insatserna. Insatserna i den andra och tredje kolumnen benämns tillsammans som riktade insatser.

Begreppet tillgänglighet har många aspekter

En jämlik BHV innebär att alla barn och deras föräldrar ges tillgänglighet till BHV-programmet efter behov, vilket bland annat bygger på att grupper och enskilda barn eller familjer med större behov kan identifieras. En annan aspekt av tillgänglighet finns i mötet mellan BHV och familjerna. Att mötas innebär exempelvis att BHV gör barn och föräldrar delaktiga samt att BHV har förutsättningar att kommunicera med alla, inkluderande exempelvis de med begränsade kunskaper i svenska och de som har andra behov [12]. Dessutom handlar tillgänglighet om geografiska avstånd till olika vårdenheter vid behov [6]. Ytterligare en aspekt av tillgänglighet är att föräldrar har möjlighet att få kontakt med BHV, exempelvis på telefon eller via e-tjänst, samt att BHV har uppsökande verksamhet för att få kontakt med barn vars föräldrar inte tar barnet till besök i BHV.

Rapportens disposition

Rapporten inleds i detta kapitel. Nästföljande kapitel utgör en bakgrund för Socialstyrelsens analys av genomförandet av överenskommelserna om BHV. Kapitlet belyser de socioekonomiska skillnader i barns uppväxtmiljö som ledde fram till överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV, förändringar i några socioekonomiska faktorer under perioden för överenskommelserna och pandemins påverkan.

Rapportens tredje kapitel svarar mot rapportens delsyften; att följa genomförandet av överenskommelserna genom att belysa hur statsbidragen fördelats mellan och inom regionerna, att analysera de insatser i BHV som regionerna finansierat med statsbidragen samt att redovisa Socialstyrelsens stödjande insatser till regionerna och SKR i deras arbete med att genomföra överenskommelserna.

Därefter, i kapitel fyra, besvaras rapportens andra delsyfte; att analysera genomförandet av överenskommelserna och hur tillgängligheten i BHV påverkats för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa. Rapportens sista kapitel har ett stödjande syfte och belyser aktuella utvecklingsområden för en jämlik och tillgänglig BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsoutveckling.

Rapporten har 3 bilagor. I bilaga 1 beskrivs metod och datainsamling som legat till grund för rapporten. I bilaga 2 beskrivs hur Care Need Index (CNI) beräknas och CNI per förälder till barn 0 till 6 år presenteras. I bilaga 3 finns en företeckning över de insatser som varje region finansierat med statsbidrag inom överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV.

Omvärldsutveckling

Kapitlet belyser socioekonomiska skillnader i barns uppväxtmiljö som ledde fram till överenskommelserna om BHV, förändringar i några socioekonomiska faktorer under perioden för genomförandet av överenskommelserna samt pandemins påverkan på BHV, barnen och deras familjer. Kapitlet utgör en bakgrund för Socialstyrelsens analys av genomförandet av överenskommelserna om BHV.

Skillnader i hälsa mellan grupper som lever i olika socioekonomiska kontexter

Socialstyrelsens definierar hälsa som *fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, alltså inte endast frånvaro av sjukdom eller skada* [13] baserat på WHO:s definition. Generellt har både barn och vuxna i Sverige god hälsa. Dock finns systematiska skillnader i hälsa mellan grupper i samhället med olika social position, som en gradient i hälsa som löper genom hela samhället och hälsoproblem i utsatta grupper [14]. Den sociala, eller socioekonomiska, gradienten i hälsa kan förklaras av skillnader i levnadsvillkor och livsstil mellan olika samhällsgrupper och har visat sig vara robust över tid, trots att samhället utvecklats och de allra flesta har fått det bättre [15]. Att hälsan är ojämnt fördelad i den vuxna befolkningen påverkar barnen genom att barns hälsa i hög grad är beroende av föräldrarnas socioekonomiska situation [14, 15]. På gruppnivå beror barns hälsa av de omständigheter där de föds, växer upp och lever [16].

I Sverige finns 843 000 barn i åldersgruppen 0 till 6 år (tabell 1). Riket har 290 kommuner och de tre storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö kan indelas i 34 stadsdelar. Dessa 321 geografiska områden av kommuner och stadsdelar kan indelas i grupper med liknande förutsättningar baserat på SKR:s kommungruppsindelning [17]. Nästan vart fjärde barn bor i en landsbygdskommun och resterande barn är jämt fördelade mellan storstadskommuner och -stadsdelar samt större städer och närliggande kommuner (tabell 1).

Tabell 1. Barn i åldersgruppen 0 till 6 år per kommungrupp

Antal barn 0 till 6 år i riket och 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	77	331 322	39%
Större städer och närliggande kommuner	108	320 575	38%
Landsbygdskommuner	136	191 089	23%
Riket	321	842 986	100%

Källa: SCB och SKR

Barn och familjer i socioekonomisk utsatthet finns i alla kommuner, men utsattheten kan ta olika uttryck i olika kontexter. I storstadskommuner och stadsdelar finns socioekonomisk utsatthet ofta koncentrerad till vissa stadsdelar och områden. Denna typ av uppdelning ses även i större städer. I landsbygdskommuner finns inte alltid utpräglade utsatta områden, dock kan en hel kommun ha en hög socioekonomisk utsatthet. I kommuner och stadsdelar med högre socioekonomi förekommer enskilda familjer i utsatthet.

Enligt Delegationen mot segregation har mer än hälften av Sveriges kommuner ett eller flera områden med socioekonomiska utmaningar [18]. Hög socioekonomisk utsatthet i ett mindre område i en kommun och stadsdel kan osynliggöras när dessa områden inkluderas i statistik över större stadsdelar och kommuner. I syfte att visa storleksordningen för spridning mellan områden med hög socioekonomisk utsatthet och andra stadsdelar eller kommuner används här utsatta områden enligt Polisens definition [19]³. Nästan var tionde (7 procent) barn i åldersgruppen 0 till 6 år lever i utsatta områden enligt Polisens definition, vilket motsvarar 58 000 barn [20]. Dessa utsatta områden är förhållandevis barnrika, barn 0 till 6 år utgör drygt tio procent av befolkningen, i jämförelse med åtta procent av befolkningen i riket.

Socioekonomisk utsatthet på kommun-, stadsdels- och områdesnivå

De minst resursstarka grupperna i samhället lever mest åtskilda från personer i andra inkomstgrupper [18]. Barnombudsmannen har tidigare beskrivit barnens upplevelser av att växa upp i stadsdelar och kommuner, i olika delar av landet, som har sämre skolresultat, ekonomi och hälsa än övriga landet [21].

För att beskriva barnens uppväxtvillkor och identifiera socioekonomisk utsatthet på kommun- stadsdels- och områdesnivå beräknas Care Need Index (CNI) per förälder till barn 0 till 6 år för kommuner i riket och stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö. Populationen föräldrar till barn 0 till 6 år definieras ur barnens perspektiv genom att föräldrar inkluderas i populationen för varje barn 0 till 6 år som hen är förälder till. En förälder med ett barn inkluderas en gång och en förälder med tre barn i åldersgruppen inkluderas tre gånger. I åldersgruppen finns 842 986 barn med 1 640 630 föräldrar, som tillsammans utgör populationen föräldrar till barn 0 till 6 år. Det betyder att 1,95 föräldrar per barn 0 till 6 år kan identifieras.

Här används CNI per förälder för att möjliggöra jämförelser över tid för enskilda kommuner och stadsdelar. CNI per förälder i mediankommunen eller -stadsdelen i riket 2020 är 2,95 (tabell 2). Medianen anger det mittersta värdet, vilket betyder att 160 kommuner eller stadsdelar har ett lägre CNI per förälder (lägre socioekonomisk utsatthet) och 160 kommuner eller stadsdelar har ett högre CNI per förälder (högre socioekonomisk utsatthet). Den första

³ Det finns olika sätt att definiera socioekonomiskt utsatta områden, vanligtvis ingår variabler som inkomst, utbildning och arbetsmarknadsanknytning, ibland även demografiska variabler. 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. Då SCB enkelt kan ta fram samma statistiska mått för utsatta områden enligt Polisens definition 2017, som för övriga kommuner och stadsdelar i riket, används Polisens definition av praktiska skäl. Dessutom är förekomst av kriminalitet på bostadsområdesnivå en viktig kontextuell faktor för barnens uppväxt och familjerna.

kvartilen⁴ (Q1) visar brytpunkten för i den fjärdedel av kommuner och stadsdelar som har lägst socioekonomisk utsatthet och den tredje kvartilen (Q3) anger brytpunkten för den fjärdedel av kommuner och stadsdelar som har högst socioekonomisk utsatthet.

Notera att CNI per förälder inte är detsamma som relativt CNI som många regioner använder för att fördela ersättning till primärvården. Medianen för relativt CNI är alltid 1, medan medianvärdet för CNI per förälder speglar andelen som saknar gymnasieutbildning, är arbetslösa, utlandsfödda, ensamstående och nyinflyttade. Måtten kan **inte** jämföras med varandra (tabell 2). I bilaga 2 beskrivs hur CNI beräknas.

Tabell 2. CNI per förälder och relativt CNI för föräldrar till barn 0 till 6 år

Lägsta värde (Min), första kvartilen (Q1), median, tredje kvartilen (Q3) och högsta (Max) för CNI per förälder och relativt CNI för populationen föräldrar till barn 0 till 6 år i kommuner och stadsdelar i riket.

Kommungrupp	CNI per förälder	Relativt CNI för föräldrar
Min	1,34	0,45
Första kvartilen (Q1)	2,41	0,81
Median	2,95	1,00
Tredje kvartilen (Q3)	3,84	1,30
Max	8,15	2,75

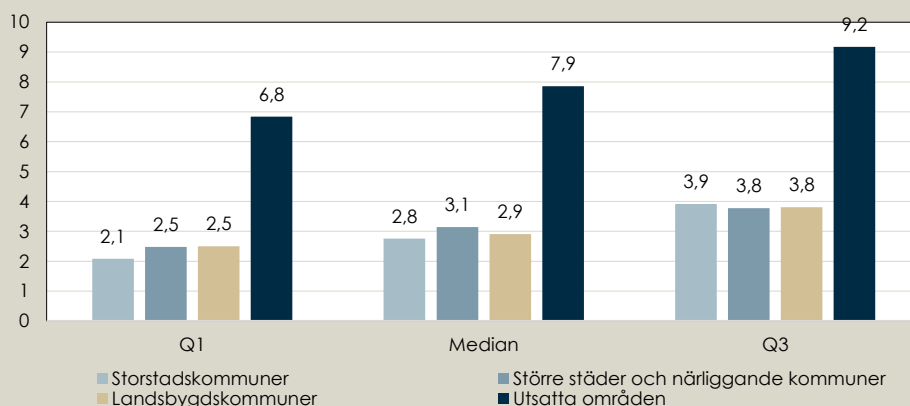
Källa: SCB

Av figur 1 framgår att medianvärdet för CNI per förälder är i samma storleksordning i kommungrupperna. Inom respektive kommungrupp är skillnaden mellan den tredje kvartilen (Q3) och medianen större, än mellan den första kvartilen (Q1) och medianen. Det innebär att socioekonomisk utsatthet koncentreras till kommuner och stadsdelar som kan identifieras med CNI per förälder för populationen föräldrar till barn 0 till 6 år högre än den tredje kvartilen (Q3). I socioekonomiskt utsatta områden visar såväl median som respektive kvartil på en avsevärt högre socioekonomisk utsatthet (figur 1).

⁴ Kvartilerna visar spridningen i ett mått genom att populationen indelas i fyra lika stora grupper. Den första kvartilen visar den övre gränsen i en fjärdedel av population. Den andra kvartilen är det samma som medianen, det vill säga halva populationen har ett lägre värde och halva högre.

Figur 1. CNI per förälder i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år

Första kvartilen (Q1), median och tredje kvartilen (Q3) för CNI per förälder i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år i kommuner enligt SKR:s kommungruppsindelning och utsatta områden enligt Polisens definition.



Källa: SCB, SKR och Polisen

Den tredje kvartilen indikerar vilka kommuner och stadsdelar som har hög socioekonomisk utsatthet. Tabell 3 visar att kommuner och stadsdelar med CNI per förälder för populationen föräldrar till barn 0 till 6 år över den tredje kvartilen i riket (Q3=3,84) är fler till antalet i större städer och närliggande kommuner samt i landsbygdskommuner än i storstadskommuner och -stadsdelar. I gruppen storstadskommuner och stadsdelar är dock andel socioekonomiskt utsatta kommuner och stadsdelar något högre än i de andra kommungrupperna.

Vidare visar tabell 3 att kommuner och stadsdelar med hög socioekonomisk utsatthet är barnrikare än övriga kommuner och stadsdelar. Drygt vart fjärde barn 0 till 6 år (29 procent) lever i en kommun eller stadsdel med CNI per förälder i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år är 3,84 eller högre. I större städer och närliggande kommuner lever vart tredje barn i en kommun som tillhör den mest utsatta fjärdedelen.

Tabell 3. Kommuner i riket och stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö med hög socioekonomisk utsatthet

CNI per förälder i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år över den tredje kvartilen (Q3) i riket och i respektive kommungrupp. Samtliga kommuner i riket och stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö indelade enligt SKR:s kommungruppsindelning.

Kommungrupp	Antal kommuner över Q3	Andel av kommunerna	Andel av barnen
Storstadskommuner och stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö	21	27%	28%
Större städer och närliggande kommuner	26	24%	33%
Landsbygdskommuner	33	24%	27%
Samtliga	80	25%	29%

I bilaga 2 presenteras också CNI per förälder för populationen föräldrar till barn 0 till 6 år i samtliga kommuner i riket och stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö över den tredje kvartilen (Q3) i riket 2020.

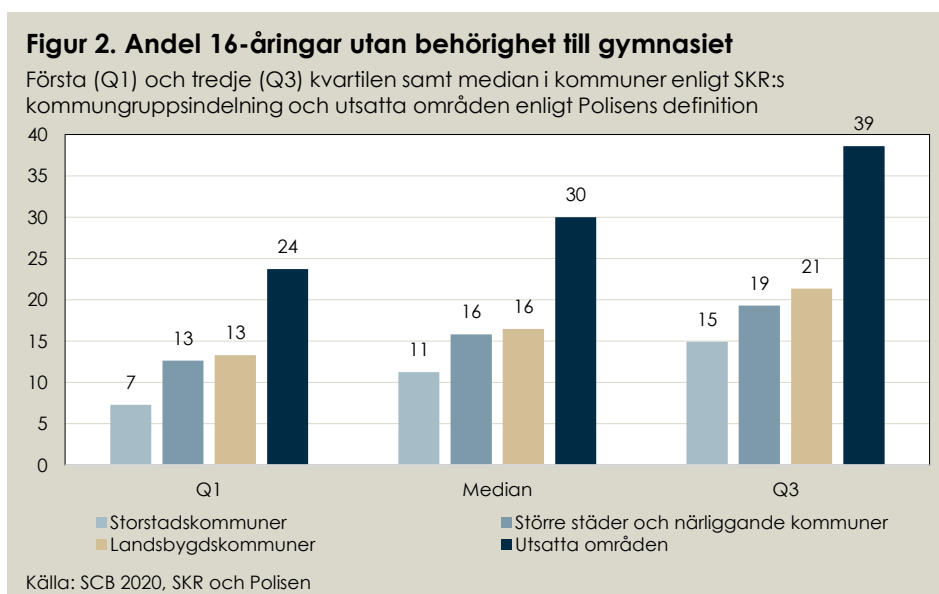
Endast ett utsatt område, enligt Polisens definition, har ett CNI per förälder till barn 0 till 6 år 2020 som understiger 3,84, det vill säga under den tredje kvartilen för kommuner och stadsdelar i riket. Som framgår av figur 3 hade övriga utsatta områden avsevärt högre CNI per förälder till barn 0 till 6 år, vilket indikerar en hög socioekonomisk utsatthet bland småbarnsföräldrar i dessa områden.

Kvaliteten i samhällets kompensatoriska åtgärder

Skillnader mellan olika socioekonomiska kontexter där barnen växer upp kan delvis utjämnas genom samhällets kompensatoriska åtgärder. I vilken mån kvaliteten i samhällets kompensatoriska åtgärder, i form av förskola och skolan, är tillräcklig för att utjämna kontextuella skillnader jämförs skolresultaten i grundskolan mellan kommuner, stadsdelar och utsatta områden. Skolresultaten mäts här som andelen behöriga till gymnasieskolans yrkesprogram⁵; andelen behöriga till högskoleförberedande program⁶ är lägre.

Av alla 16-åringar i riket som slutade grundskolan 2020 saknade 15 procent behörighet till gymnasieskolan; en högre andel i större städer och närliggande kommuner och i landsbygdskommuner än i storstadskommuner och stadsdelar (figur 2). Motsvarande andel i utsatta områden enligt Polisens definition var 30 procent.

I den tredje kvartilen av kommuner och stadsdelar i riket saknade var femte 16-åring (20 procent) behörighet till gymnasieskolan, motsvarande andel i utsatta områden var dubbelt så hög (39 procent). Närmare 2 000 ungdomar boende i utsatta områdena slutade grundskolan 2020 utan att vara behöriga till gymnasieskolan, ungefär tre fjärdedelar av dem fanns i regionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne.



⁵ För behörighet till ett yrkesprogram krävs godkända betyg i svenska eller svenska som andraspråk, engelska och matematik och godkända betyg i minst fem andra ämnen. Sammanlagt krävs godkända betyg i åtta ämnen.

⁶ För behörighet till ett högskoleförberedande program krävs godkända betyg i svenska eller svenska som andraspråk, engelska, matematik och godkända betyg i minst nio andra ämnen. Sammanlagt krävs godkända betyg i tolv ämnen.
www.skolverket.se

Förändringar i socioekonomiska faktorer

Under perioden för genomförandet av överenskommelserna om BHV har förändringar skett i några socioekonomiska faktorer som påverkar familjernas livssituation och barnens förutsättningar för hälsa. I syfte att åskådliggöra barnens livsmiljö räknas föräldrar ur barnens perspektiv genom att en förälder inkluderas en gång för varje barn 0 till 6 år som hen är förälder till i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år.

Arbetslösheten bland småbarnsföräldrar ökade

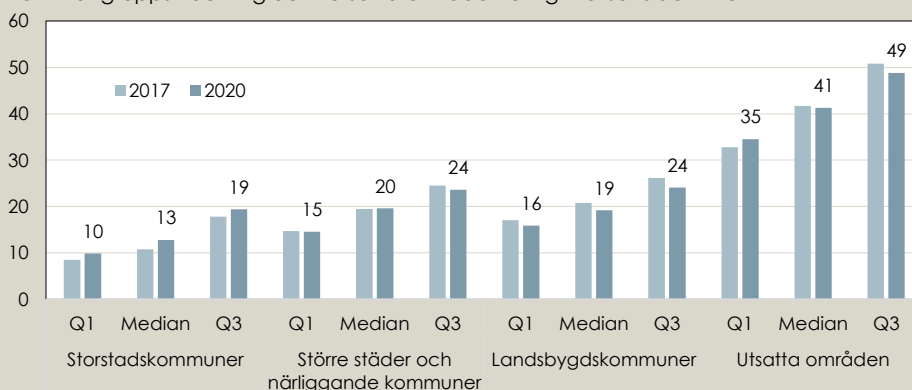
Under 2020 ökade arbetslösheten till följd av pandemin. Föräldrar till yngre barn drabbades mer än föräldrar till äldre barn, vilket kan bero på att småbarnsföräldrar är yngre och har en svagare förankring på arbetsmarknaden. Sannolikt förlorade fler småbarnsföräldrar sina visstids- och timanställningar, medan föräldrar till äldre barn i högre utsträckning kan ha behållit jobbet och korttidspermitterats [22].

Av figur 3 framgår att ökningen i arbetslöshet⁷ 2020, i förhållande till 2017, i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år finns i storstadskommunerna, vilket kan förklaras av en stor del av den hårt pandemidrabbade besöksnäringen finns i storstadskommuner.

En person som någon gång under året varit inskriven på Arbetsförmedlingen räknas här som arbetslös. Mellan 2017 och 2020 minskade andelen som var inskrivna på Arbetsförmedlingen i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år i kommuner över den tredje kvartilen (Q3) bland större städer och närliggande kommuner liksom i landsbygdskommuner och i utsatta områden (figur 3). Redan innan pandemin fanns personer som stod långt ifrån arbetsmarknaden, framförallt i utsatta områden, men även i större städer och närliggande kommuner och i landsbygdskommuner. Nedgången i andelen inskrivna på Arbetsförmedlingen kan därför bero på såväl ökad sysselsättning som att några slutat söka arbete eller är föräldraledig med ytterligare ett barn.

Figur 3. Andel i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år som är arbetslösa*

Första (Q1) och tredje (Q3) kvartilen samt median 2017 och 2020 i kommuner enligt SKR:s kommungruppsindelning och i utsatta områden enligt Polisens definition



* Som arbetslös räknas en person som varit inskriven på Arbetsförmedlingen någon gång under året
Källa: SCB, SKR och Polisen

⁷ En person som någon gång under året varit inskriven på Arbetsförmedlingen räknas här som arbetslös.

Lägre andel föräldrar utan gymnasieutbildning

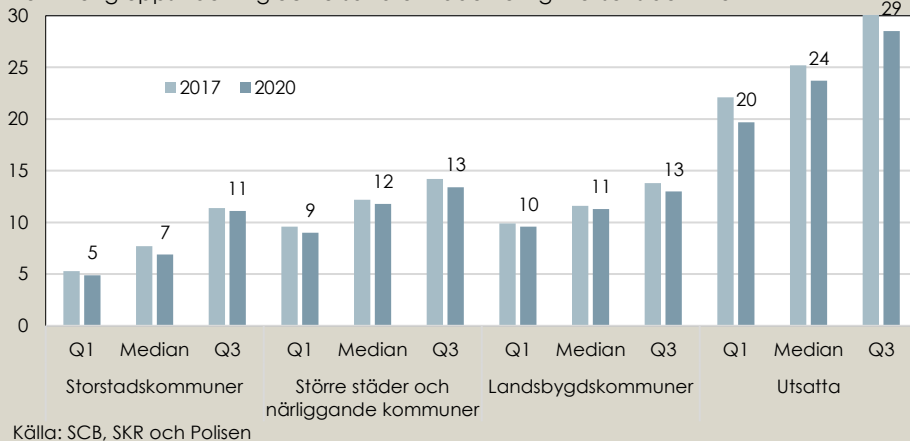
Utbildningsnivå är en central socioekonomisk faktor och i förstudien uppgav informanterna att föräldrar med förgymnasial utbildning på gruppnivå har ett större behov av stöd från BHV än föräldrar med längre utbildning [16].

Mellan 2017 och 2020 minskade andelen utan gymnasieutbildning i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år med en halv procentenhet; från 10,6 till 10,1 procent. Minskningen finns i alla kommungrupper och var allra störst i utsatta områden (figur 4).

Lägst andel utan gymnasieutbildning, i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år, finns i storstadskommuner och stadsdelar, dock är spridningen relativt stor mellan kommuner och stadsdelar inom kommungruppen. I övriga kommungrupper är spridningen mindre mellan kvartilerna. I de utsatta områdena är spridningen jämförbar med i storstadskommuner och -stadsdelar, dock på en avsevärt högre nivå.

Figur 4. Andel i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år utan gymnasieutbildning

Första (Q1) och tredje (Q3) kvartilen samt median i kommuner enligt SKR:s kommungruppsindelning och utsatta områden enligt Polisens definition



Högre andel utlandsfödda föräldrar och ökad polarisering

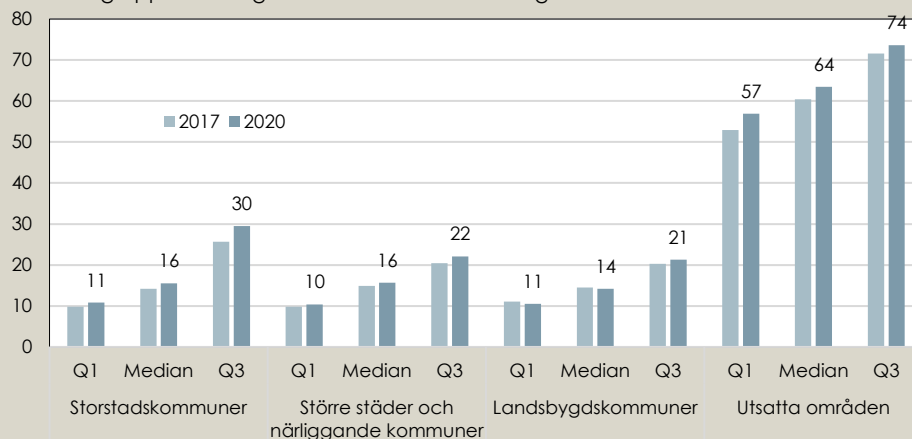
Förstudien [16] visade att informanterna uppfattade att utlandsfödda föräldrar på gruppnivå kan ha ett större behov av stöd från BHV. Utlandsfödda definieras här som personer födda i Öst- och Sydeuropa (utanför EU), Afrika, Asien eller Sydamerika.

Knappt 20 procent av populationen föräldrar till barn 0 till 6 år var utlandsfödda 2017 och motsvarande andel 2020 var 21 procent. Av figur 5 framgår att spridningen mellan kommungrupperna är relativt liten, med undantag för att andelen utlandsfödda i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år i den tredje kvartilen i storstadskommuner och stadsdelar är högre än i de andra kommungrupperna. I samtliga kommungrupper ökade dessutom andelen utlandsfödda, i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år, något mer i den tredje kvartilen än i den första (figur 5), vilket kan tolkas som en ökad polarisering mellan kommuner inom respektive kommungrupp.

I utsatta områden ökade andelen utlandsfödda i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år mellan 2017 och 2020, dessutom är andelen utlandsfödda i populationen på en avsevärt högre nivå än i riket i övrigt.

Figur 5. Andelen utlandsfödda i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år

Första (Q1) och tredje (Q3) kvartilen samt median i kommuner enligt SKR:s kommungruppsindelning och utsatta områden enligt Polisen



Källa: SCB, SKR och Polisen

Pandemins påverkan

I intervjuerna för slutrapporten betonade informanter i olika regioner att det finns en risk att pandemin förstärkt ojämlikheter i barns hälsa genom att redan utsatta kan blivit än mer utsatta. I Socialstyrelsens enkät för uppföljning av överenskommelserna om god och nära vård förklarade en region läget:

Pandemin har i stor utsträckning påverkat möjligheten till kompensatoriska åtgärder för en jämlik hälsa. Inom BHV finns därför en oro för att pandemin har ökat ojämlikheten när det gäller hälsa, men inga mätbara negativa hälsoeffekter kan ännu redovisas.

[Socialstyrelsens enkät om god och nära vård 2021, medelstor region]

Även i årsrapporterna för BHV 2020 beskrivs påverkan av pandemin som att de barn som var mest utsatta innan pandemin påverkats mest av de förändringar som pandemin medfört [23]. Exempelvis genom ökad isolering, ibland i otrygga hemmiljöer, mindre delaktighet i förskoleverksamhet eller försämrad ekonomisk situation på grund av föräldrars sjukdom eller arbetslöshet.

Besök och verksamheter i BHV

Nationell arbetsgrupp BHV (NAG BHV) har löpande lämnat rekommendationer för BHV under covid-19-pandemin, som ett stöd i regionernas prioriteringar utifrån lokala förhållanden [24].

I intervjuerna för slutrapporten framkom att pandemin på olika sätt påverkat verksamheter i BHV. I flera regioner har besök för exempelvis hälsokontroller skjutits upp och öppna förskolor har hållit stängt. Föräldragrupper har på flera platser ställts in helt, medan några regioner har genomfört digitala

träffar. Samtidigt är bilden varierad, några beskriver att besök och verksamheter har löpt på. Exempelvis har det första hembesöket till nyfödda genomförts i några regioner om familjen varit symptomfri. Andra beskrev att tillgången till såväl hembesök som ordinarie besök på BVC försämrats på grund av sjukdom i personalen eller omplacering av personal till i andra delar av vården relaterat till pandemin.

I en kartläggning av hur pandemin påverkade implementeringen av BHV-programmet våren 2020 och konstaterade Region Stockholm att hälsobesöken för barn 3 till 5 år påverkats mer än motsvarande för de allra yngsta [25].

Barnvaccinationsprogrammet har varit stabilt

Folkhälsomyndigheten bedömde barnvaccinationsprogrammet som hållbart under pandemin 2020 [26], vilket flertalet regioner bekräftade i enkäten för uppföljning av överenskommelserna om god och nära vård. Även SKR har konstaterat att barnvaccinationsprogrammet i mycket hög grad har kunnat fullföljas [27].

Svårare att identifiera behov och ge tidiga insatser

I intervjuerna för slutrapporten uppgav några informanter att BVC har fått mindre insyn i hur familjerna har det och minskade chanser till att ge utökat stöd i ett tidigt skede. Även SKR beskrev att det upplevs ha blivit svårare att upptäcka behov och ge stöd, samtidigt som barn som lever i familjer med förekomst av våld eller missbruk uppfattas ha drabbats hårdare av isolering till följd av pandemin [27]. SKR noterade även att BVC blivit en viktigare kontaktpunkt för många familjer eftersom andra verksamheter hållit stängt.

Region Stockholm konstaterade att BHV-sjuksköterskor på BVC i socioekonomiskt utsatta områden upplevde en större påverkan som helhet än BHV-sjuksköterskor i andra områden [25].

Barnens mående och utveckling

Till följd av den ökade sociala isoleringen under pandemin, beskrevs i intervjuerna för slutrapporten, att barnen blivit socialt mer osäkra och blyga, vilket exempelvis medfört att hälsoundersökningar är svårare att genomföra. Barn som besökt BVC rapporteras även ha känt rädsla och oro för coronaviruset.

Minskad närvaro på förskolan ökar risken för sämre språkutveckling och viktökning

I intervjuerna för slutrapporten uttryckte flera informanter från olika regioner en oro för hur minskad tid på förskola påverkar barnens utveckling, eftersom förskolan kan ha en viktig kompenserande roll för barn i familjer i socioekonomisk utsatthet. I en region noterades exempelvis ett sämre utfall i språk-screening vid 2,5 års ålder för barn i familjer med utländsk härkomst, i jämförelse med föregående år. I en annan region beskrevs att BHV sett en tendens till viktökning hos barnen. Även SKR lyfte försämrade språkutveckling och snabb viktökning som hälsoeffekter av minskad närvaro på förskolan under pandemin [27].

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering konstaterade att många barns tid på förskola minskat under pandemin, vilket riskerar att påverka barnens utveckling samt framtida möjligheter och inkomster [22].

Föräldraskap under pandemin

I kontaktpersonträffar och intervjuer för slutrapporten beskrev informanterna i flera regioner en ökad isolering blandhos föräldrar till följd av pandemin. Vissa föräldrars mående har försämrats med exempelvis nedstämdhet eller förvärrat missbruk, något som kan ha konsekvenser för barnen.

Under pandemin har mamman besökt mödrahälsovården ensam och det förekommer att bara den ena föräldern har fått komma till BVC med barnet. Detta väcker nu frågor kring vilka konsekvenser som kan komma av att båda föräldrarna inte har involverats i föräldraskapet i samma utsträckning som tidigare. I intervjuerna inför slutrapporten framkom farhågor om en tillbakagång i jämställt föräldraskap.

Genomförandet av överenskommelserna

Kapitlet svarar mot rapportens delsyften; att följa genomförandet av överenskommelserna genom att belysa hur statsbidragen fördelats mellan och inom regionerna, att analysera de insatser i BHV som regionerna finansierat med statsbidragen samt att redovisa Socialstyrelsens stödjande insatser till regionerna och SKR i deras arbete med att genomföra överenskommelserna.

Fördelning av statsbidragen mellan regionerna

Överenskommelserna för 2018 och 2019 innehöll 120 mnkr vardera och SKR hade i uppdrag att fördela statsbidragen mellan regionerna efter *lokala behov* [1, 2]. Fördelningsnyckel baserades på Care Need Index (CNI) och en metodjustering gjordes [4]. Samtliga regioner fick samma belopp på statsbidraget 2019 som 2018.

Från 2020 inkluderades överenskommelsen om ökad tillgänglighet i BHV i överenskommelsen om god och nära vård, som ingicks mellan regeringen och SKR i slutet av januari 2020. BHV tilldelades 114,5 mnkr och Kammarkollegiet fördelade statsbidragen mellan regionerna med en reviderad fördelningsnyckel som Socialstyrelsen utarbetat för att öka statsbidragens träffsäkerhet i förhållande till *lokala behov* [3, 4]. Fördelningen av 2020-års statsbidrag innebär att nio regioner fick ett högre statsbidrag för år 2020 än 2019, elva fick lägre och en region fick samma belopp på statsbidraget.

Överenskommelserna 2018 till 2020 omfattade sammanlagt 354,5 mnkr, vilket motsvarar ungefär 421 kronor per barn i åldersgruppen 0 till 6 år i riket (tabell 4). Dock var avsikten med överenskommelserna att rikta insatser till barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa. Om barnen i målgruppen antas utgöra 10 procent av barnen i åldersgruppen, innebär statsbidragen möjlighet att spendera 4 210 kronor per barn i socioekonomisk utsatthet. För att åskådliggöra resurstillskottets storleksordning kan nämnas att ersättningen för ett första hembesök till ett nyfött barn uppgår till 1200 kronor för BVC i utsatta områden i Region Stockholm⁸.

Som framgår av tabell 4 innebär fördelningen av statsbidragen 2018 till 2020 en spridning mellan regionerna från 321 kronor till 499 kronor per barn 0 till 6 år. Någon region fick ett högre statsbidrag per barn 0 till 6 år än rikssnittet trots att relativt CNI för föräldrar till barn 0 till 6 år i regionen, beräknat med den reviderade fördelningsnyckeln, var lägre än 1,00 och andra fick ett statsbidrag per barn 0 till 6 år som var lägre än rikssnittet trots att relativt CNI för föräldrar till barn 0 till 6 år i regionen, beräknat med den reviderade fördelningsnyckeln, var högre än 1,00. Relativt CNI används för att fördela

⁸ [FFU BVC 2020 mars.pdf | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)

resurser och kan **inte** jämföras med CNI per förälder i populationen föräldrar till barn 0 till 6 år som redovisades i föregående kapitel.

Tabell 4. Totalt statsbidrag per region 2018 till 2020

Region	Statsbidrag 2018 till 2020	Antal barn 0 till 6 år 2020	Kronor per barn	Relativt CNI*
Sörmland	12 352126 kr	24 754	499 kr	1,34
Västmanland	10 560305 kr	22 378	472 kr	1,22
Gävleborg	10 004660 kr	21 460	466 kr	1,18
Örebro	10 996252 kr	24 571	448 kr	1,13
Skåne	51 994433 kr	116 246	447 kr	1,10
Kronoberg	7 006456 kr	16 991	412 kr	1,08
Blekinge	4 987238 kr	11 690	427 kr	1,06
Östergötland	16 114095 kr	37 120	434 kr	1,03
Dalarna	8 649073 kr	22 157	390 kr	1,03
Västernorrland	7 224832 kr	18 087	399 kr	0,99
Västra Götaland	58 105638 kr	140 973	412 kr	0,98
Stockholm	91 096359 kr	204 151	446 kr	0,98
Kalmar	7 222619 kr	18 555	389 kr	0,96
Jönköping	11 755 610 kr	30 692	383 kr	0,94
Värmland	8 001 527 kr	21 224	377 kr	0,92
Uppsala	12 091 803 kr	31 932	379 kr	0,90
Jämtland Härjedalen	3 566 840 kr	10 067	354 kr	0,83
Halland	8 709 319 kr	27 107	321 kr	0,76
Gotland	1 327 910 kr	4 025	330 kr	0,75
Västerbotten	7 059 964 kr	21 238	332 kr	0,75
Riket	354 530969 kr	842 986	421 kr	1,00

* Relativt CNI för föräldrar till barn 0 till 6 år beräknat med den fördelningsnyckeln som beskrevs i Socialstyrelsens första delrapport [4].

Regionala processer för planering- och genomförande

I överenskommelserna betonades att regionerna skulle använda statsbidragen för att stärka insatser som skulle kunna bidra till den egna regionens långsiktiga utvecklingsarbete i BHV. När överenskommelserna ingicks hade regionerna infört moment i BHV-programmet vart efter och därför kommit olika långt i implementeringen. *Nationell kartläggning av BHV* [12] visade att basen av universella insatser (den första kolumnen i BHV-programmet) var relativt likvärdig 2020, vissa moment, som exempelvis hembesök vid åtta månader, inte hade implementerats i alla regioner, samt att variationen var större i riktade insatser (den andra och tredje kolumnen i BHV-programmet).

Kännedom om överenskommelserna vid olika tidpunkt

Alla regioner har ett centralt BHV-team (CBHV-team) som har i uppdrag att utveckla och kvalitetssäkra BHV i den egna regionen [8]. CBHV-teamen i olika regioner fick kännedom om den första överenskommelsen vid olika tid-

punkter och via olika kanaler. SKR mailade information om överenskommelsen till hälso- och sjukvårdsdirektörerna i samtliga regioner i december 2017. I några regioner stannade informationen där och CBHV-teamen fick kännedom om överenskommelserna via Rikshandboken, SKR:s nätplats och, i ett fall, på BHV-dagarna i oktober 2018.

Underlag för regionala beslut om statsbidragen

Flera regioner hade ett strategiskt utvecklingsarbete för BHV redan innan överenskommelserna och kunde relativt snabbt enas om hur man skulle använda statsbidragen, exempelvis för att förlänga eller förstärka pågående regionala utvecklingssatsningar. I andra regioner blev processen för att omsätta statsbidraget mer komplicerad, mot bakgrund av att BHV aldrig tidigare varit föremål för en särskild satsning och därför saknade erfarenhet av och planeringsunderlag för att starta insatser utöver ordinarie budget. Av den första delrapporten [4] framgick även att CBHV-teamen i några regioner upplevde att det krävdes mycket arbete för att få statsbidragen till BHV.

Planeringsprocessen har fungerat smidigast i regioner där BHV fick statsbidragen och hade ett långsiktigt strategiskt arbete redan innan överenskommelserna, vilket var vanligast i regioner med en högre bemanning i CBHV-teamet. Dock finns exempel på mindre CBHV-team som arbetat med strategisk utveckling redan innan överenskommelserna.

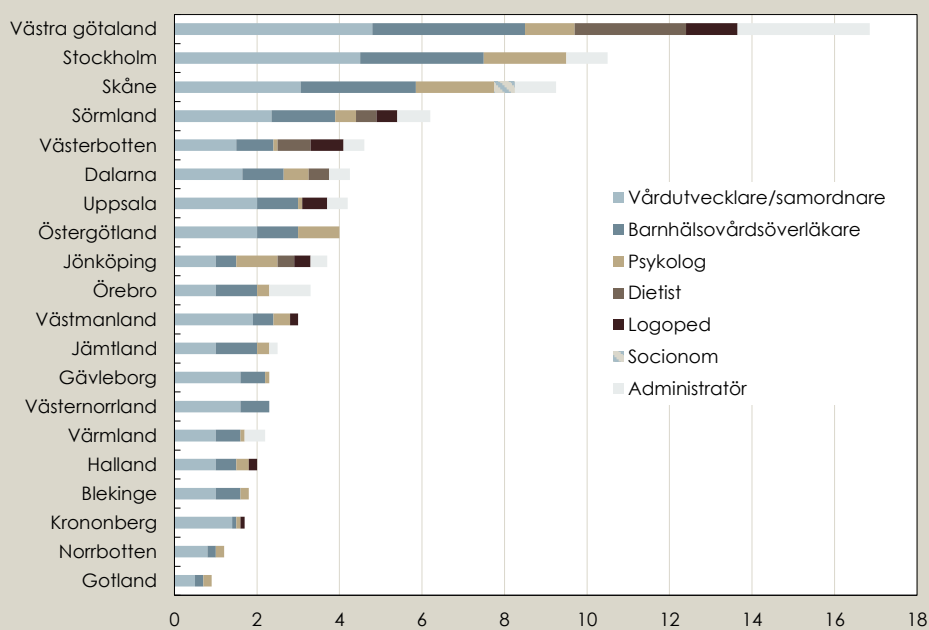
Skiftande resurser regionalt för att planera och leda genomförandet av överenskommelserna

Förutsättningarna för att planera och leda genomförandet av överenskommelserna har varierat mellan regionerna. Av Socialstyrelsens första delrapport [4] framgick att flera regioner saknade tillräcklig bemanning av CBHV-teamet för att snabbt hantera statsbidragen. I intervjuerna 2021 beskrevs hur andra arbetsuppgifter prioriterats bort för att frigöra resurser för att arbeta med genomförandet av överenskommelserna.

Socialstyrelsens kartläggning av BHV [12] visade på en varierande bemanning av CBHV-teamen i regionerna, från mindre än en heltidstjänst till närmare 17 heltidstjänster (figur 6). Några av CBHV-teamens arbetsuppgifter är likvärdiga och oberoende av antalet barn i regionen.

Figur 6. CBHV-teamen

Professioner och antal heltidstjänster i CBHV-teamen 2019, per region



Källa: Enkät centrala barnhälsovårdsteam, 2020, Socialstyrelsen

Kunskapsorganisationens roll

Den regionala kunskapsorganisationens delaktighet och möjligheter att påverka hur statsbidragen skulle användas varierade mellan regionerna. I flertalet regioner beskrevs att kunskapsorganisationen och CBHV-teamet hade haft en central roll i genomförandet av överenskommelserna och stort mandat att utforma insatser. I återrapporteringarna från regionerna framkom att det regionala och lokala genomförandet har haft sina utmaningar.

Dock involverades inte kunskapsorganisationen i alla regioner. I två regioner fick BHV inte ta del av statsbidragen alls, i några endast delvis och i åtminstone en region användes statsbidragen för BHV utan att kunskapsorganisationen tilläts bidra i avgörande beslut.

Styrgrupp uppfattades underlätta genomförandet

Flera informanter beskrev att en styrka i genomförandet var att ha en styrgrupp med chefer för alla involverade aktörer. En informant beskrev hur genomförandet underlättats av formella beslut kring satsningar, avgränsningar, resursättning, uppföljningsansvar och löpande avstämningar.

Tid för genomförande av insatser

Perioden för överenskommelserna om BHV har kantats av utmaningar. I några regioner fick CBHV-teamet kännedom om överenskommelserna sent under våren 2018, eftersom information om överenskommelserna inte spreds inom den regionala organisationen. Även i flera av de regioner där CBHV-teamet kände till överenskommelsen tidigt kom regionala beslut om att statsbidragen skulle användas för BHV närmare sommaren 2018. Många behövde därefter en startsträcka för planering under hösten 2018.

Det första halvåret 2019 präglades av en avvaktande hållning i väntan på statsbidragen för 2019, som utbetalades i maj. En informant förklarade att genomförandet fördröjdes av att inga beslut kunde tas innan statsbidragen hade utbetalats. En annan informant beskrev utmaningarna:

Det blev inte alltid ett bra flyt och det faktum att det handlade om tillfälliga pengar var en begränsning. Först strulade det med informationsöverföringen i regionen och ett riksdagsval kom emellan. Det blir hack i systemet och det står stilla när man ska inleda projekt.

[Vårdutvecklare, CBHV-team, medelstor region]

Pandemin påverkade genomförandet 2020

I många regioner tog genomförandet av insatser ordentlig fart först under hösten 2019 och tidigt 2020 pågick insatser i BHV i nästan alla regioner [5]. Sedan kom pandemin, vilket präglade genomförandet i hög utsträckning i vissa regioner medan andra påverkades mindre. Dock var ingen region opåverkad av pandemin. BHV begränsades av sjukdom bland familjer och personal samt att BHV-personal arbetade med annan vård i några regioner.

Utmaningarna innebar att flertalet regioner inte genomfört insatser i BHV sammanhängande under hela treårsperioden för överenskommelserna. Som längst pågick insatser i drygt två år under perioden 2018 till 2020. Dessutom fortsätter insatser i några regioner under 2021. Dock förekommer att insatser efter några månader fick avbrytas eller drivas i mindre omfattning på grund av pandemin, liksom att planerade insatser aldrig kom igång.

Statsbidrag till BHV i regionerna

Statsbidragen skulle användas för att förstärka BHV, det vill säga att skapa additionalitet genom ökad volym av befintliga insatser, regionalt prioriterade utvecklingsinsatser eller långsiktig kunskapsuppbyggnad och utvecklade strukturer för samverkan. Additionalitet beräknas här med aggregerade data över regionernas nettokostnader för BHV [28], eftersom det inte kan utslutas att exempelvis vakanser i löpande verksamhet ger en underskattning av hur mycket av statsbidragen som används för BHV görs alla jämförelser i löpande priser och i förhållande till 2017 [4].

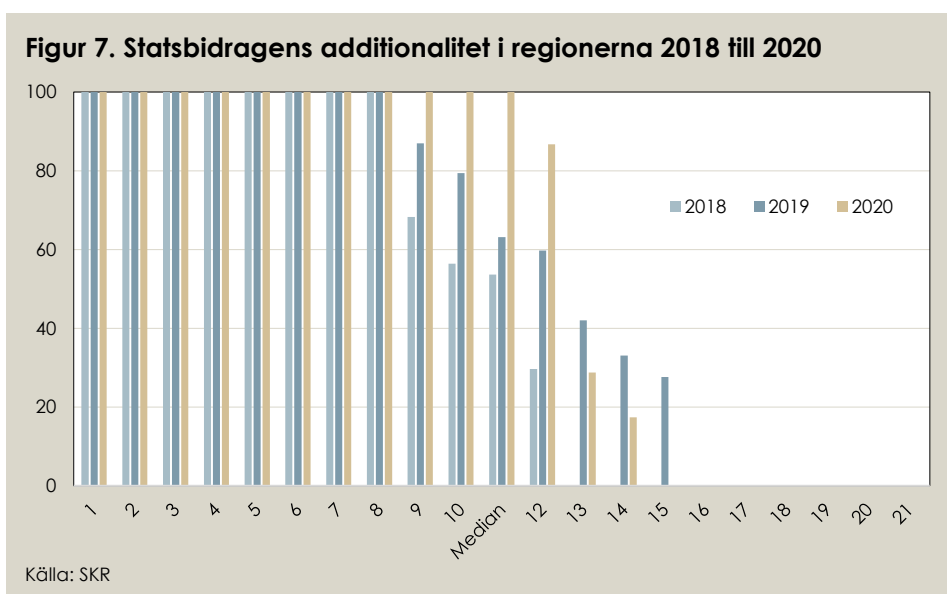
Statsbidragens additionalitet

Överenskommelserna 2018 till 2020 omfattade sammanlagt 354,5 mnkr. I överenskommelserna fanns inga krav på att regionerna skulle återbetala statsbidrag. Enligt Socialstyrelsens beräkningar har uppskattningsvis 164 mnkr (46 procent) använts för att förstärka BHV i regionerna, drygt 60 mnkr vardera 2018 och 2019 och mindre 2020. Alltså uppskattas statsbidragens sammanlagda additionalitet till 46 procent. De tre största regionerna tillsammans fick drygt hälften av de totala statsbidragen, statsbidragens totala additionalitet är därför beroende av utveckling och beslut i dessa regioner.

Statsbidragens additionalitet 2018 uppskattas till cirka 52 procent i riket och 54 procent i medianregionen (figur 7). Motsvarande beräkning för 2019 visar att drygt 63 miljoner kronor (i löpande priser) förstärkte BHV; additionaliteten beräknades till ca 53 procent i riket och 63 procent i medianregionen

(figur 7). För 2020 förstärkte 39 miljoner BHV; statsbidragens additionalitet uppgick till 34 procent i riket och 100 procent i medianregionen (figur 7).

Flest regioner använde statsbidrag för att förstärka BHV 2019 (figur 7). Bland de sex regioner där statsbidragen 2019 inte förstärkte BHV har två beslut om att inte använda statsbidragen för BHV. I de resterande fyra regionerna har insatser inom överenskommelserna genomförts, dock kan annan verksamhet i BHV minskat i omfattning av andra orsaker så att regionens nettokostnad för BHV inte ökade. Notera att regionerna i figur 9 rangordnas utifrån additionalitet årligen, en enskild region kan alltså ha olika rangordning olika år.



Mönstret i enskilda regioner bekräftar bilden som framkom i Socialstyrelsens enkäter och intervjuerna för slutrapporten, det vill säga att flera regioner haft en långsam start för att 2020 vara i gång med insatser i BHV, medan andra regioner varit snabbare i uppstarten med påverkats mer av pandemin och tvingats avbryta insatser i förtid. Över perioden 2018 till 2020 finns en omfattande spridning mellan regionerna i användning av statsbidragen. Fem regioner har använt hela, eller nästan hela statsbidraget under tre år för BHV. Tre regioner har inte använt statsbidragen, eller i väldigt liten utsträckning, för att förstärka BHV; i en av dessa regioner på grund av en tidskrävande planeringsprocess. Resterande 13 regioner har använt statsbidragen för BHV i varierande omfattning.

En mångfald av insatser

Av första delrapporten [4] framgick att några regioner saknade personal för utveckling av och kunskapsstyrning i BHV när överenskommelserna ingicks. Initialt förstärkte fem regioner CBHV-teamet med exempelvis vårdutvecklare och samordnare. Andra anställde logoped, dietist eller psykolog för att

driva utvecklingsarbete och kompetensutveckling i BHV. Med förutsättningarna på plats för att planera och leda genomförandet av överenskommelserna har regionerna använt statsbidragen för en mångfald av insatser i BHV.

Här analyseras genomförda insatser och i bilaga 3 finns en förteckning över de insatser som varje region finansierat med statsbidrag inom överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV.

Förstärkning av BHV-programmet genom ökad bemanning, fler kompetenser på BVC och samverkan

Flera regioner beskrev att statsbidragen inom överenskommelserna använts för att förstärka implementeringen av BHV-programmet genom ökad bemanning med BHV-sjuksköterskor på BVC i kommuner och områden med hög socioekonomisk utsatthet, kompetensutveckling för befintlig personal samt ökad tillgång till andra kompetenser på BVC och genom samverkan. En region sammanfattade genomförandet av överenskommelserna, med basen i BHV-programmet:

... stärka det befintliga arbetet inom BHV men också till att hitta nya former för att öka tillgängligheten och nå familjer med större behov
[Enkät om överenskommelserna om god och nära vård 2021]

Psykolog, dietist, logoped och tandvård på BVC

För att erbjuda riktade insatser är tillgänglig kompetens avgörande. Några regioner har ökat tillgängligheten till psykolog, dietist och logoped på BVC. Barn i familjer i socioekonomisk utsatthet kan inte alltid tas till besök hos exempelvis logoped, om besöket kräver en resa till en annan ort. Alla familjer har inte råd med kostnaden för att transportera sig och en annan begränsning är att föräldrar med timanställningar kan förlora inkomst genom att ta ledigt för både restid och besöket. Genom att öka tillgängligheten till olika kompetenser på BVC minskar såväl tidsåtgången som kostnaderna för familjerna för att genomföra besöket, vilket medfört att fler familjer tar barnet till exempelvis logoped.

Samverkan med mödrahälsovården

Några regioner har gjort insatser för att stärka samverkan mellan BHV och mödrahälsovården. En region har infört samverkansmodellen *Very important babies* för att på lokal nivå ge ett helhetsstöd både under graviditeten och när barnet är fött till familjer med exempelvis psykisk sjukdom, missbruk, kognitiv nedsättning. En annan region har anställt en barnmorska på en familjecentral, barnmorskan har skapat ett nätverk för personal som arbetar med hälsan i stadsdelar med många utrikesfödda.

Två regioner har inkluderat mödrahälsovården i de utökade hembesöksprogram som finansieras med statsbidrag inom överenskommelserna. I Socialstyrelsens pilotverksamhet i BHV har det visat sig särskilt komplicerat logistiskt att utveckla samverkan mellan BHV och mödrahälsovården samt att genomföra gemensamma besök med mödrahälsovården. Svårigheterna kan

delvis bero på att mödrahälsovården är centraliserad i några av regionerna och på flera platser har personalbrist.

Andra insatser för ökad tillgänglighet i socioekonomiskt utsatta kontexter

I en region har vårdcentraler i stadsdelar med hög socioekonomisk utsatthet anställt tvåspråkiga brobyggare för att öka familjernas tillgänglighet till såväl vårdcentral som BVC.

I en annan region använder familjecentralen i ett socioekonomiskt utsatt område en hälsobuss där BVC-besök kan genomföras och samtal med socionom erbjuds. För att skapa trygghet hos barnfamiljer och därigenom öka tillgängligheten till verksamheterna på familjecentralen informerar personalen även om familjecentralens olika verksamheter.

Införande av universella insatser i BHV-programmet

Några regioner har använt statsbidragen för att införa moment i det universella BHV-programmet, som andra regioner redan infört, som exempelvis hembesök vid åtta månader och enskilt samtal med icke-födande förälder.

Några regioner uppgav att andelen nyfödda som fick det universella hembesöket var låg innan överenskommelserna och att statsbidrag använts för att genomföra fler hembesök till nyfödda.

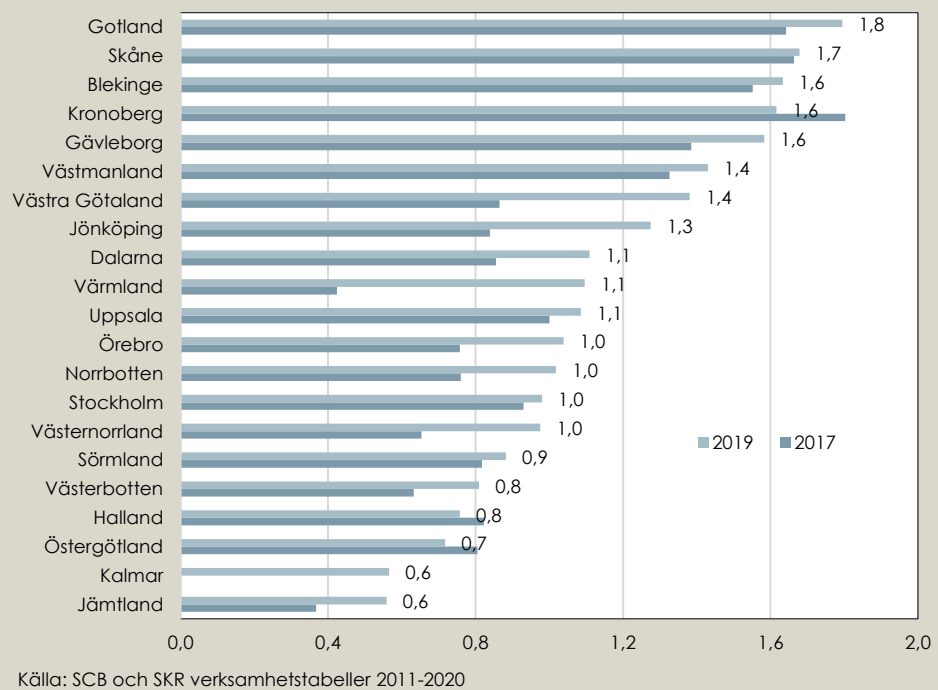
Hembesök i samverkan

I överenskommelserna omnämndes hembesök som metod för att öka tillgängligheten i BHV, liksom att den uppsökande verksamheten i möjligaste mån skulle ske i samverkan med socialtjänst och vårdgivare inom tandvården. Många regioner finansierade hembesök i olika former med statsbidragen och ytterligare några hade för avsikt att införa utökade hembesök, men fick av olika anledningar prioritera andra insatser.

Hembesök i det universella BHV-programmet ska göras till nyfödda och när barnet är åtta månader. Vid behov ges utökade hembesöksprogram. Detta skulle kunna betyda två hembesök eller mer per nollåring. Av regionernas årsrapporter för BHV framgår att flera prioriterar hembesök till nya föräldrar och att hembesök till nyfödda med äldre syskon inte alltid genomförs.

Figur 8 visar att 2019 fick nollåringarna i medianregionen (region Uppsala) i genomsnitt 1,1 hembesök, vilket är en ökning i jämförelse med 2017 då nollåringarna i medianregionen (region Jönköping) i genomsnitt fick 0,8 hembesök. Av figur 8 framgår även att antalet hembesök per nollåring ökat i flertalet regioner mellan 2017 och 2019, men minskade i tre regioner.

Figur 8. Antal hembesök per 0-åring, per region 2017 och 2019



Utformningen av utökade hembesöksprogram varierar

I många regioner gjordes utökade hembesöksprogram i de mest utsatta områdena, men i intervjuerna för slutrapporten framkom exempel på att planerade hembesöksprogram inte kunnat genomföras i alla utsatta områden på grund av svårigheter att rekrytera och behålla personal.

De utökade hembesöksprogrammen som genomfördes i olika regioner hade fyra, fem eller sex hembesök i samverkan och genomfördes under barnens första 15 eller 18 månader (tabell 5). Hembesöksprogrammen har, med undantag för en region, riktats till barn som på gruppnivå lever i socioekonomisk utsatthet. I flertalet hembesöksprogram är samverkan mellan BHV och socialtjänst utgångspunkt, medan tandvården och mödrahälsovården har involverats på olika sätt.

Tabell 5. Modeller för utökade hembesöksprogram

Antal besök	Medverkande	Till vilka barn
6 hembesök; Rinkebymodellen	BHV-sjuksköterska och familjerådgivare från socialtjänst	BVC i utsatta områden; första barn
5 hembesök	BHV-sjuksköterska och socialrådgivare	Utsatt område; första barn och första barn i Sverige
6 hembesök	BHV-sjuksköterska och barnmorska från MHV (första besöket), tandsköterska/tandhygienist från tandvården (ett besök) och föräldrastödjare från socialtjänst (övriga besök)	BVC i projektet "Växa tryggt - föräldraskapsstöd i samverkan"; mammans första barn
6 hembesök; Rinkebymodellen förstärkt med ett familjecentrerat arbetssätt	BHV-sjuksköterska och familjerådgivare från socialtjänst	Prioriterade områden utifrån livsvillkor och hälsa som sammanfaller med de områden som Polisen definierat som särskilt utsatta; första barn och första barn i Sverige
5 hembesök	BHV-sjuksköterska och barnmorska från MHV (första besöket), socialpedagog (övriga besök), vid behov logoped, tandvård	En kommun; alla nyfödda
5 hembesök	BHV-sjuksköterska och kurator (fyra besök), tandhygienist (ett besök)	Socioekonomiskt utsatta områden; alla nyfödda
6 hembesök	BHV-sjuksköterska och personal från biblioteket	Utvalt område; alla nyfödda
4 hembesök	BHV-sjuksköterska och socialtjänst (3 besök), socialtjänst gör eget hembesök vid 15 månader	En kommun

Källa: Socialstyrelsens enkät till CBHV-teamen, 2020.

Alla regioner har som tidigare nämnts inte utökade hembesöksprogram, några av dessa har arbetat med andra former av riktade hembesök i genomförandet av överenskommelserna (tabell 6).

Tabell 6. Andra former av riktade hembesök

Antal besök	Medverkande	Till vilka barn
1 familjefokuserat hembesök	BHV-sjuksköterska och familjevägledare eller förebyggande socialtjänst	BVC i utsatta områden eller med hög vårdtyngd; alla barn
1 hembesök vid 15 månader	Screening 10- månaders ålder av BHV-sjuksköterska och tandvårdspersonal. Utfall ger uppföljning i teambesöket vid ett års ålder. Om fortsatt utfall erbjuds hembesök vid femton månaders ålder av tandvårdspersonal och BHV-sjuksköterska.	Barn med utfall vid riskbedömning av tandhälsa
8-månaders hembesök i samverkan	BHV-sjuksköterska och tandvården	BVC med högt CNI
Riktade hembesök	BHV-sjuksköterska, ibland även socialtjänst	Vid behov

Källa: Socialstyrelsens enkät till CBHV-teamen, 2020.

Utökade hembesöksprogram i samverkan är ett arbetssätt som kräver vissa förutsättningar för att fungera.

Att starta upp arbetssättet tar tid

Att starta upp arbetssättet med utökade hembesök är en omfattande process, eftersom det kräver att flera professioner samverkar på ett nytt sätt. Det tar tid att arbeta fram strukturer och logistik eftersom det behövs resurser i form av personal, tid och arbetsmaterial som exempelvis bildstöd, mobiler och surfplattor. Det behövs gemensamma planeringsmöten för förberedelser samt utveckling av en gemensam teoretisk grund och mål. Dessutom behövs strukturer för samverkan med gemensamma avstämningar och processledning för deltagande personal. Rent praktiskt behöver logistiken kring hur besöken bokas utvecklas så att tiderna fungera för alla aktörer.

Farhågor

I några intervjuer beskrev informanterna att det fanns en oro inför starten av utökade hembesöksprogram. Hembesöken befarades ta mycket tid från övrigt arbete och det fanns en osäkerhet om hur bokningen av besök skulle organiseras. Att arbeta i nära samarbete med andra yrkesgrupper i gemensamma hembesök välkomnades, men det förväntades ta tid att forma ett bra samarbete. När arbetet hade kommit igång var dock erfarenheterna övervägande positiva och när arbetssättet var inarbetat behövs mindre tid än i uppstartsfasen. Dock krävs kontinuitet för att upprätthålla samverkan, vilket ibland har försvårats av resursbrist inom både BHV och socialtjänst.

Styrkor i att arbeta med utökade hembesöksprogram i samverkan som metod

Informanterna beskrev flera styrkor i arbetssättet. Att arbeta i team om två professioner ger trygghet, liksom möjligheter till reflektion och diskussion. Behov upptäcks tidigare, vilket ger bättre möjligheter att erbjuda stöd tidigt.

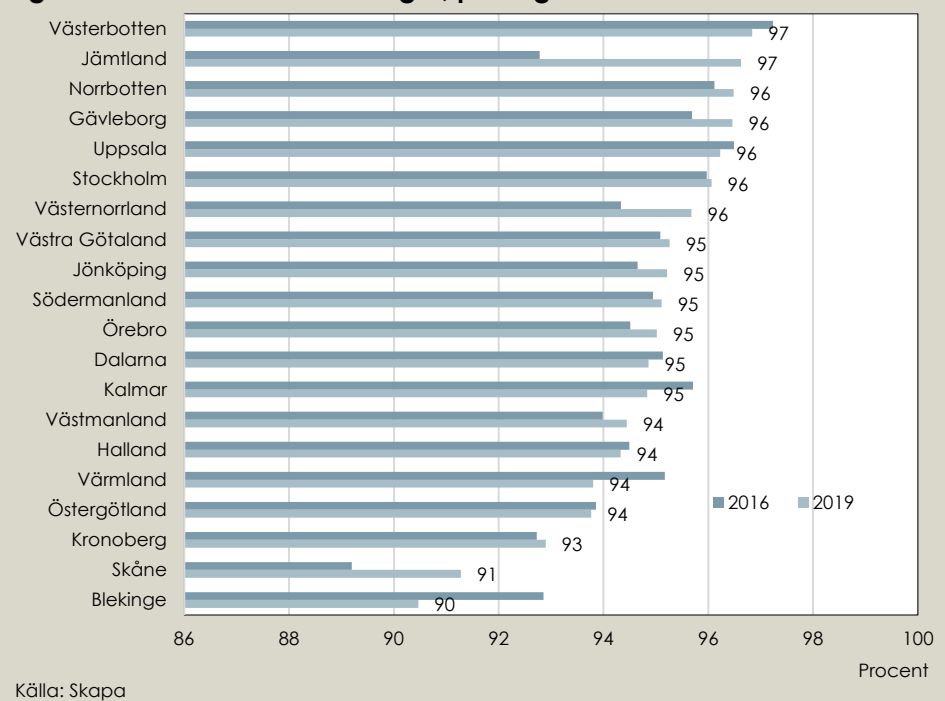
Att olika professioner arbetar mot samma mål uppfattades leda till bättre stöd till föräldrar och barn. Arbetssättet ger inte bara fördelar för barn och föräldrar utan också för professionerna. Att arbeta i team ger förståelse för varandras olika yrkesroller och uppdrag. Samverkan ger också möjlighet att utvecklas i yrkesrollen och med gemensam processledning kan utvecklingen stärkas ytterligare.

Insatser i samverkan med tandvården

Ökad risk för sämre tandhälsa nämndes i överenskommelserna eftersom kariesförekomst är en indikator på socioekonomiska förhållanden. Goda tandvårdsvanor grundläggs i förskoleåldern och sociala skillnader i risk för karies kan observeras redan hos förskolebarn, dessutom innebär karies i mjölkttänder en ökad risk för sämre munhälsa senare i livet [16].

Figur 9 visar att andelen kariesfria treåringar ökat mellan 2016 och 2019 i flera regioner. I några regioner är andelen oförändrad och i tre regioner har andelen kariesfria treåringar minskat, med ungefär en procentenhet eller mer, mellan 2016 och 2019.

Figur 9. Andel kariesfria treåringar, per region



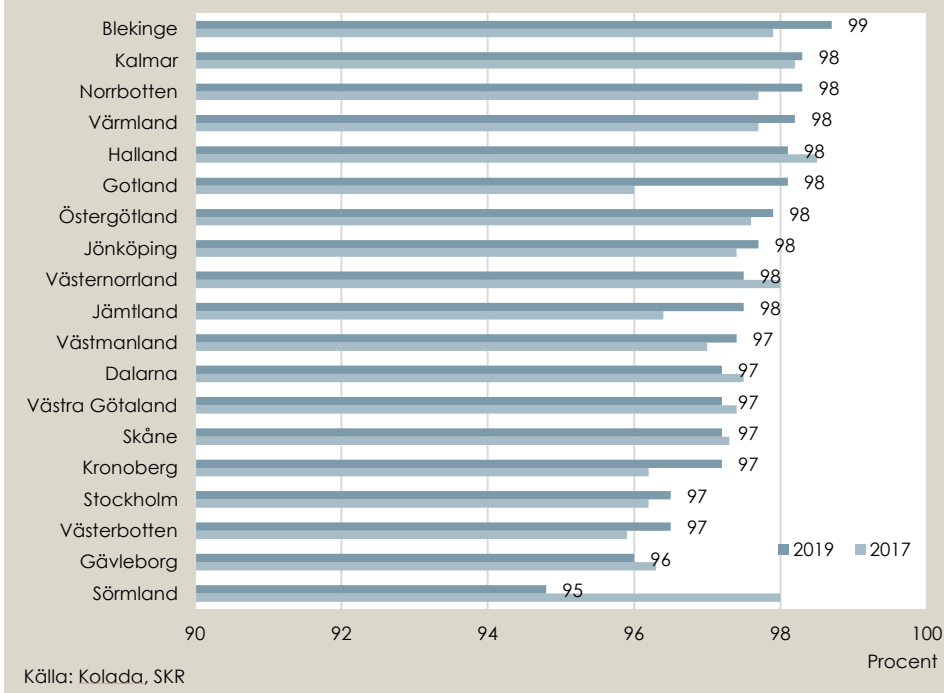
Många regioner har gjort insatser inom området munhälsa eller utvecklat samverkan med tandvården med finansiering från statsbidragen inom överenskommelserna. Några hade etablerade samarbeten med tandvården redan innan 2018, exempelvis har BHV i region Gävleborg samarbetat med Folk-tandvården sedan 2015 (arbetssättet beskrevs i tabell 4).

Vaccinationer

Vaccinationer omnämndes i överenskommelserna. I *Nationell kartläggning av BHV* [12] konstaterade Socialstyrelsen att alla BVC ger vaccinationer enligt det nationella barnvaccinationsprogrammet, dock finns en variation mellan BVC i hur mycket arbete och tid för samtal med vårdnadshavare som krävs för att skapa förståelse för vaccinationer. Följsamheten till barnvaccinationsprogrammet var fortsatt hög under pandemin 2020 [26].

Andelen MPR-vaccinerade barn ger en indikation på vaccinationstäckningen och som framgår av figur 10 var andelen vaccinerade barn fortsatt hög, eller högre, 2019 än 2017 i flertalet regioner. Dock kan det inte uteslutas att det inom regionerna finns områden där vaccinationstäckningen är lägre. Regionerna Uppsala och Örebro har inte redovisat MPR-vaccinerade barn 2019 och finns inte med i figuren.

Figur 10. Andel MPR-vaccinerade barn, 2017 och 2019



I enkäten för uppföljning av överenskommelserna om god och nära vård uppgav flertalet regioner att vaccinationstäckningen är god och att inga insatser därför har gjorts i genomförandet av överenskommelserna. Några regioner har genomfört kompetensutveckling av BHV-personal genom föreläsningar och utbildning i att hantera föräldrars oro för att vaccinera sitt barn.

Ett fåtal regioner uppgav att de sett över vaccinationstäckningen på kommun- och områdesnivå, vilket gjort dem uppmärksamma på att vaccinationstäckningen lokalt varierade. Flera förklaringar till lägre vaccinationstäckning lokalt nämndes som hög arbetsbelastning till följd av ojämna prioriteringar och resursbrist, liksom varierande förekomst av vaccinmotstånd.

Levnadsvanor

Levnadsvanor omnämndes i överenskommelserna, men endast ett fåtal regioner har prioriterat insatser om levnadsvanor. Några regioner har använt statsbidrag för att öka närvaro av dietist på BVC, i syfte att öka tillgängligheten till kompetensen för utsatta familjer. Andra har utvecklat teambesök med dietist och erbjudit dessa efter behov eller infört nytt material kring levnadsvanor.

Pandemin befaras ha medfört ett ökat behov av insatser kring levnadsvanor eftersom barn exempelvis kan ha ökat i vikt när de vistats mindre tid på förskolan.

Kommunikationsutveckling och språkstimulans

Insatser för utveckling av kommunikation och språk finns inte omnämnda i överenskommelserna, dock har förhållandevis många regioner genomfört insatser inom området. Enligt Rikshandboken [8] har ungefär var tionde barn i förskoleåldern påtagliga svårigheter i tal- och språkförmåga och lika många

har språkstörning. Förskolebarn med språkliga svårigheter riskerar att senare utveckla läs- och skrivsvårigheter, barn som har svårigheter både med språk- och talförmåga riskerar i högre grad att få svårigheter med läsinläringen.

Betydelsen av tidig språkstimulans betonas inom olika forskningsinriktningar. Information till föräldrar kan påverka graden av interaktion med barnet och kvaliteten på den stimulans som barnet får i hemmet. Föräldrar med kunskaper om stimulansens betydelse för barns kommunikativa utveckling stimulerar sina barn mer än andra och dessa barn klarar sedan läs- och skrivinläring bättre än barn som fått mindre stimulans [29].

Vilka insatser för språkstimulans som genomförts varierar mellan regionerna. Flera regioner uppgav att de på olika sätt har ökat samverkan med logoped för att tidigare upptäcka kommunikationsavvikelser hos barn och kunna erbjuda insatser. En region har använt statsbidragen för att införa en ny metod för språkscreening vid fyraårsbesöket. En annan har infört ett samverkansprojekt med aktörer som har i uppdrag att arbeta med barns språkutveckling, det vill säga bibliotek, BHV och familjecentral samt förskola och logoped. En region har utökat närvaron av logoped på BVC för att öka tillgängligheten till kompetensen för familjerna, vilket beskrevs hade givit fina resultat för barnens språkutveckling.

I en annan region genomfördes riktade hembesök av logoped och BHV vid 15 månader, om barnet vid både tio och tolv månaders ålder bedömts ha behovet. I hembesöket ser logoped tydligare hur samspelet i familjen ser ut och vad man kan bygga vidare på. Därefter har logoped gjort egna hembesök eller erbjudit mottagningsbesök på familjecentralen.

Metoder för att identifiera enskilda barn och familjer

Flera regioner har infört metoder för att identifiera psykosociala riskfaktorer hos enskilda barn och familjer som medför behov av riktade insatser i BHV. En region har infört ett strukturerat arbetssätt för att förebygga, uppmärksamma och samtala om psykisk ohälsa och våld. Fem regioner har infört metoden Barnsäkert, som bygger på arbetsmodellen Safe Environment for Every Kid (SEEK).

Barnsäkert-2

I enkäten för uppföljning av överenskommelserna om god och nära vård beskrev region Uppsala hur de arbetar med metoden Barnsäkert-2. Metoden genomförs som en universell insats där varje förälder vid besök på BVC vid flera tillfällen erbjuds att besvara ett frågeformulär samt att diskutera sin situation med BHV-sjuksköterskan och få hjälp som motsvarar deras behov.

Arbetet med BarnSäkert-2 påbörjades 2020 vid åtta BVC i fyra kommuner. Totalt 2360 frågeformulär inhämtades från föräldrar. Hos knappt hälften av föräldrarna förekom någon av de efterfrågade riskfaktorerna och nästan alla dessa föräldrar erbjöds insatser som exempelvis stödsamtal från BVC (42 procent), remiss till psykolog (7 procent), hänvisning till socialtjänstens råd och stöd (6 procent) eller hembesök (4 procent).

Vid behov kan BHV och socialtjänstens förebyggande verksamhet erbjuda gemensamma hembesök för att ytterligare kartlägga familjens behov. BHV-sjuksköterska och familjebehandlare gör en gemensam bedömning för varje

specifik familj. Bedömningen avgör antalet hembesök, men rekommendationen är ett till tre extra hembesök.

Stöd från nationella aktörer

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR har haft regelbundna möten för att planera och samordna nationella insatser för att stödja det regionala genomförandet av insatserna för att öka tillgängligheten i BHV. Folkhälsomyndigheten har liksom Socialstyrelsen regeringens uppdrag⁹ att följa och stödja genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV. Myndigheterna och SKR har dock haft olika uppdrag i genomförandet av överenskommelsen.

I detta kapitel redovisas Socialstyrelsens stödjande insatser till regionerna och SKR i deras arbete med att öka tillgängligheten i BHV. Dessutom beskrivs de rapporter som Folkhälsomyndigheten tagit fram inom ramen för sitt stödjande uppdrag.

Behovsinventering 2018

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten genomförde inledningsvis en behovsinventering bland regionerna och CBHV-teamen för att identifiera vilka behov av stöd som regionerna och professionerna i BHV samt SKR hade i genomförandet av överenskommelserna [16]. Resultatet har bland annat presenterats för och diskuterats med länsstyrelser, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) och Myndigheten för delaktighet (MFD).

Resultatet av behovsinventeringen låg till grund för både Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens val av stödjande insatser. I det stödjande arbetet har myndigheterna samarbetat och använt båda myndigheternas kompetenser, tidigare och pågående närliggande arbeten samt samordnat sina stödjande aktiviteter för ökad tydlighet gentemot regionerna och BHV.

Inventeringen pekade på behov av följande stödjande insatser:

- Ett kunskapsstöd med rekommendationer för BHV.
- Material, eller utbildning, om arbetssätt och metoder för exempelvis utökade hembesöksmodeller och levnadsvanor.
- En kartläggning av BHV i syfte att ge en nationell överblick.
- Utveckling av indikatorer för BHV¹⁰

Dessutom framkom att regionerna och BHV behöver stöd i:

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

⁹ Regeringsbeslut S2018/00722/FS

¹⁰ Har tagits om hand i Socialstyrelsens regeringsuppdrag om nationell uppföljning av primärvården som rapporterades i februari 2021.

De stödjande aktiviteter och åtgärder som Socialstyrelsen som ensam aktör eller tillsammans med Folkhälsomyndigheten valde att genomföra utgår från de behov som identifierades inledningsvis, men också genom svar från regionerna på årliga enkäter från Socialstyrelsen. Önskemål på ämnesområden och aktiviteter för att stödja genomförandet fångades även upp av SKR och av myndigheten i olika kontakter med regionerna, CBHV-teamen samt Nationellt programområde (NPO) barn och unga.

Nätverksträffar

Myndigheterna och SKR har planerat och gemensamt genomfört regelbundna nätverksträffar med regionernas kontaktpersoner för överenskommelserna. Träffarna har givit regionerna möjligheter att dela och utbyta erfarenheter. Dessutom har myndigheterna och SKR fått en aktuell bild av status i arbetet med överenskommelserna och möjlighet att vara lyhörda för nya behov av stöd som uppkommit i genomförandet.

Programmet för träffarna har utformats utifrån de behov som framkommit. Ämnen och teman för träffarna har exempelvis varit implementering av nya metoder och arbetssätt, tillgänglighet, hur tandvården samverkar med BHV, metodologiska frågor som hur tjänstedesign kan användas för att fånga upp barnens och föräldrarnas behov, hur interventionerna följs upp, projektöverlevnad och covid-19-pandemins påverkan på BHV.

Under första halvåret 2020 genomfördes två nätverksträffar med regionernas kontaktpersoner, en fysisk träff i Stockholm i februari 2020 och en digital träff i maj 2020. De efterföljande nätverksträffarna under hösten 2020 och våren 2021 har endast genomförts digitalt.

Inspirationsdag om utökade hembesök och konferens

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

I december 2020 arrangerade Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd en konferens tillsammans med Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR med fokus på föräldraskapsstöd. Konferensen vände sig till professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialstyrelsen har också deltagit vid de Nationella BHV-dagarna, som arrangeras av regioner och professionsorganisationer, 2018 till 2020 för att informera, presentera och föra dialog om ämnen som kan utgöra stöd för regionernas CBHV-team och professionerna som arbetar i BHV.

Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och BHV

Uppgifter om små barns hälsa och BHV behövs för att följa upp och styra insatser mot jämlik hälsa och BHV. Folkhälsomyndigheten har kartlagt nationella register och enkäter samt indikatorer och index som används för att följa

upp BHV och små barns hälsa. Folkhälsomyndigheten konstaterade att datakällorna behöver utvecklas inom vissa områden [30].

Kartläggning av BHV som verksamhetsområde

Behovsinventeringen visade att det saknas aktuell och nationell kunskap om BHV. Regionerna och professionsföreträdare beskrev behovet av en samlad bild av BHV som verksamhetsområde inom hälso- och sjukvården, de insatser som ges till barnen och deras föräldrar samt uppgifter om barnens hälsa. Socialstyrelsen har därför genomfört *Nationell kartläggning av BHV* som publicerades i oktober 2020 [12].

Kunskapsstöd om små barns hälsa, levnadsvanor och livsvillkor utifrån ett jämlikhetsperspektiv

Inom ramen för Folkhälsomyndighetens uppdrag att stödja ett fortsatt utvecklingsarbete i BHV tar myndigheten under 2021 fram ett kunskapsstöd med syfte att beskriva små barns hälsa, levnadsvanor och livsvillkor utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Barnens hälsa, levnadsvanor och livsvillkor undersöks utifrån tre områden: hälsa, tandhälsa och vaccinationstäckning. Studien är baserad på datalänkning av regionala BHV-data och nationella registerdata från SCB och Socialstyrelsen.

Litteraturöversikt om familjecentraler

Folkhälsomyndigheten har genomfört en kartläggande litteraturöversikt med syfte att undersöka vad som är känt om betydelsen av familjecentralers hälsofrämjande- och förebyggande arbete med barn och familjers hälsa. Myndigheten konstaterar att även om de studier som ingår i litteraturöversikten indikerar att familjecentralers hälsofrämjande- och förebyggande arbete kan ha en positiv inverkan på barn och familjers hälsa, så saknas i hög grad kvantitativa studier inom området och att mer forskning behövs.

Folkhälsomyndigheten har även under 2021 beviljat medel för att genomföra en förstudie i syfte att få en fördjupad förståelse för familjecentralers betydelse för barns hälsa och utveckling. Övergripande resultat från studien var vikten av att forskningen fokuserar på barns hälsa och utveckling, samspel mellan barn och föräldrar samt föräldraförmåga.

Översyn av vägledning för BHV

Socialstyrelsen har under hösten 2019 sett över den befintliga vägledningen för BHV och bedömt förutsättningarna för att ta fram rekommendationer. I arbetet har verksamhets- och professionsföreträdare för BHV uttryckt behov av relativt detaljerade föreskrifter som beskriver innehållet i BHV, istället för en vägledning. Möjligheterna att ta fram föreskrifter har utretts internt på Socialstyrelsen och resultatet visar att myndigheten saknar ett bemyndigande. Myndigheten hade för avsikt att genomföra en mindre revidering och uppdatering av delar av innehållet i vägledningen under 2020. Arbetet med revideringen pausades på grund av pandemin. Därutöver har utredning En sammanhållen god och nära vård för barn och unga [31], som pågått parallellt, vägts in i myndighetens planerade arbete med kunskapsstöd för BHV genom att

myndighetens förslag och identifierade behov av kunskapsstöd inom området har förmedlats till utredningen.

Socialstyrelsen har beslutat att ta fram ett avgränsat kunskapsstöd, som ska komplettera *Vägledning för BHV* [32] och möta det behov av stöd som inledningsvis beskrevs av regionerna i deras arbete med barnen och föräldrarna i socioekonomisk utsatthet. Arbetet med att ta fram stödet ska bidra i BHVs arbete med att bedöma små barns kommunikations- och språkutveckling och att ge tidiga och riktade insatser, med särskilt fokus på barn som växer upp i socioekonomisk utsatthet. Arbetet kommer följa myndighetens process för framtagande av kunskapsstöd i samarbete med berörda aktörer och sakkunniga. Beräknad publicering är i början av 2022.

Sammanställning av lärande exempel

En skriftlig sammanställning över ett urval av insatser som regionerna har genomfört inom överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV kommer att publiceras under hösten 2021. Sammanställningen avser att möta regionernas behov av att ta del av varandras interventioner, projekt och arbete för att utveckla tillgängligheten i BHV med fokus på barnen och föräldrarna i målgruppen. Myndigheternas förhoppning är att stödet ska inspirera till ett fortsatt utvecklingsarbete i regionerna.

Analys

Detta kapitel svarar mot slutrapportens andra delsyfte; att analysera genomförandet av överenskommelserna och hur genomförandet påverkat tillgängligheten i BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa. I föregående kapitel analyserades de insatser i BHV som regionerna finansierat med statsbidragen inom överenskommelserna.

Genomförandet 2018 till 2020

Den regionala genomförandeprocessen har varierat mellan regionerna. Några uppger att statsbidragen i huvudsak använts för BHV och att den regionala kunskapsorganisationen haft en central roll i processen. I andra regioner beskrevs processen som tungrodd, dessa efterlyste en starkare nationell styrning för att underlätta det regionala genomförandet samt säkerställa att statsbidragen används till BHV och långsiktig kunskapsuppbyggnad [4].

Pandemin har påverkat genomförandet av insatser och samverkan mellan olika aktörer inom BHV, i varierande omfattning i olika regioner. Från liten påverkan i ett fåtal regioner till att samverkan och insatser helt har avstannat. I flera regioner har dock ökad användning av digitala möten möjliggjort fortsatt samverkan.

Olika metoder för att identifiera psykosociala riskfaktorer för barnens hälsa kompletterar varandra

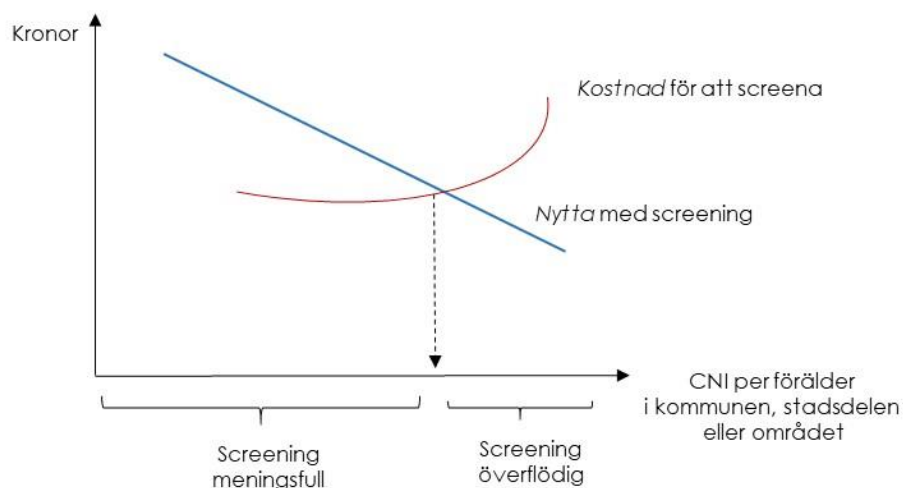
Psykosociala riskfaktorer som medför behov av riktade insatser i BHV för psykosocialt stöd och föräldraskapsstöd kan identifieras med olika metoder i olika socioekonomiska kontexter. Exempelvis genom personalens kompetens och lyhördhet i mötet med barn och familjer, vilket kan innebära att personalen behöver mer tid i mötet med enskilda barn och familjer, genom metoder för att identifiera enskilda barn och familjer eller genom att identifiera utsatta grupper på områdes-, stadsdels- eller kommunnivå.

När socioekonomiskt utsatta kontexter kan identifieras på kommun-, stadsdels- eller områdesnivå, med exempelvis CNI eller andel barn som lever i hushåll med låg inkomststandard, riskerar metoder för att identifiera enskilda barn och familjer att ta resurser från riktade insatser som föräldrastödsprogram av olika slag, som många i gruppen har behov av.

Generellt behövs fördjupade kunskaper om nytta och kostnader för olika metoder för att identifiera psykosociala riskfaktorer på individ- eller familjenivå. I exempelvis mångkulturella kontexter är det ofta komplext att identifiera riskfaktorer genom frågeformulär. Det kan finnas språkliga barriärer och föräldrar med en varierande utbildningsbakgrund samtidigt som riskfaktorerna är många. Att genomföra screening, som förutsätter såväl god läsförståelse som relativt god hälsolitteracitet, på ett meningsfullt sätt kan bli kostsamt om det innebär ökad tidsåtgång för BHV-personal eller ökad användning av tolk. I dessa kontexter är dessutom behoven av förebyggande

insatser generellt omfattande. Således kan nytta av universell screening vara låg när omfattande socioekonomisk utsatthet relativt enkelt kan identifieras på kommun, stadsdels- eller områdesnivå (se exempelvis CNI per förälder i figur 1). Medan screening kan vara ett sätt att identifiera enskilda barn eller familjer med psykosociala riskfaktorer i kontexter med högre socioekonomi och erbjuda dessa extra stöd utifrån deras specifika behov (figur 11).

Figur 11. Kostnad och nytta med screening på individ- och familjenivå i olika socioekonomiska kontexter



Dessutom behövs mer kunskap om effekter av insatser som sätts in för behov som identifierats genom screening.

Utveckling av insatser till barn med störst behov riskerar att förbises

Utveckling och implementering av insatser i BHV-programmet till barn med komplexa och omfattande behov av insatser i samverkan måste göras långsiktigt. Socialstyrelsens första delrapport [4] visade att fler regioner undvek att dra igång stora projekt, eller anställa personal, som inte kunde garanteras en fortsättning efter statsbidragen inom överenskommelserna om BHV. I intervjuer för slutrapporten betonade flera informanter att det faktum att statsbidragen var tillfälliga hade påverkat urvalet av insatser. Flera beskrev att urvalet baserats på förutsättningar som att kunna komma igång snabbt och att insatsen skulle kunna fortsätta inom ordinarie budget.

Barn som lever i mycket omfattande utsatthet, som är gömda, hemlösa, lever i skyddade boenden eller i familjer med missbruk och svårare psykisk ohälsa, kan ha behov av exempelvis specialist-BVC som har mera tid för samtal och kompetens samt större möjligheter till samverkan med psykolog, logoped och socialtjänst. Ett par av de större regionerna hade specialist-BVC för målgrupperna redan innan överenskommelserna, men ingen av de övriga regionerna har gjort denna typ av satsning inom överenskommelserna. Noteras kan att ingen region använt statsbidragen för att etablera nya familjecentraler och endast ett par regioner har arbetat med att utveckla verksamheten på befintliga familjecentraler, vilket kan bero på att etablering och utveckling av familjecentraler är ett mer långsiktigt arbete.

Ett fåtal regioner gjorde långsiktigt strategiska insatser, som att öka bemanningen på BVC i utsatta områden. I några regioner fortsätter dessa insatser 2021 med statsbidrag inom andra överenskommelser eller regional finansiering. Även i dessa regioner har de begräsningar som tillfälliga statsbidrag medför varit uppenbara, eftersom förändringsarbete måste få ta tid och kopplas till BHV-programmet för att inte bli till projekt som rinner ut i sanden. En informant i en region där BHV fick hela statsbidraget, mandat att använda det i enlighet med den regionala kunskapsorganisationens prioriteringar och fortsatt finansiering från 2021, sammanfattade processen:

Att arbeta med korta statsbidrag, som ges under några få år, ger problem med planeringen och genomförandet. Det vore att föredra att man arbetar med mer långsiktiga satsningar inom området.

[Vårdutvecklare, CBHV-team, medelstor region]

I socioekonomiskt utsatta kontexter krävs långsiktiga insatser inom BHV-programmet i samverkan

Som beskrivits ovan kräver insatser inom BHV-programmet i samverkan omfattande förberedelser och tid för att utveckla ett välfungerande teamarbete. I intervjuerna framkom att fler regioner inledningsvis hade för avsikt att införa utökade hembesöksprogram men valde andra insatser, då det visade sig ogenomförbart att starta och utveckla arbetssättet under den begränsade tiden för överenskommelserna.

Från informanter i regioner som testat hembesöksprogram beskrevs dock att personalen fått kompetensutveckling och träning i arbetssättet, vilket uppfattades som positivt. Istället blev utmaningen att återgå till tidigare arbetssättet när de upptäckte fördelarna för familjer och barn i socioekonomisk utsatthet i det nya arbetssättet. Några regioner har därför säkrat fortsatt finansiering av exempelvis utökad bemanning på BVC i utsatta kommuner och områden för att BHV-programmet även fortsättningsvis ska kunna ges efter behov.

Hembesök under pandemin

Under pandemin har regioner och kommuner hanterat hembesök på olika sätt, bland annat beroende på varierande smittspridning. I en intervju för slutrapporten beskrev informanten att samtliga BVC i regionens insats för utökade hembesök har fått fortbildning och kände sig trygga med att genomföra hembesöken, medan flera andra BVC i regionen slutat med alla hembesök under pandemin.

Socialtjänsten i olika kommuner inom en region har ibland gjort olika bedömningar av sitt deltagande i hembesök. Socialtjänsten i vissa kommuner har deltagit i hembesöken digitalt och i andra kommuner inte alls.

Uppskattat stöd från nationella aktörer

I nätverksträffarna för regionernas kontaktpersoner för överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV har deltagandet genomgående varit mycket högt. Dessutom blev nätverksträffarna tätare efter övergången till digitala möten under våren 2020.

I intervjuerna för slutrapporten beskrevs att nätverksträffsträffarna givit erfarenhetsutbyte mellan regionerna och kompetensutveckling som varit ett verksamt stöd för det regionala genomförandet. Det beskrevs även som positivt att SKR, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen deltagit i träffarna, löpande informerat om egna uppdrag och insatser samt svarat på frågor från regionernas kontaktpersoner.

Utvecklad BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa

Även om statsbidragen använts för tillfälliga insatser i en majoritet av regionerna visar Socialstyrelsens uppföljning och analys av genomförandet av överenskommelserna om BHV på några långsiktiga förändringar. I analysprocessen identifierades framträdande teman i förändringen baserat på kvalitativa data ur såväl det regionala som det nationella perspektivet (för metod och dattainsamling se bilaga 1).

Fokus på BHVs strategiska betydelse

Överenskommelserna har givit BHV uppmärksamhet. I enkäter, årsrapporter och intervjuer beskrevs på olika sätt att överenskommelserna uppfattats som en bekräftelse på att BHV gör ett viktigt arbete för att skapa förutsättningar för ökad jämlikhet i hälsa.

Styrkan i en tillfällig satsning som överenskommelser är att den på ett bra sätt ger fokus på ett område och dess utvecklingsfrågor.

[BHV-överläkare, CBHV-teamet, mindre region]

En region lyfte i flera årsrapporter för BHV fram forskning som, ur ett hälsoekonomiskt perspektiv, visar att kompensatoriska insatser de allra första åren i ett barns liv gör mer nytta än motsvarande senare i livet. I andra regioners årsrapporter beskrevs betydelsen av de 1000 första dagarna i barnets liv för hälsan, både som barn och som vuxen.

Flera regioner beskrev hur samverkan ökat med såväl regional hälso- och sjukvårdsförvaltning och kommuner som CBHV-team i andra regioner. I en intervju för slutrapporten beskrev en informant hur resurstillskottet och de förväntningar som överenskommelserna medförde gav CBHV-teamet råg i ryggen att förklara och dokumentera hur de ville utveckla BHV tillsammans med andra aktörer, med målet att göra skillnad för barnen.

Nationellt nätverk för BHV

Nätverksträffarna för regionernas kontaktpersoner för överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV har varit uppskattade och SKR har beslutat att driva ett nationellt nätverk för BHV vidare.

Förflyttning inom BHV

I enkäten för Socialstyrelsens första delrapport [4] framkom uppfattningen att behoven av riktade insatser i BHV hade ökat. Dock beskrev en informant den

upplevda ökning som en möjlig konsekvens av att BHV blivit bättre på att uppmärksamma och identifiera behov av riktade insatser i BHV-programmet.

Ökad medvetenhet om behov på grund av socioekonomisk utsatthet

I årsrapporterna för BHV uppmärksammades ökad tillgänglighet i BHV och jämlik hälsa övergripande, genom exempelvis indikatorer på verksamhetens resultat och skillnaderna i barnens hälsa presenterades fördelat på kommuner, stadsdelar och områden, för att tydliggöra förutsättningar för verksamheterna och behoven hos barnen och föräldrarna. Även hälsolitteracitet beskrivs och begrepp som föräldrars tillit till BHV och hälso- och sjukvård lyfts i de senare årens årsrapporter, vilket kan tolkas som att BHV allt mer tydliggör och arbetar för att öka vårdnadshavares delaktighet och inflytande utifrån individuella förutsättningar.

I intervjustudien våren 2021 beskrev flera hur genomförandet av överenskommelserna skapat en ökad medvetenhet i BHV om de större behoven. Den förändrade medvetenheten beskrevs som en förflyttning inom BHV. Innan överenskommelserna låg fokus på det universella BHV-programmet (första kolumnen) och genom överenskommelserna har medvetenheten ökat om grupper och enskilda barn i socioekonomisk utsatthet med behov av riktade insatser (andra och tredje kolumnen i BHV-programmet). Dock betonades att delarna i BHV-programmet kompletterar varandra och därför är lika viktiga. Av årsrapporterna framgår att BHV behöver anpassas efter aktuella folkhälsoutmaningar såsom exempelvis barnens ökade stillasittande, ökad förekomst av karies hos treåringar, övervikt och fetma hos fyraåringar samt barnens utsatthet för tobaksrök. Rökningens starka koppling till socioekonomiska förhållanden beskrevs av flera regioner under olika år.

Kompetensutveckling och lärande

Genomförandet av överenskommelserna har medfört ett lärande genom såväl utbildningsinsatser som lärdomar av att pröva nya arbetssätt i samverkan. I intervjuerna för slutrapporten lyfte flera informanter hur nya arbetssätt och samverkan medfört en större förståelse för varandras arbete. Att de olika professionerna lärt av varandra har medfört en ökad samsyn i vårdprocessen, exempelvis i övergången från mödrahälsovård till BHV i regioner som inkluderat mödrahälsovården i utökade hembesöksprogram eller där BHV samverkat med socialtjänst.

Några regioner har använt statsbidrag inom överenskommelserna för kompetensutveckling som exempelvis att samtala om föräldrars oro för att vaccinera sitt barn, kunskapshöjning inom anknytning och samspel samt om barns språkutveckling. I alla årsrapporter för BHV beskrevs kompetensutveckling av professionerna som arbetar i BHV. Fokus för flera regioner var att öka kunskapen och kompetensen om den födande förälderns psykiska hälsa genom bland annat depressionsscreening (EPDS), men också med enskilda föräldrasamtal med både födande respektive icke-födande förälder.

Stödjande strukturer för samverkan

Flera informanter beskrev i såväl intervjuer inför slutrapporten som i enkäten om god och nära vård hur genomförandet av överenskommelserna om BHV

medfört en ökad samverkan mellan BHV och framför allt socialtjänst och tandvården. I årsrapporterna för BHV beskrevs allt tydligare att stödet för de mest sårbara familjerna behöver ges i samverkan med exempelvis socialtjänst, tandvård och förskola [23].

Ökad bemanning i CBHV-team och forum för samverkan
Flera regioner har även gjort strategiska satsningar på strukturer för att bevara och fortsätta utveckla samverkan, som exempelvis ökad bemanning i CBHV-teamet för att kunna arbeta med utveckling och projektledning.

Inriktningen verkar även vara att stärka samverkan genom att pröva nya arbetsmetoder och på detta sätt skapa de stödjande strukturerna som behövs i längden. I en region beskrevs hur ett program för en tvärprofessionell samverkan mellan öppenvård psykiatri, mödrhälsovård, socialtjänst och BHV utvecklats genom arbetet med överenskommelserna. De involverade aktörerna hade fått gemensam kompetensutveckling, vilket givit en gemensam kunskapsbas och utgångspunkt för alla aktörer. I en annan region har genomförandet av överenskommelserna medfört att barnhälsoteamet, där region och kommun sedan länge samverkat kring äldre barn, nu även uppmärksammat behoven hos barn yngre än ett år.

Familjecentraler och hembesök

I årsrapporterna återfinns redovisningar av arbetssätt och metoder såsom utökade hembesöksprogram och införandet av fler familjecentraler. Både utökade hembesöksprogram och familjecentraler är exempel på ett strategiskt arbete baserat på proportionell universalism som konkretiserar BHV-programmet med dess tre kolumner på verksamhetsnivå.

Överenskommelser om samverkan på familjecentraler
BVC som tillhör en familjecentral behöver mer tid för samverkan och program för samarbete kring barn i risk. Därför har CBHV-teamet i en region, som en del i genomförandet av överenskommelserna om BHV, arbetat fram samverkansöverenskommelser med alla kommuner.

I några regioner har implementeringen av BHV-programmet utifrån behov stärkts

I intervjuerna inför slutrapporten framkom att statsbidragen inom överenskommelserna om BHV i flera regioner har använts för att parallellt utveckla riktade insatser och tillgängliggöra dessa. Flera informanter beskrev att statsbidragen möjliggjort uppstart av planerade satsningar och utveckling i BHV utan regional finansiering.

BVC i områden med högre belastning hade kunnat få ökad bemanning med regional finansiering, men statsbidragen inom överenskommelserna kan ha snabbat på processen.

[Vårdutvecklare, CBHV-team, mindre region]

Strategiskt arbete med att förstärka BHV-programmet beskrevs i årsrapporterna, samtidigt lyftes att vakanser och personalomsättning, främst bland BHV-sjuksköterskor, kan minska möjligheterna att erbjuda en tillgänglig och

jämlik BHV av god kvalitet. Personalbrist påverkar möjligheterna att erbjuda det universella BHV-programmet, exempelvis kan hembesök till nyfödda eller vid åtta månader inte alltid kan genomföras och färre föräldrar erbjuds att delta i föräldrautbildning.

Inarbetade insatser fortsätter utan finansiering

När överenskommelserna om BHV övergick i överenskommelserna om god och nära vård, utan öronmärkta statsbidrag för BHV, beskrev några regioner exempel på hur insatser som finansierats med statsbidrag kunnat arbetas in i ordinarie verksamhet utan fortsatt finansiering.

Utökade hembesöksprogram i olika varianter

Några regioner har skapat förenklade varianter av de utökade hembesöksprogram, som finansierades med statsbidrag inom överenskommelserna om BHV, för att fortsätta arbetet inom befintlig budget. I en region förklarade informanten att förutsättningarna för att fortsätta göra hembesök i samverkan, inom befintlig budget för BHV, även är att socialtjänsterna har tillräckliga resurser och att området har en familjecentral som kan stödja samverkan.

Insatser med fortsatt finansiering

I intervjuerna inför slutrapporten beskrev flera informanter i olika ordalag att det krävs en eldsjäl som orkar strida för resurser till BHV i den egna regionen och i flera fall krävs att CBHV-teamet ansöker om finansiering, vilket innebär merarbete särskilt sedan överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV övergått i överenskommelserna om god och nära vård.

När intervjuerna för slutrapporten genomfördes hade några CBHV-team fått besked om att BHV skulle få fortsatt finansiering från överenskommelserna om god och nära vård eller någon annan överenskommelse, andra väntade på besked och några hade fått besked om att BHV inte skulle få ytterligare statsbidrag eller annan finansiering. Åtminstone en region som gjort en strategisk satsning på insatser som kräver långsiktig finansiering fick avsluta samtliga insatser när de öronmärkta statsbidragen för BHV upphörde.

Ökad bemanning på BVC

Några av de regioner som använt statsbidragen inom överenskommelserna om BHV för strategiska satsningar på ökad bemanning på BVC har fortsatt med regional finansiering från 2021 och andra med statsbidrag inom exempelvis överenskommelserna om god och nära vård.

Utökade hembesöksprogram

Åtminstone en region har 2021 fortsatt finansiera den satsning på att utveckla och implementera ett utökat hembesöksprogram som inleddes i genomförandet av överenskommelserna om BHV.

Insatser i samarbete med tandvården

Flera beskrev att satsningar på tandvården fortsätter, i några fall med statsbidrag inom god och nära vård. En informant beskrev att samarbetet med tandvården nu förväntas spridas till fler BVC och att CBHV-teamet lämnat över ansvaret till tandvården.

Oklart hur överenskommelserna påverkat tillgängligheten i BHV 2021

I överenskommelserna saknas en definition av tillgänglighet i BHV [1, 2, 3, 33]. Socialstyrelsen har gjort tolkningen att ökad tillgänglighet i BHV, för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa, innebär att riktade insatser i BHV-programmet utvecklas samt i ökad utsträckning ges efter behov och anpassat till barnens och föräldrarnas varierande förutsättningar. Förutsättningar att ta del av BHV-programmet efter behov kan handla om exempelvis att ta till sig, förstå, värdera och kunna förhålla sig till hälsoinformation (hälsolitteracitet) eller familjernas möjligheter att transportera sig till olika vårdenheter och platser.

I den första delrapporten [4] noterades att företrädare för BHV i olika regioner befarade att förstärkningen av BHV inte skulle nå fram till barn i samma situation som bor i olika delar av landet. Den farhågan har åtminstone delvis besannats. Både utgångsläget, i form av riktade insatser i BHV-programmet för barn med ökad risk för sämre hälsa på grund av socioekonomisk utsatthet [12], och i vilken mån statsbidragen inom överenskommelserna använts för BHV (figur 7) varierade mellan regionerna. Dessutom har pandemin 2020 påverkat tillgängligheten i BHV i olika omfattning i olika regioner.

Dock saknas uppföljningsmått och data för att kvantitativt bedöma hur tillgängligheten i BHV för målgruppen förändrats under perioden för genomförandet av överenskommelserna 2018 till 2020.

Fortsatt utveckling av en jämlik och tillgänglig BHV

Kapitlet har ett stödande syfte och belyser aktuella utvecklingsområden för en jämlik och tillgänglig BHV, efter genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV 2018 till 2020. Socialstyrelsen konstaterar att det fortsatt finns stora skillnader i barns uppväxtmiljö och socioekonomiska förutsättningar för god hälsa. För att bidra till att utjämna skillnader i hälsa behövs fortsatt arbete för att utveckla samt ge riktade insatser i BHV-programmet anpassat till barnens och familjernas varierande förutsättningar.

Bevaka pandemins påverkan på barnens hälsa

Flera regioner betonar att pandemin riskerar att förstärka ojämlikheter i barns uppväxtmiljö och hälsa. De barn som levde i störst utsatthet innan pandemin befaras ha påverkats mest av de förändringar som skett, genom exempelvis ökad isolering, ibland i otrygga hemmiljöer, mindre delaktighet i förskoleverksamhet och försämrad ekonomisk situation.

Pandemin har medfört ett ökat behov av insatser för att fånga upp familjer med psykisk ohälsa till följd av isolering samt större behov av insatser om levnadsvanor, då fler barn kan ha utvecklat övervikt eller fetma. Dessutom finns olika signaler på att barnens språkutveckling påverkats av minskad närvaro på förskolan. Socialstyrelsen konstaterar att pandemins konsekvenser för barnens hälsoutveckling noggrant behöver följas upp under längre tid på såväl regional som nationell nivå.

Utveckling på nationell nivå

På nationell nivå fortsätter arbetet med att stödja en jämlik hälsoutveckling bland barn, exempelvis finns förslag om ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga från Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga [34]. En annan utredning har i uppdrag att presentera en nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn [35].

Uppföljning av BHV och barns hälsa

Folkhälsomyndigheten har konstaterat att datakällorna behöver utvecklas inom vissa områden för att göra det möjligt att följa upp BHV och små barns hälsa på nationell nivå [30].

Regeringen, myndigheter och huvudmän behöver skyndsamt se till att det finns data för att följa upp och analysera barns hälsa, eftersom det finns tydliga tecken på att ojämlikheterna ökar.

[Folkhälsomyndigheten [30], sid 47]

En rad insatser pågår inom området. BHV är primärvård och för närvarande finns inte primärvårdsdata i Patientregistret, dock har Socialstyrelsen tidigare lämnat förslag för att möjliggöra uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård på nationell nivå [35]. Dessutom ska Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga föreslå en hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas för att stödja utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet och vården [31]. Kommande analyser behöver dessutom beakta barnrättsperspektivet samt barns och föräldrarnas delaktighet i BHV, omfattande föräldrar med olika bakgrund och socioekonomiska förutsättningar.

Socialstyrelsen fortsätter stödja utveckling i BHV

Nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

För att skapa en mer sammanhållen och likvärdig hälso- och sjukvård för barn och unga har Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att genomföra en förstudie för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Uppdraget rapporteras oktober 2022.

Tillsammans för en trygg start

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att genomföra en pilotverksamhet för BHV som omfattar ett utökat hembesöksprogram *Tillsammans för en trygg start* [37]. Projektet ska bidra till att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa för barn i socioekonomiskt utsatta områden. Uppdraget slutrapporteras 2026.

Stöd för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

Dessutom har Socialstyrelsen i uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Den del av uppdraget som riktar sig till BHV slutrapporteras mars 2022.

Nationell kartläggning av kariesförekomst hos barn

Munhälsan hos barn i Sverige är generellt god, men under det senaste decenniet har en ökad förekomst av karies hos sexåringar uppmärksammats. Socialstyrelsen genomför för närvarande en fördjupad kartläggning av kariesförekomsten hos barn mellan tre och sex år på nationell nivå samt en analys av faktorer som kan ha betydelse för munhälsoutvecklingen hos barn i förskoleålder. Arbetet kommer att presenteras i en rapport under 2022.

Riktade insatser i BHV-programmet och ökad samverkan

I regionerna fortsätter arbetet med att utveckla implementeringen av BHV-programmet efter behov, för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för en sämre hälsoutveckling, och anpassat till barnens och familjernas förutsättningar. I Socialstyrelsens analys av genomförandet av överenskommelserna om BHV framträder några övergripande utvecklingsområden som kan

bidra till att skapa organisatoriska förutsättningar för att utveckla och implementera BHV-programmet regionalt.

Identifiera psykosociala riskfaktorer med olika metoder i olika socioekonomiska kontexter

Psykosociala riskfaktorer, och behov av riktade insatser i BHV, kan identifieras med olika metoder i olika socioekonomiska kontexter. Genomförandet av överenskommelserna har visat att kompetensutveckling kan stärka BHV-sjuksköterskornas yrkesroll och kunskaper i att bedöma behov, exempelvis i universella hembesök till nyfödda.

I socioekonomiskt utsatta kontexter – som kan identifieras på kommun-, stadsdels- eller områdes nivå med exempelvis högt CNI per förälder eller hög andel barn som lever i hushåll med låg inkomststandard – kan riktade förebyggande insatser, som exempelvis föräldraskapsstöd, i högre utsträckning erbjudas till alla barn och familjer, och vid behov kombineras med ytterligare riktat individuellt stöd. I kommuner och stadsdelar med högre socioekonomi, kan screening vara ett användbart verktyg för att identifiera psykosociala riskfaktorer och behov av riktade insatser hos enskilda barn och familjer.

Bemanning efter vårdtyngd på BVC

När genomförandet av överenskommelserna startade 2018 beskrev företrädare för BHV i flera regioner att den största utmaningen för BHV var balansen mellan bemanning och det omfattande uppdraget [4]. Genomförandet av överenskommelserna har återigen satt ljuset på vikten av att lyckas rekrytera och behålla kompetent BHV-personal, vilket enligt flera informanter i intervjuerna för slutrapporten är en komplex uppgift på många håll och särskilt svårt i socioekonomiskt utsatta kontexter med en högre vårdtyngd.

Bemanningen vad gäller BHV-sjuksköterskor i förhållande till antalet nyfödda barn behöver vara högre på BVC i socioekonomiskt utsatta kontexter, för att långsiktigt kunna ge insatser i BHV-programmet efter behov och anpassat till barnens och föräldrarnas varierande förutsättningar.

En dörr in för ökad tillgänglighet i utsatta kontexter

Genomförandet av överenskommelserna har visat flera exempel på ökad tillgänglighet till kompetenser, som psykolog, logoped och dietist samt tandvården, genom att dessa i ökad utsträckning har mottagning på BVC, istället för att familjerna ska transportera sig till andra platser och mottagningar. I en region använder familjecentralen i ett socioekonomiskt utsatt område en hälsobuss där BVC-besök kan genomföras och samtal med socionom erbjuds. Några regioner har också visat på exempel där dessa kompetenser gör gemensamma besök med BVC eller egna hembesök vid behov. Detta utvecklingsområde är för ökad tillgänglighet i BHV i de socioekonomiskt mest utsatta kommunerna, stadsdelarna och områdena.

Tillgängligheten till riktade insatser i BHV-programmet, för barn och familjer i socioekonomiskt utsatta kontexter, kan öka genom att låta BVC, eller den familjecentral där BVC ingår, vara *en dörr in* till olika kompetenser.

Psykisk ohälsa hos barnet

En kartläggning har visat att spädbarnsverksamheter, för barnets egna bekymmer eller föräldrar med egen psykisk ohälsa, saknas i många regioner [38]. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har ofta fokus på de äldre barnen och ingen region har samverkat med BUP i genomförandet av överenskommelserna om BHV. Socialstyrelsen har 2020 kartlagt första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa [39].

Strukturer för långsiktig samverkan

Det behövs en systematisk utveckling av strukturer som stödjer långsiktig samverkan.

Tandvården, mödrahälsovården och socialtjänsten

I genomförandet av överenskommelserna om BHV har många regioner gjort insatser inom området munhälsa eller utvecklat samverkan med tandvården. Några hade etablerade samarbeten med tandvården redan innan överenskommelserna.

Även utvecklad samverkan med mödravården stödjer en sammanhållen vård. Ett fåtal regioner har inkluderat mödrahälsovården genomförandet av överenskommelserna om BHV. Dock behöver samverkan med mödravården utvecklas i många regioner.

Socialtjänsten är en viktig samverkanspart för att tidigt kunna erbjuda stöd av olika omfattning vid behov och även genom samordnade insatser där både förebyggande och myndighetsutövande insatser kan ingå.

Strukturer som stödjer en långsiktig samverkan med tandvården, mödrahälsovården och socialtjänst behöver bibehållas och fortsätta utvecklas.

Förskolan

Förskolan är en annan viktig samarbetspart eftersom barn i förskoleåldern tillbringar avsevärt mer tid på förskolan än i BHV. Samarbete behövs kring exempelvis att stödja barnens språkutveckling och att tidigt identifiera utvecklingsavvikelser. Socialstyrelsens kartläggning av BHV [12] visade att flertalet BVC i landsbygdskommuner uppfattade samverkan med förskola som välfungerande. I storstadskommuner, där det finns många utförare av förskoleverksamhet och såväl offentliga som privata aktörer, uppfattade ungefär hälften av BVC samverkan med förskolan som välfungerande.

Det behövs en strategisk utveckling för en bred samverkan som omfattar alla förskolebarn.

Familjecentraler

Regionerna har kommit olika långt med införande och utveckling av familjecentraler och ser därför olika utmaningar, samtidigt som samstämmighet i grunden råder om mervärdet i familjecentraler.

Utvecklingsarbete behövs kring hur verksamheterna ska samordnas och samverka, exempelvis hur socialtjänsten ska bidra och hur svårigheter med att involvera mödrahälsovården ska lösas.

*Riktade insatser i BHV-programmet, som exempelvis
utökade hembesöksprogram i samverkan*

Överenskommelserna har lett till att flera regioner genomfört insatser med olika former av hembesök, några i samverkan med socialtjänst, tandvård och mödrahälsovård. Dock har inte alla regioner utökade hembesöksprogram och i regioner som har program finns utmaningar med att upprätthålla detta i samtliga socioekonomiskt utsatta kommuner och områden.

Socialstyrelsens analys visar att det i flertalet regioner är lika aktuellt idag, som när satsningen på överenskommelserna inleddes, att utveckla och ge riktade insatser i BHV-programmet vid behov och anpassat till barnens och familjernas förutsättningar, exempelvis genom utökade hembesöksprogram i samverkan, för att bidra till bättre förutsättningar för en jämlik hälsa bland barn i socioekonomisk utsatthet som riskerar sämre hälsoutveckling.

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. 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.
5. 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.
6. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet: slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
7. FN:s konvention om barnets rättigheter. Stockholm: Barnombudsmanen; 2019.
8. Rikshandboken i barnhälsovård för professionen. Hämtad 2020-06-01 från: <https://www.rikshandboken-bhv.se>
9. Barnkonventionen Unicef. 2020. Hämtad 2020-06-01 från: <https://unicef.se/barnkonventionen>
10. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsopolitikens mål. Hämtad 2019-05-29 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhals-omyndigheten/folkhalsopolitiska-mal/>
11. Om hälso- och sjukvårdslag, mm (prop. 1981/82:97).
12. Nationell kartläggning av barnhälsovården. En jämlik och tillgänglig barnhälsovård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020-10-6889.
13. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2019-02-14 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/>
14. Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för jämlik hälsa bland barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
15. Fritzell J. Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa; 2016. Underlagsrapport nr 3.
16. Förstudie till RU att följa, analysera och stödja överenskommelserna för ökad tillgänglighet i barnhälsovården 2018-2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
17. Kommungruppsindelning, SKR. 2017. Hämtad 2020-05-27 från: <https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html>

18. Segregation i Sverige - årsrapport 2021 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling. Delegationen mot segregation; 2021.
19. Utsatta områden – Social ordning, kriminell struktur och utmaningar för polisen. Stockholm: Nationella operativa avdelningen, Polismyndigheten; 2017.
20. Statistik från SCB för [37].
21. Utanförskap, våld och kärlek till orten. Barns röster om att växa upp i utsatta kommuner och förorter. Stockholm. Barnombudsmannen; 2018.
22. Sjögren A (red), 2021. Barn och unga under coronapandemin - Lärdomar från forskning om uppväxtmiljö, skolgång, utbildning och arbetsmarknadsinträde. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering; Rapport 2021:2.
23. Årsrapporter för BHV [se vidare bilaga 1]
24. Rekommendationer för barnhälsovård under covid-19-pandemin - Rikshandboken i barnhälsovård (rikshandboken-bhv.se)
25. Påverkan av Covid-19 på det regionala BHV-programmet - En kartläggning av barnhälsovårdssjuksköterskors uppfattning i Region Stockholm under mars-maj 2020. Stockholm: Barnhälsovårdsenheten Region Stockholm; 2021-02-09.
26. Barnvaccinationsprogrammets hållbarhet under den tidiga covid-19-pandemin i Sverige – en tvärsnittsundersökning av barnhälsovårdens arbete. Folkhälsomyndigheten; 2020, 20221.
27. Covid-19-pandemins påverkan på barnhälsovården. Beskrivning av effekter och sammanfattning av lärdomar från pandemins första halvår. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021, 7585-928-6.
28. 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>
29. Svensson, A-K, 1993. Tidig språkstimulering av barn. Lunds universitet, *Studia psychologica et paedagogica*. Series altera, 0346-5926; 105. ISBN 912201554X. Almqvist & Wiksell International, 1993.
30. Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget ”Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården”. Folkhälsomyndigheten; 2020, 20182-1.
31. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Kommittédirektiv 2019:93.
32. Vägledning för barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
33. Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej. Riksrevisionen 2014:20.
34. Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Delbetänkande av utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Stockholm: Statens offentliga utredningar 2021:34.
35. Nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn. Kommittédirektiv 2021:29.

36. Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021-2-7223.
37. Delredovisning av uppdrag (S2019/00910/FS delvis) genomförande av pilotverksamhet i barnhälsovården. Samverkan mellan barnhälsovården, mödrahälsovården, socialtjänstens förebyggande verksamhet och tandvården. Socialstyrelsen; 2020. Dnr 17704/2019.
38. Furmark, C, Neander, K. Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning. Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nka Barn som anhöriga 2018:2.
39. Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021-3-7284.

Bilageförteckning

Bilaga 1. Metod och datainsamling

Bilaga 2. Care Need Index (CNI)

Bilaga 3. Insatser som regionerna finansierat med statsbidrag inom överenskommelserna om ökad tillgänglighet i BHV 2018 till 2020

Samtliga bilagor finns att ladda ner på www.socialstyrelsen.se