

Slutrapport – Förstudie
avseende ett nationellt
hälsoprogram för barn
och unga

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 2022-10-8175
Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2022

Förord

Det här är en slutredovisning av en förstudie om hur förutsättningarna för ett nationellt hälsoprogram för barn och unga ser ut. En delredovisning av uppdraget lämnades den 31 mars 2022.

Förutsättningarna för ett nationellt hälsoprogram för barn unga har analyserats och förslag lämnas vad gäller tidsplan för framtagande av ett hälsoprogram. Därtill lämnas beskrivning av möjligheter till implementering och av hur indikatorer kan användas för att bedöma implementering och följsamhet till ett nationellt hälsoprogram. Rapporten belyser hur en uppföljning av barns och ungas fysiska, psykiska och sexuella hälsa kan ske relaterat till hälsoprogrammet.

En analys av hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälsoprogrammet skulle kunna regleras i en föreskrift har också genomförts och redovisas i rapporten. Därtill lämnas en beskrivning av hur ett hälsoprogram bör utformas och förstås i den kontext som det är tänkt att användas i.

Socialstyrelsen riktar ett varmt tack till alla som medverkat i dialoger och lämnat sina synpunkter till förstudien.

Utredare Sara Sjölund Andoff har varit projektledare i förstudien. Utredare Ylva Malmquist, Mårten Skogman, Maral Jolstedt och Alica Monokrousos Selmanovic har varit projektmedarbetare. Ansvarig enhetschef har varit Maria Hilberth och ansvarig avdelningschef har varit Thomas Lindén.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Helhetssyn på hälsa innebär att flera verksamheter behöver delta	7
Hälsoprogrammet utformas efter barns och ungas behov	7
Innehållet tas fram utifrån bästa tillgängliga kunskap	8
Reglering av hälsoprogrammet	8
Det behövs en nationell strategi för att implementera hälsoprogrammet	9
Hälsoprogrammet följs med indikatorer	9
Bred medverkan för att möta behoven och grundlägga implementeringen	9
Uppdraget	10
Bakgrund	11
Hälsa	11
Hälsofrämjande och förebyggande	12
Hälsa hos barn och unga	12
Hur man kan beskriva ett hälsoprogram för barn och unga	13
Hälsouppföljning av barn och unga idag	14
Hälsoprogram kan vara mer rättvisande än hälsovårdsprogram	15
Hälsoprogrammets utformning	16
Den tredelade modellen för ett jämlikt och likvärdigt hälsoprogram	16
Hälsofrämjande och förebyggande	17
Övriga perspektiv som också behövs i programmet	17
Metod	18
Samverkan och dialog	18
Genomgång av litteratur	18
Förslag på hur ett nationellt hälsoprogram för barn och unga kan tas fram	19
En gemensam målbild visar riktningen	19
Innehållet i hälsobesöken, hälsosamtalen och föräldraskapsstödet tas fram i temaområden	20
Evidensbaserad kunskap bidrar till hälsoprogrammet	21
Särskilda områden som behöver ges utrymme i hälsobesök och hälsosamtal	21
Hälsoprogrammet tas fram i ett medskapande	24
Föreskrifter tas fram parallellt	24
Indikatorer tas fram i samband med kunskapsstöden	24

Tidsplan för att ta fram hälsoprogrammet	25
Aktörer som medverkar i att ta fram hälsoprogrammet	27
Myndigheter.....	27
En nationell arbetsgrupp	27
Centrala verksamheter.....	27
Barn och unga.....	30
Kommunal och regional kunskapsstyrning	30
Reglering av hälsofrämjande och förebyggande insatser ger förutsättningar för likvärdighet.....	31
Vad bör regleras i föreskrifter?.....	31
Reglering av elevhälsans medicinska insatser	32
Juridiska förutsättningar för tandvård	33
Implementering av hälsoprogrammet.....	34
Framgångsfaktorer för implementering.....	34
Implementering i förhållande till utformning av programmet	36
Stöd för implementering	37
Tidsplan för implementering.....	39
Indikatorer för uppföljning	40
Indikatorer för barns och ungas hälsa i relation till programmet.....	41
Indikatorer för uppföljning av implementering och följsamhet till programmet	42
Långsiktig förvaltning och utveckling av programmet.....	43
Uppdrag som säkrar att programmet kompletteras, utvecklas och förvaltas.....	44
Styrkor och risker med förslagen.....	45
Hälsoprogrammet kan i viss mån bidra till att uppnå nationella mål.....	45
Uppskattning av resurser för att ta fram ett hälsoprogram.....	47
Innehållet i hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskapsstöd	47
Utforma hälsoprogrammet i samverkan	47
Ta fram föreskrifter	48
Projektsamordning	48
Arbetet med implementering och förvaltning behöver resurser	48
Övriga identifierade behov i relation till programmet	49
Tekniska lösningar	49
Gemensam digital yta för hälsoprogrammet	49
Förståelsen av olika begrepp inom området	50
Referenser	51
Bilaga 1 Sammanfattning från delredovisningen av uppdraget	59
Bilaga 2. Aktörer som deltagit i samverkan och dialog.....	61

Sammanfattning

Det här är en slutredovisning av Socialstyrelsens uppdrag om en förstudie av ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Slutredovisningen innehåller slutsatser ifrån en tidigare delredovisning (se bilaga 1), samt ett utvecklat resonemang om både analys och förutsättningar för ett nationellt hälsoprogram för barn och unga.

I arbetet med förstudien har Socialstyrelsen haft samverkan och dialogmöten med ett stort antal aktörer om deras synpunkter på ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Det finns en samsyn i att det är viktigt att stödja barn och unga till en god hälsa. Det finns också en samsyn i utgångspunkter och omfattning av hälsoprogrammet. Sammantaget utgör det en bra grund för att ta fram ett hälsoprogram för barn och unga.

Helhetssyn på hälsa innebär att flera verksamheter behöver delta

Ett nationellt hälsoprogram för barn och unga syftar till att uppnå en sammanhållen, regelbunden och jämlik hälsouppföljning för barn och unga från fosterlivet till 20 års ålder. Hälsoprogrammet kan ses som en viktig del i samhället för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

De verksamheter som ingår i arbetet med hälsoprogrammet är primärvården inklusive mödravården, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna, samt tandvården och elevhälsans medicinska insatser. En helhetssyn på hälsan innebär att fler aktörer än hälso- och sjukvården behöver medverka i arbetet med att ta fram hälsoprogrammet. Därför behöver även övriga elevhälsan, skolan, förskolan och socialtjänsten medverka när det tas fram.

Kärnan i ett nationellt hälsoprogram för barn och unga utgörs av hälsobesök med undersökningar och hälsosamtal, och föräldraskapsstöd.

Målet är att barn och unga lättare får tillgång till de insatser som de behöver för att kunna förbättra eller vidmakthålla sin hälsa.

De verksamheter som arbetar med hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskapsstöd, får genom hälsoprogrammet ett efterfrågat stöd till att arbeta kunskapsbaserat och med ett förtydligt uppdrag.

Hälsoprogrammet ska också ses som en del i den omställning till god och nära vård som sker idag, med primärvården som nav.

Hälsoprogrammet utformas efter barns och ungas behov

Ett nationellt hälsoprogram för barn och unga behöver utformas efter hur hälsan ser ut och varierar bland barn och unga. Genom att först utgå från barns och ungas behov, och därefter ta ställning till vilken aktör som är

lämplig för att möta behoven, ökar förutsättningarna för att hälsoprogrammet får ett ändamålsenligt innehåll.

Det nationella hälsoprogrammet för barn och unga bör utformas utefter följande principer:

- Innehållet bör utformas efter barns och ungas behov ur ett hälsoperspektiv.
- Hälsoprogrammet bör ge möjlighet till ökad kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet.
- Hälsoprogrammet bör vara standardiserat och kunskapsbaserat.

Innehållet tas fram utifrån bästa tillgängliga kunskap

Arbetet med att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga startar med att ta fram en gemensam målbild, för att definiera vad hälsoprogrammet ska uppnå. Det ökar förutsättningarna för ett jämlikt och sammanhållet erbjudande till barn och unga.

Därefter genomförs arbetet med att ta fram kunskapsstöd med bästa tillgängliga kunskap, som kommer att ligga till grund för innehållet i hälsobesök och hälsosamtal och föräldraskapsstöd. Det är ett omfattande arbete med olika temaområden.

Arbetet med att ta fram hälsoprogrammet ska involvera många aktörer och ske i dialog med dem. Processen i sig är värdefull som grund i den kommande implementeringen.

Socialstyrelsen bedömer att hälsoprogrammet kan tas fram inom en tidsram på fyra år.

Reglering av hälsoprogrammet

Parallellt med arbetet med bästa tillgängliga kunskap, tas föreskrifter om hälsoprogrammet fram.

Föreskrifter kan innehålla bestämmelser om både innehållet och omfattningen av hälsoprogrammet för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga. Det ger förutsättningar för en mer likvärdig vård och hälsa, oavsett var i landet man bor och vilken tillgång man har till vård.

Föreskrifter ger en ökad tydlighet om vad som ska göras och är en grund för tillsyn.

Ett hälsoprogram för barn och unga kommer att omfatta fler lagar utöver hälso- och sjukvårdslagen. Det gäller främst skollagen, där elevhälsan regleras. Det kan även gälla tandvårdslagen, eftersom tandvård föreslås ingå i hälsoprogrammet. Även socialtjänstlagen kan komma att beröras, eftersom socialtjänsten är en viktig medaktör till hälsoprogrammet.

Socialstyrelsen kan ta fram föreskrifter för att reglera hälsoprogrammet, om myndigheten får bemyndigande att göra det.

Det behövs en nationell strategi för att implementera hälsoprogrammet

En strategi för implementering ska tas fram under den senare delen av arbetet med att ta fram hälsoprogrammet. Det är arbetet med att ta fram och utforma hälsoprogrammet som ligger till grund för en god implementering. Innehållet i programmet, eventuella behov av förändrade arbetssätt och hur förutsättningarna ser ut, behöver vara kända innan en strategi för implementering kan tas fram.

Centralt för strategin blir att beskriva vad som görs, lokalt, regionalt och nationellt, samt vilka nyckelaktörer som behöver involveras i att stödja implementering på de olika nivåerna.

Hälsoprogrammet följs med indikatorer

Indikatorer för att följa upp hälsoprogrammet kan tas fram tidigast i samband med att man tar fram bästa tillgängliga kunskap och hälsoprogrammets delmål. Det beror på att indikatorerna behöver följa av innehållet i hälsoprogrammet, för att vara träffsäkra.

En indikatorbaserad uppföljning av ett hälsoprogram för barn och unga kommer dock under överskådlig tid vara begränsad på grund av att det saknas registerdata och att enkäter inte alltid kan ge hela bilden.

Data för att följa barns och ungas hälsa är också betydelsefullt, men det finns begränsningar i att använda hälsomått för att bedöma kvaliteten i hälso- och sjukvårdens insatser.

Bred medverkan för att möta behoven och grundlägga implementeringen

Det är ett omfattande och komplext arbete att ta fram ett sammanhållet hälsoprogram för barn och unga som möter barns och ungas behov på ett ändamålsenligt sätt. Förutsättningarna att lyckas ökar sannolikt med dels en strukturerad metod för att ta fram bästa tillgängliga kunskap, och dels dialoger och samarbete om hur programmet ska formas. Det är därför nödvändigt att de professioner, kompetenser och aktörer från olika verksamheter och organisationer som är involverade i att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga medverkar. Det är även angeläget att barn och unga och föräldrar medverkar.

Socialstyrelsen är ansvarig för att ta fram programmet. Andra myndigheter som behöver medverka är framförallt Folkhälsomyndigheten, Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.

Kunskaps- och verksamhetsperspektiven behöver också ingå, och perspektiven från berörda huvudmän.

Fler aktörer kan behöva involveras under arbetets gång.

Uppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att se över hur ett nationellt program av hälsofrämjande och förebyggande karaktär, ett hälsoprogram, för barn och unga bör utformas och implementeras [1]. Socialstyrelsen benämner detta, i förstudien och framgent för ett ”hälsoprogram”. Socialstyrelsen bedömer att det är ett mer rättvisande begrepp än det tidigare använda begreppet ”hälsovårdsprogram”.

I uppdraget ingår följande:

- Ge förslag på en tidsplan för hur hälsoprogrammet kan tas fram och implementeras.
- Ge förslag på hur hälsoprogrammet kan implementeras.
- Genomföra en översiktlig analys av vilka delar av hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga som bör regleras i föreskrift.
- Ge förslag angående indikatorer för uppföljning av hälsoprogrammet på struktur- och processnivå, liksom indikatorer för att följa barns- och ungas hälsa i relation till hälsoprogrammet.

Förstudien ska enligt uppdraget göras i samverkan med Folkhälsomyndigheten (FOHM), Skolverket, Specialpedagogiska myndigheten (SPSM) och Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF). Vidare ska uppdraget ske i dialog med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), kommuner och regioner, såsom Nationellt system för kunskapsstyrning, samt med enskilda och kommunala skolhuvudmän, liksom med barn och unga samt med professionsföreningar och patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

I uppdraget till Socialstyrelsen anges att hälsoprogrammet ska [1]:

- inkludera primärvården, inklusive mödrahälsovården och barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och elevhälsans medicinska insatser
- vända sig till samtliga barn och unga och syfta till att möta barn och ungas behov av hälso- och sjukvård oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi
- inkludera hälsofrämjande och förebyggande insatser som rör både fysisk, psykisk och sexuell hälsa
- inkludera förebyggande insatser för att tidigt upptäcka våldsutsatta barn och unga.

Vidare, ska hälsoprogrammet också ta hänsyn till rådande folkhälsopolitiska och jämställdhetspolitiska mål.

Utgångspunkten för förstudien ska vara förslagen från utredningen *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, SOU (2021:34), där ett av förslagen för att nå behoven hos barn och unga och åstadkomma en mer effektiv och preventiv hälso- och sjukvårdsorganisation var att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram.

Bakgrund

Det finns ett engagemang för barns och ungas hälsa, internationellt sett. I Sverige blev FN:s konvention om barnets rättigheter svensk lag den 1 januari, 2020 [2, 3] [4, 5]. I FN:s Agenda 2030 identifierades 17 hållbarhetsmål som syftar till att alla människor kan uppnå sin potential, i värdighet och jämlikhet, i en hälsosam miljö. Ett av de målen, mål 3, handlar om att säkra möjlighet till ett liv med god hälsa och främja välbefinnande för alla, i alla åldrar [6]. WHO-UNICEF-Lancet kommissionen betonar betydelsen av att sätta barnen i centrum för FN:s hållbarhetsmål, med hänsyn till de utmaningar som ligger i framtiden, såsom klimatförändringar, migration och konflikter [7].

Det är också beskrivet att händelser som sker i barn- och ungdomen har stor bäring på en individs hälsa över livet, där tidiga investeringar i barns är värdefulla både för barns hälsa, utveckling och utbildning och för samhället i stort [7-12].

Utformning av policies och interventioner med syfte att förbättra hälsa, kan ses som beroende av hur man definierar hälsa [13]. Definitionen av hälsa är därför betydelsefull i sammanhanget.

Hälsa

En definition av hälsa är den av WHO från år 1948 som lyder

Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte enbart frånvaro av sjukdom eller skada.

WHO:s definition var en följd av insikten av att man även behövde inkludera dem som inte var akut sjuka i uppfattningen om hälsa [14]. Det är även den definition av hälsa som Socialstyrelsen grundar sig på i definitionen av hälsa i sin termbank [15].

Det kan dock vara värdefullt att i detta sammanhang lyfta komplexiteten i förståelsen av begreppet hälsa, och hur hälsa har beskrivits i en del vetenskaplig litteratur, utan att göra anspråk på en heltäckande beskrivning. Teoretiskt sett har man exempelvis funnit invändningar mot WHO:s definition, som att den ansetts vara alltför visionär och omöjlig att uppnå, svår att använda operativt och så bred att den inbegriper aspekter utanför det mätbara. Relationen mellan välbefinnande och hälsa är inte heller helt klarlagd. Många alternativa definitioner till WHO:s har diskuterats i litteraturen, både ur filosofiska och policy-orienterade perspektiv [13]. Hälsa har också relaterats till en individs förmåga och funktion (eng. ”capability”) [16]. I Ottawa Charter från år 1986 utvecklar WHO också begreppet hälsa till att det ska ses som en resurs och inte ett mål [17].

I praktiken har man sett att vårdgivare och mottagare av vård kan ha olika uppfattning om vad hälsa innebär, liksom mottagare av vård som befinner sig i olika faser av livet [18].

Sammanfattningsvis kan man säga att hälsa är något som kan förstås på olika sätt beroende av både kontext och syfte.

Hälsofrämjande och förebyggande

Det finns också olika sätt att se på skillnaden mellan hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, som är beroende av hur man ser på relationen mellan hälsa- och sjukdom [4, 5]. Man kan se det som möjligt att främja hälsa utan att förebygga sjukdom [19]. Hälsofrämjande ("health promotion") definierades vid den första internationella WHO-konferensen i Health Promotion i Ottawa Charter som [17]:

Den process som ger förutsättningar för människor att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa.

I Ottawa Charter säger man också att det hälsofrämjande är större än hälso- och sjukvården och att hälsan bör tas hänsyn till vid fattande av policybeslut i alla sektorer och nivåer i samhället. Vid den nionde internationella WHO-konferensen i Health Promotion i Shanghai, sattes det hälsofrämjande inom ramen för Agenda 2030 [20].

Sjukdomsförebyggande kan, till skillnad från det hälsofrämjande, ses som att det riktas till individer med riskfaktorer, och relateras oftare till den medicinska/biologiska modellen av hälsa [19]. I Socialstyrelsens termbank, finner man uttrycket förebyggande hälso- och sjukvård, som definieras som åtgärder som syftar till att bevara god hälsa, förhindra uppkomst av sjukdom, skada eller försämrat hälsotillstånd [15].

Värdet av att hälso- och sjukvården agerar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande har lyfts i flera sammanhang [17, 21, 22]. Det finns också beskrivet inom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [23].

Inom området hälsofrämjande användes också begreppet hälsolitteracitet, [24]. En definition av hälsolitteracitet är att den inkluderar den kunskap och kompetens som möjliggör för en individ, genom organisationella strukturer och resurser, att få tillgång till, förstå, värdera och använda information på ett sätt som både främjar och upprätthåller god hälsa och välbefinnande [25].

Hälsa hos barn och unga

Internationellt sett, har epidemiologin hos barn och unga genomgått ett skifte vad gäller åldersstrukturer, orsak och fördelning av hälsa, sjukdom och död, de senaste två årtiondena. Ett exempel på det är att prevalensen av infektioner har sjunkit, och därmed har andra hälsoproblem fått större relativ betydelse, såsom skador och icke-smittsamma sjukdomar [26].

Hälsan hos barn och unga i Sverige har av flera bedömts som generellt god [27-30]. Det finns dock vissa områden som har givits uppmärksamhet på senare tid. Prevalensen av barn diagnostiserade med fetma har ökat 2-3 gånger de senaste tio åren [31]. Bilden av ökande övervikt och fetma i de yngre åldersgrupperna delas av data från ULF, redovisade av Folkhälsomyndigheten [32] [33]. Även den psykiska hälsan hos barn och

unga har lyfts, liksom skillnader i hälsa mellan olika grupper av barn och unga [28, 34]. I utredningen Börja med barnen! anger man att det saknas uppgifter om hur hälsan ser ut hos barn och unga i befintliga hälsoregister [35].

Hur man kan beskriva ett hälsoprogram för barn och unga

Med ett program kan man mena en uppsättning relaterade aktiviteter som har ett särskilt, långtgående mål. Det finns hälso- och sjukvårdsprogram för barn och deras familjer i ett antal länder med liknande intention som vår förstudie avser. Enligt litteraturen finns det ingen internationell konsensus om hur sådana insatser för att främja och följa hälsa hos barn i ett preventivt hälsoprogram bäst genomförs [36].

Olika hälsoprogram för barns hälsa med preventiv inriktning kan beskrivas utifrån ramverk [36]. Ett exempel på ett sådant ramverk beskriver ett hälsovårdsprogram för barn och unga utifrån två typer av faktorer: strukturella och mer klinikrelaterade.

Strukturella faktorer:

- Hur programmet regleras och styrs.
- Hur programmet finansieras.
- Vilka professioner som är inkluderade i programmet.
- Programmets tillgänglighet.

Klinik-relaterade faktorer:

- Vilken profession som är i kontakt med familjen
- Vårdkoordinatören (dvs. om insatser i programmet ges till både akuta och kroniska tillstånd i och av samma vårdenhet).
- Helhetsyn (dvs. om alla insatser genomförs i ett program som omfattar utvecklingen hos barnet, socioemotionella, utbildningsmässiga och sociala faktorer).
- Longitudinalitet (dvs. om det är samma vårdgivare som barnet och dess familj möter över tid).
- Familjecentrering (dvs. om programmet inkluderar familjen och den sociala kontexten).

Vidare kan programmen vara i form av exempelvis en strategi eller en policy. Det finns forskning som pekar på att programmen bäst kommer till sin rätt om de ges i samverkan mellan hälsosektorer, utbildningssektorer och sociala sektorer i samhället [36].

Olika tillvägagångssätt beskrivs för programmen. Det ena erbjuder en preventiv vård till hela populationen, enligt principen om proportionell universalism. Det andra riktar sig till en del av populationen med viss risk att utveckla ohälsa. Idén om proportionell universalism innebär att man ger universella insatser, men med insatser som tillåts variera efter behov och därigenom minskar ojämlikhet i hälsa [37].

Hälsouppföljning av barn och unga idag

Styrningen av de insatser som idag görs för barn och unga i preventivt syfte sker främst genom regionala och nationella vägledande dokument [38-41]. I dokumenten är det beskrivet när och vad som genomförs av hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga. Beskrivningarna är generellt sett tänkta som stöd för professionerna i sin respektive verksamhet. Hälsobesöken i elevhälsan, regleras i skollagen (2010:800), och är därmed tvingande för huvudman.

Inom mödrahälsovården beskrivs sammanlagt 13 besök och i barnhälsovården 13 besök. Elevhälsan ska enligt 2 kap. 27 § skollagen erbjuda minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan. Varje elev i sameskolan ska erbjudas minst två hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller. Varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska erbjudas minst ett hälsobesök som innefattar en allmän hälsokontroll. Eleven ska dessutom mellan hälsobesöken erbjudas undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller. För tandvården saknas beskrivning av antal besök, men det är vanligt att barn och unga erbjuds besök vartannat år [38, 39, 41, 42]. Ungdomsmottagningarna erbjuder inte något hälsobesök och det saknas också en nationell styrning för ungdomsmottagningarnas insatser.

Enligt 25 § skollagen ska det för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan finnas elevhälsa. Den ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Vidare beskrivs att det ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog, kurator och specialpedagog eller speciallärare. Det finns dock inte någon beskrivning i lagen av vad tillgång innebär. Huvudmannen har möjlighet att anpassa omfattningen av elevhälsan utifrån lokala behov och förutsättningar. Det måste dock finnas tillgång till personal inom elevhälsan i den utsträckning som krävs för att skolan ska kunna ge eleverna de insatser de behöver.

Tillgång till vård är en kvalitetsaspekt som ofta beaktas inom hälso- och sjukvård, och som kan definieras på olika sätt [43]. Sammantaget har tillgängligheten till de preventiva insatserna för barn och unga setts variera över landet [30, 43]. Utöver de professioner som är beskrivna i skollagen, kan det även finnas annan legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal i skolan, som arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Hälsoprogram kan vara mer rättvisande än hälsovårdsprogram

Socialstyrelsen föreslår att begreppet ”hälsoprogram” används istället för ”hälsovårdsprogram”. I flera av förstudiens många dialoger framkommer att hälsovårdsprogram som begrepp kan uppfattas som begränsande. Utifrån resonemanget om att det hälsofrämjande arbetet för barn och unga inte enbart är hälso- och sjukvårdens ansvar och att fler aktörer behöver medverka i arbetet, så kan begreppet hälsoprogram i stället vara mer rättvisande.

Begreppet hälsovårdsprogram kan signalera att innehållet till störst del inbegriper utredning och behandling, vilket inte blir samstämmigt med det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet och ambitionen med programmet. Med ordet *vård* i hälsovårdsprogram, finns det dessutom en risk att programmet tolkas som enbart hälso- och sjukvårdens ansvar. Det gäller framförallt för elevhälsans medicinska insatser, men även andra aktörer som inte omfattas av regionens eller kommunens ansvar för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). När det gäller elevhälsan, så ska fokus inte vara hälso- och sjukvårdande insatser i snäv bemärkelse, utan hälsofrämjande och förebyggande insatser i ett bredare perspektiv [44].

Invändningar mot begreppet hälsoprogram å andra sidan, kan vara att hälso- och sjukvårdens professioner och verksamheter har stark förankring till ordet *vård*. Att lyfta ut ordet *vård* skulle, i ett sådant resonemang, kanske riskera att ändra betydelsen av innehållet i hälsoprogrammet. Samtidigt finns många exempel i landet där hälso- och sjukvården har ändrat benämningen på vårdcentraler till hälsocentraler, utan att det vårdande innehållet har ifrågasatts eller ändrats.

Hälsoprogrammets utformning

Ett nationellt hälsoprogram för barn och unga syftar till att uppnå en sammanhållen, regelbunden och jämlik hälsouppföljning hos barn och unga från fosterlivet till 20 års ålder. Hälsoprogrammet har en helhetssyn på hälsa och är främst hälsofrämjande och förebyggande. Kärnan i ett nationellt hälsoprogram för barn och unga utgörs av hälsobesök, hälsosamtal, och föräldraskapsstöd. Hälsoprogrammet kan också ses som en viktig del i samhället för att både främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Socialstyrelsen föreslår att ett nationellt hälsoprogram för barn och unga bör utformas utefter följande principer:

- Innehållet i hälsoprogrammet bör utformas utefter barns och ungas behov ur ett hälsoperspektiv.
- Hälsoprogrammet bör ge möjlighet till ökad kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet.
- Innehållet i hälsoprogrammet bör vara standardiserat och kunskapsbaserat.

För ett sådant hälsoprogram, där ett antal olika verksamheter arbetar med en uppsättning av relaterade aktiviteter, är det betydelsefullt att skapa en gemensam målbild. Den övergripande målbilden konkretiserat i delmål bidrar i tydlighet om vad hälsoprogrammet ska uppnå. Delmålen kan sedan användas vid utformningen av indikatorer för uppföljning, med både process, struktur och resultatmått. Med hjälp av en tydlig styrning av hälsoprogrammet stöds hälso- och sjukvårdslagens mål om en jämlik vård.

Hälsoprogrammet är en del i den omställning till god och nära vård som sker idag, med primärvården som nav.

Socialstyrelsen bedömer att ett hälsoprogram för barn och unga skulle vara ett viktigt kunskapshöjande verktyg som bidrar till en jämlik och god hälsa hos barn och unga, som förebygger psykisk och fysisk ohälsa och som bidrar till barns och ungas utveckling.

Den tredelade modellen för ett jämlikt och likvärdigt hälsoprogram

Hälsoprogrammet behöver utformas med insatser på olika nivåer, för att på ett adekvat sätt kunna möta olika förutsättningar och behov hos barn och unga, samt vårdnadshavare ur ett jämlikhetsperspektiv. Det framkommer i Socialstyrelsens samverkan och dialoger att det skulle vara gynnsamt med en tredelad modell, motsvarande den som barnhälsovården utformat i Rikshandboken, men för hela uppväxten från fosterlivet till och med 20 års ålder. En sådan modell kan öka förutsättningarna till en jämlik och likvärdig hälsovård för barn och unga [41].

En utgångspunkt för den tredelade modellen är principen för proportionell universalism. Det innebär att man ger universella insatser men som tillåts variera efter behov och därigenom minskar ojämlikhet i hälsa [37]. I en

tre delad modell nås alla barn och unga genomgående av hälsofrämjande och förebyggande insatser på universell, selektiv och indikerad nivå.

I en sådan modell kan man tydliggöra vilka undersökningar, samtal och insatser som erbjuds till alla. Där kan även framgå hur man kan identifiera ytterligare behov, som kan vara både tillfälliga eller bestå över tid, och vad man då behöver göra. Det kan gälla kompletterande besök eller samverkan mellan olika verksamheter. Modellen blir därmed både ett arbetsverktyg och ett stöd till vårdgivare att utföra sitt arbete till en likvärdig kvalitet.

Hälsofrämjande och förebyggande

I Socialstyrelsens dialoger inför delrapporten framkom synpunkter om att hälsoprogrammet borde breddas till att omfatta fler verksamheter än primärvården inklusive mödrahälsovården, barnhälsovården och ungdomsmottagningar, samt elevhälsans medicinska insatser. De ytterligare verksamheter som framförallt avses är tandvården, socialtjänsten, hela elevhälsan, förskolan och skolan. I dialogerna uttrycks att möjligheterna att ge ändamålsenliga hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga skulle öka med dessa aktörer engagerade i ett nationellt hälsoprogram för barn och unga [45].

Även utredningen *God och nära vård* (SOU 2019:19) beskrev att det breda hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet måste inkludera andra områden än enbart hälso- och sjukvården [21].

Övriga perspektiv som också behövs i programmet

Ett hälsoprogram som riktas till stora delar av befolkningen bör utformas också med stöd av den kunskap som arbetats fram genom många år av nationell uppföljning inom folkhälsopolitiken. Folkhälsopolitiken i Sverige har som övergripande mål att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen, och att utjämna de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation [46, 47] [22]. Det är rimligt att hälsoprogrammet relaterar till det övergripande folkhälsopolitiska målet att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation [22].

Det övergripande målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv [48]. Övriga hänsyn som bör tas inom hälsovårdsprogrammet gäller det nationella målet för funktionshinderspolitiken, handlingsplanen för hbtqi-personers lika rättigheter och möjligheter, samt det ungdomspolitiska målet [49-51].

Metod

Samverkan och dialog

I arbetet med förstudien har Socialstyrelsen haft samverkan och dialogmöten med ett stort antal aktörer om deras synpunkter på ett nationellt hälsoprogram för barn och unga.¹

Enligt uppdraget ska det utföras i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Socialstyrelsen har under arbetets gång haft samverkansmöten med nämnda myndigheter, både gemensamt och i mindre grupperingar. I samverkan har även underlag till text mottagits.

Dialogmöten har också genomförts med Sveriges kommuner och regioner (SKR) och med nätverk som SKR samordnar. Genom samverkan i partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård, så har regionernas nationella system för kunskapsstyrning med nationella programområden NPO och nationella arbetsgrupper, NAG, som är relevanta för uppdraget, engagerats i dialogmöten.

Professionsföreningar som är involverade i hälsovården för barn och unga har bjudits in till två digitala workshoppar.

Patientföreningar och liknande organisationer har bjudits in till dialogmöten.

Genomgång av litteratur

Förslagen i utredningen Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34), har varit utgångspunkt för förstudien.

I arbetet med förstudien har Socialstyrelsen också tagit del av och kartlagt befintliga, kunskapsstöd, vägledningar och liknande dokument som ligger till grund för hur hälsovården för barn och unga ser ut idag. Internationella exempel på liknande program för barn och unga har setts över, liksom ett liknande arbete i Västerbotten. Viss annan litteraturgenomgång inom området har skett.

¹ Se bilaga 1 med lista på aktörer.

Förslag på hur ett nationellt hälsoprogram för barn och unga kan tas fram

Plan för att ta fram programmet

Först tas en övergripande gemensam målbild fram, som definierar vad hälsoprogrammet som helhet ska åstadkomma.

Därefter tas de kunskapsstöd som ligger till grund för innehållet i hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskapsstöd fram, liksom indikatorer för uppföljning.

Parallellt med kunskapsstöden tas eventuella föreskrifter fram.

Hälsoprogrammet utformas utifrån behov och i ett medskapande av alla berörda aktörer. Samverkan, delaktighet, personcentrering och samordning av innehållet till ett ändamålsenligt program är centrala uppgifter. Inför att hälsoprogrammet tas fram och sedan löpande kommer dialog med huvudmännen genomföras.

Hälsoprogrammet kan tas fram inom fyra år.

Ett nationellt hälsoprogram för barn och unga behöver utformas efter hur hälsan ser ut och varierar bland barn och unga.

Genom att först utgå från barns och ungas behov, och därefter ta ställning till vilken aktör som är lämplig för att möta behoven, ökar förutsättningarna för att hälsoprogrammet får ett ändamålsenligt innehåll. I realiteten kan det betyda att vissa insatser som en aktör genomför idag, kan komma att utföras av en annan aktör inom ramen för hälsoprogrammet. Ytterst handlar det om att barn och unga får möta rätt kompetens och resurs för sina behov.

Ett omvänt arbetssätt, med utgångspunkt ifrån de idag ingående aktörernas verksamhet, kan riskera att vissa behov inte identifieras och att hälsoprogrammets innehåll blir mindre ändamålsenligt.

En gemensam målbild visar riktningen

Arbetet med att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga startar med att ta fram en gemensam målbild.

Med en gemensam målbild blir det tydligt, för de ingående verksamheterna och målgrupperna, vad hälsoprogrammet förväntas uppnå. Det har framkommit både i utredningen Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. (SOU 2021:34) och i arbetet med denna förstudie. Idag saknas en sådan gemensam målbild för de ingående verksamheterna [30, 45].

Målbilden bör gå i linje med de folkhälsopolitiska och jämställdhetspolitiska målområdena [52, 53]. Målbilden kan sedan brytas ned i delmål, som i ett senare skede kan användas vid uppföljningen av det nationella hälsoprogrammet.

Innehållet i hälsobesöken, hälsosamtalen och föräldraskapsstödet tas fram i temaområden

Hälsobesöken med undersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd utgör kärnan i det nationella hälsoprogrammet. Tillsammans ger de ett samlat stöd för barnets och den unges hälsa.

Arbetet med att ta fram hälsoprogrammet kommer att delas upp i temaområden, vilket ger struktur åt arbetet med att ta fram innehållet. Temaområdena baseras på dagens innehåll i mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och elevhälsans medicinska insatser, och sådant som framkommit som utvecklingsområden. Varje temaområde ska omfatta tiden från fosterlivet till 20 års ålder. Mänskliga rättigheter och icke-diskriminering i relation till hälsa ska vara ett grundläggande perspektiv i alla temaområden.

Temaområdena kan formuleras så här:

- tillväxt
- munhälsa och tandvård
- språk- och kommunikationsutveckling
- psykomotorisk utveckling
- syn och hörsel
- övrig fysisk hälsa, inklusive höfter och rygg
- sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)
- psykisk hälsa
- livssituation och social hälsa
- riskfaktorer och skyddsfaktorer, säkerhet och förebygga våld
- levnadsvanor
- föräldraskapsstöd.

Det är möjligt att dela in temaområdena på annat sätt, beroende på hur man väljer att belysa olika aspekter av hälsa.

Inom varje temaområde ska evidensbaserad eller erfarenhetsbaserad kunskap tas fram, vilket resulterar i rekommendationer och stöd.

Det är rimligt att utgå från de hälsobesök och hälsosamtal och föräldraskapsstöd som utförs idag. Innehållet i dessa ska granskas systematiskt utifrån evidens och erfarenhetsbaserad kunskap. Det är också angeläget att identifiera vilka eventuella insatser som inte görs idag, men som kan vara viktiga för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Flera temaområden kan arbeta parallellt. Det bör leda till en god framdrift och samordningsvinster. Det är lämpligt att dela upp antalet temaområden i två omgångar, eftersom det sannolikt blir ett alltför omfattande arbete att

driva alla temaområden samtidigt. Det är också viktigt att samtliga involverade parter är överens om vem som gör vad och att olika kunskapsstödande material som tas fram kompletterar varandra istället för att konkurrera. En tidsplan för arbetet med att ta fram programmet illustreras i bild 1.

Evidensbaserad kunskap bidrar till hälsoprogrammet

Kunskapsunderlag från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) skulle bidra till förutsättningarna att ta fram programmet med en god kvalitet.

Utredningen *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* föreslog att SBU ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter och aktörer göra kunskapssammanställningar om hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn och unga om fysisk och psykisk hälsa. Utredningen menade vidare att underlagen ska bidra till utvecklingen av det nationella hälsoprogrammet för barn och unga, och att uppdraget bör ges under en period av flera år för att underlätta samverkan och genomförande av projektet [54]. Socialstyrelsen instämmer i utredningens förslag.

Särskilda områden som behöver ges utrymme i hälsobesök och hälsosamtal

Socialstyrelsen vill särskilt lyfta betydelsen av att inkludera och utveckla följande områden i ett nationellt hälsoprogram för barn och unga.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

Under barn- och ungdomstiden är SRHR ett centralt område för hälsa och välbefinnande [55-59]. Det skriver även FN:s barnrättskommitté som vägleder i frågor om barnkonventionen [3, 60]. SRHR-området synliggör en rad områden som är viktiga i ett hälsoprogram för barn och unga, varav jämställdhet och hbtqi²-frågor utgör en stor och viktig del för jämlik hälsa [48, 61-65].

Det finns också evidens för att SRHR är viktig för den generella hälsan och har påverkan på den psykiska hälsan [66, 67].

Den nationella strategin för SRHR fastställer att arbetet med SRHR bidrar till att uppfylla det folkhälsopolitiska målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen [68].

Sveriges definition av SRHR lyder:

Sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, och inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Därför bör ett positivt förhållningssätt till sexualitet och reproduktion bekräfta den roll som njutbara sexuella relationer, tillit och kommunikation spelar för självkänslan och det allmänna välbefinnandet. Alla människor har rätt att fatta beslut om sina

² Hbtqi-personer är ett samlingsbegrepp som innefattar homo- och bisexuella, transpersoner, queera personer och personer med intersexvariation

egna kroppar och ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som stödjer den rätten. (Folkhälsomyndigheten, 2020)

Två av de mest centrala arenorna för att arbeta med SRHR bland unga är ungdomsmottagningarna och elevhälsan [39, 69]. Inom dessa arenor finns redan ett pågående arbete som inte följs upp eller erbjuds riktat kunskapsstöd. I syfte att stärka SRHR bland unga behöver ett kunskapsbaserat och uppföljningsbart hälsofrämjande arbete utarbetas och utvecklas.

De nya läroplanerna för sexualitet, samtycke och relationer utgör basen för det hälsofrämjande arbetet kring SRHR på gruppnivå, men på individnivå saknas en sådan grund [70, 71].

Studier har visat att detta kan göra att elever med en socialt utsatt situation inte får det stöd de behöver och att de folkhälsopolitiska målen om jämlika förutsättningar till SRHR inte uppnås [72, 73]. Kunskapsbaserade hälsosamtal om SRHR inom elevhälsan och ungdomsmottagningar skulle till exempel handla om information och reflektion om sexualitet, relationer, sexuella rättigheter, frihet och egenmakt, hbtqi-perspektiv, sexuell kommunikation och samtycke samt frågor om hiv, sexuellt överförda infektioner, menstruation och reproduktion.

Hälsosamtalen bör ha en koppling till nationella målen i SRHR-strategin och det är viktigt att samtalen justeras och anpassas efter ålder och förutsättningar, samt verkar för kompensatoriska insatser för unga i socialt utsatta miljöer eller i hedersmiljö.

Munhälsa

Munsjukdomar hos barn och unga har stor betydelse för deras hälsa och välbefinnande. Exempelvis kan obehandlade kariesskador leda till värk och infektion som skapar problem med att äta och sova och påverkar barns och ungas livskvalitet negativt [74, 75]. Under de första levnadsåren är barn i större risk att få kariesskador i sina tänder, och de kariesskador som uppstår riskerar att utvecklas mycket snabbt [76]. Att tidigt utsättas för sjukdomar i munnen ökar också risken för problem med dålig munhälsa senare i livet [77-79]. Dålig munhälsa hos vuxna har även visat sig ha ett samband med andra sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes.

Barn som har ökad risk vad gäller den allmänna hälsan löper oftast även ökad risk för karies [80, 81]. Tidiga hälsofrämjande och förebyggande insatser är därför mycket viktiga för att ge barn de bästa förutsättningarna för en bra hälsa.

Ansvar för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande åtgärder mot munsjukdomar ligger i första hand hos tandvården men är starkt kopplat till annat hälsofrämjande och förebyggande arbete som utförs inom andra delar av hälso- och sjukvården. Munsjukdomar hos barn har starkast samband med ohälsosamma matvanor och bristande munhygien och kan således förväntas ha gemensamma skydds- och riskfaktorer med andra hälsoaspekter [82-84]. Socialstyrelsen föreslår därför att munhälsa och tandvård för barn och unga blir en del av det nationella hälsoprogrammet för barn och unga.

Tandvård och munhälsa i det nationella hälsoprogrammet kan handla om

- vad som behöver undersökas och vid vilka åldrar
- att identifiera skydds- och riskfaktorer för en god munhälsa
- vilka åtgärder som behöver vidtas för att främja en god munhälsa
- vilka åtgärder som behöver vidtas när en sämre munhälsa upptäckts
- att samverka med andra verksamheter inom hälsovården för barn och unga.

Föräldraskapsstöd

Stöd i föräldraskapet bör ingå i det nationella hälsoprogrammet med målsättningen att alla föräldrar eller andra viktiga vuxna kring barnet ska erbjudas föräldraskapsstöd under barnets hela uppväxt i enlighet med den nationella strategin för ett stärkt föräldraskapsstöd. Enligt den nationella strategin för ett stärkt föräldraskapsstöd är föräldraskapsstöd definierad som olika insatser, aktiviteter och verksamheter riktade till föräldrar som stärker föräldraförmågan och relationen mellan förälder och barn [85].

Det föräldraskapsstödjande arbetet syftar därför till mer jämlika förutsättningar för ett gott föräldraskap och för fysiskt och psykiskt välbefinnande hos barn och unga. Vägledning och stöd till föräldrar måste ges med hänsyn till föräldrars olika förutsättningar och behov. Föräldrars egna svårigheter kan påverka föräldraförmågan. I syfte att ge rätt stöd till barn och förälder är det särskilt viktigt att identifiera sådana riskfaktorer i familjen. Föräldrars egna svårigheter, negativa uppfostringsstrategier och en konfliktfylld hemmiljö har samband med flest problemutfall [86]. Därför behöver samtliga av dessa faktorer adresseras i de föräldraskapsstödjande insatserna [87].

Föräldraskapsstöd kan därmed ha en positiv effekt på föräldraförmåga, föräldrabarnrelationen och barns utagerande beteende [88].

Föräldraskapsstödet kan handla om

- hembesök
- individuella samtal
- föräldragrupper
- att följa och stödja föräldrars psykiska hälsa.

Exempel på viktiga områden som bör täckas är

- stöd till fysisk, psykisk och sexuell och reproduktiv hälsa
- rättigheter inklusive att motverka hederskultur
- ANDTS-frågor.

Förebygga våld

Stöd för att upptäcka barn och unga som är utsatta för våld och stöd för att förebygga våld mot barn och unga är en angelägen del av innehållet i ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Utsatthet för våld kan vara en orsak till ohälsa eller ogynnsam utveckling hos barn och unga. Det finns olika typer av våld, såsom fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Försummelse och när barn bevittnat våld mot närstående räknas också som våld. Barn och unga utsätts även för hedersrelaterat våld och förtryck, där framförallt flickor och kvinnor samt hbtqi-personer är särskilt utsatta. Samtidigt kan även pojkar och unga män vara utsatta, både som offer och att de tvingas vara utövare av

våldet och förtrycket. Barn och unga med funktionsnedsättning löper också en högre risk för att utsättas för våld [89-91]. Våld i unga parrelationer behöver uppmärksammas. I unga parrelationer där våld förekommer är sexuellt våld vanligt. Konsekvenserna av våldet kan också vara mer skadliga i en ung parrelation. Våldsutsatthet eller våldsutövande under ungdomstidens kritiska utvecklingsfas påverkar möjligheterna till en framgångsrik övergång till vuxenlivet, vilket i sin tur riskerar att få negativa konsekvenser längre fram i livet [92].

Stödet i ett nationellt hälsoprogram kan bestå av flera olika delar, såsom

- rekommendationer om att systematiskt fråga om våld
- metoder för samtal om våldsutsatthet
- metoder för att identifiera tecken på våldsutsatthet hos både vårdnadshavare och barnet eller den unge.

Hälsoprogrammet tas fram i ett medskapande

Det är ett omfattande och komplext arbete att utforma, ta fram och implementera ett nationellt hälsoprogram som vänder sig till alla barn och unga och som är sammanhållet från fosterlivet till 20 års ålder.

Förutsättningarna ökar sannolikt om relevanta aktörer möts i gemensamma dialoger och med en vilja att skapa lösningar. Det kan underlättas av en kreativ och samtidigt strukturerad arbetsmetod, som utgår ifrån förståelse för mottagarens, det vill säga barns och ungas och barns vårdnadshavares behov och upplevelser, men även medarbetarnas och utförarnas perspektiv på utmaningarna, så kallad tjänstedesign eller servicedesign [93].

Föreskrifter tas fram parallellt

Arbetet med att ta fram föreskrifter bör pågå samtidigt med det övriga. Det förutsätter att Socialstyrelsen får juridiska förutsättningar att ta fram föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga, i enlighet med förslag från utredningen *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga*. Föreskriftsarbetet kan använda sig av arbetet med hälsoprogrammet som helhet för att löpande identifiera mer exakt vad föreskrifterna ska bestå av och vilken detaljnivå som är lämplig. Det innebär samordningsvinster jämfört med om föreskrifterna skulle tas fram i ett eget sammanhang.

Vidare behövs även närmare reglering av elevhälsans medicinska insatser samt tandvårdens insatser för barn och unga.

Indikatorer tas fram i samband med kunskapsstöden

Socialstyrelsen har en lång erfarenhet av att ta fram indikatorer för hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Dessa är dock i övervägande grad

indikatorer som mäter vårdens och omsorgens insatser samt resultatet av dessa.

I flera fall tas indikatorer fram som är kopplade till olika typer av kunskapsstyrning. Det kan gälla nationella riktlinjer och andra vägledningar. Socialstyrelsen tar även fram indikatorer som mer visar på utvecklingen av vården och omsorgen, som i Öppna jämförelser eller brukarundersökningar.

Vad gäller ett hälsoprogram kan därför insatser och resultat av dessa i vissa fall följas upp utifrån Socialstyrelsens modell. Däremot har myndigheten ingen erfarenhet av att koppla indikatorer till hälsa. Det området hanteras främst av Folkhälsomyndigheten genom arbetet kring uppföljning av befolkningens hälsa och den stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet som de utvecklat. Ett framtagande av indikatorer för att följa upp hälsoprogrammet bör därför ske i nära samverkan mellan myndigheterna.

Tidsplan för att ta fram hälsoprogrammet

Socialstyrelsen bedömer att det är möjligt att ta fram ett nationellt hälsoprogram på fyra år. Därefter bör det finnas en grund för innehållet i hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskapsstöd. Det bör också finnas stöd för samverkan, delaktighet och personcentrering. En målbild bör vara framtagen och indikatorer för uppföljning av barns och ungas hälsa, liksom indikatorer för att följa hälsoprogrammets implementering.

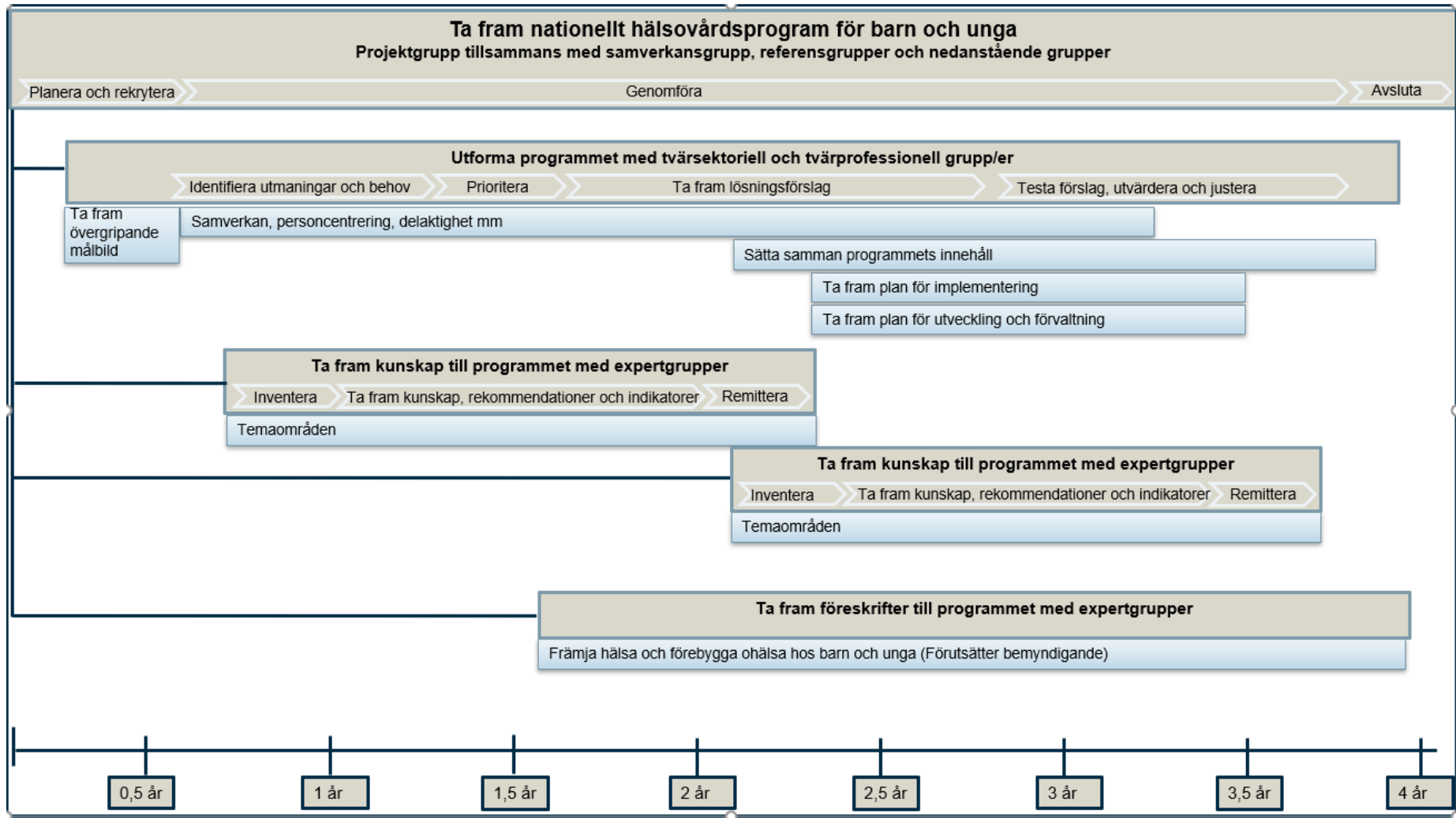
Ett arbete som detta har inte tidigare gjorts, varför uppskattningen av volymen och tiden för arbetet bygger på tidigare erfarenheter av att ta fram kunskapsstöd.

Att utforma processen så att den blir ändamålsenlig förutsätter ett brett medskapande i dialog med relevanta aktörer och målgruppen. Detta arbete behöver starta något innan arbetet med att ta fram kunskapsstöd, för att sedan pågå parallellt och en liten tid efter att kunskapsstöden är klara.

Processen för att ta fram föreskrifter och indikatorer pågår parallellt med det övriga arbetet.

Se bild 1 för illustration av tidsplanen.

Bild 1 Illustration av plan för att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga



Aktörer som medverkar i att ta fram hälsoprogrammet

Myndigheter

Socialstyrelsen är huvudansvarig för att ta fram programmet. Folkhälsomyndigheten, Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och länsstyrelserna behöver medverka i framtagandet. Andra myndigheter kan också komma att behöva medverka i framtagandet.

En nationell arbetsgrupp

En nationell arbetsgrupp som är tvärprofessionell och tvärsektoriell, med representation av barn och unga och deras familjer, kommer att arbeta med frågor som rör samverkan, delaktighet och personcentrering. Det kommer med stor sannolikhet även att handla om andra ämnen som identifieras i processen, eftersom syftet är att identifiera behov och ta fram ändamålsenliga lösningar. Denna grupp kan också användas för att stämma av arbetet i övrigt och att bidra i hälsoprogrammets utformning som helhet. Arbetsgruppen verkar löpande över hela tiden för framtagandet av hälsoprogrammet.

Centrala verksamheter

Verksamheter som identifierats som centrala i arbetet med att ta fram hälsoprogrammet är mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser, och ungdomsmottagningarna, såsom redovisat i delrapporten [45]. Övriga primärvården, tandvården, socialtjänsten, förskolan och skolan är verksamheter som också behöver medverka i arbetet med att ta fram programmet. I framtagandet av ett nationellt hälsoprogram behöver också barn och unga ges tydlig möjlighet till delaktighet. Både kunskaps- och verksamhetsperspektivet behöver ingå, liksom berörda huvudmäns. Utöver dessa nämnda kan ytterligare andra verksamheter behöva inkluderas utefter arbetets gång.

Tandvården

Socialstyrelsen föreslår att munhälsa och tandvård för barn och unga blir en del av det nationella hälsoprogrammet för barn och unga. Det är angeläget med bakgrund i att tandvården är en del av hälso- och sjukvården. Det betyder att förtydliga dels tandvårdens hälsofrämjande och förebyggande erbjudande för barn och unga, dels hälso- och sjukvårdens roll för en förbättrad munhälsa hos barn och unga, samt hur tandvården och hälso- och sjukvården samverkar och samordnar sitt arbete med munhälsa och tandvård.

Det finns en enighet om att det är lämpligt att inkludera munhälsa och tandvård för barn och unga i det nationella hälsoprogrammet. Det framkommer tydligt i Socialstyrelsens dialoger med bland andra

professionsföreträdare för tandvård för barn och unga, NPO³ Tandvård, liksom med övriga professions- och verksamhetsrepresentanter. Idag saknas det ett nationellt program som skulle kunna ge förutsättningar till ökad jämlikhet för tandvård för barn och unga. Munhälsan är inte heller en tillräckligt beskriven del i den befintliga hälsouppföljningen i mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser idag och det saknas tydlighet kring samverkan.

Socialtjänsten

Socialstyrelsen föreslår att socialtjänsten medverkar i arbetet med att identifiera behov och vilka hälsofrämjande och förebyggande insatser som behöver ingå i det nationella hälsoprogrammet för barn och unga. I det ingår också att medverka i arbetet med att ta fram stöd för samverkan.

Socialtjänstens perspektiv och kunskap om barns och ungas och familjers förutsättningar och behov är värdefulla för att utforma ett hälsofrämjande och förebyggande hälsoprogram för barn och unga, inkluderat föräldraskapsstöd. Här kan det finnas vissa grupper av barn och unga som särskilt behöver beaktas, utifrån behov.

Socialstyrelsen bedömer att det finns goda förutsättningar för socialtjänsten att medverka när hälsoprogrammet tas fram. Det finns ett engagemang och en vilja att socialtjänsten medverkar, vilket har framkommit i dialogerna under arbetet med förstudien. Man menar att det är klokt att inkludera socialtjänsten, eftersom det ger bättre förutsättningar att ge en helhetssyn på hälsa. I första hand syftar socialtjänstens medverkan till att utforma hälsoprogrammet i de delar där det utifrån socialtjänstens roll faller sig naturligt, såsom kring föräldraskapsstöd. Under arbetets gång kan det bli aktuellt att ta ställning till om det är lämpligt att socialtjänsten har ansvar för vissa delar i hälsoprogrammet, eller om det är mer lämpligt att dessa delar snarare behöver förtydligas i en samverkan med hälsoprogrammet.

Socialtjänstens medverkan i hälsofrämjande och förebyggande arbete för barn och unga och deras familjer, ligger också i linje med förslaget om en ny socialtjänstlag som lades fram av utredningen Framtidens socialtjänst (SOU 2020:47). Utredningen föreslår att socialtjänsten ska ha ett förebyggande perspektiv, vilket bland annat syftar till att förhindra eller motverka behov av mer ingripande insatser [94]. Socialtjänstens förebyggande arbete skulle kanske kunna utvecklas och realiseras i viss mån inom ett nationellt hälsoprogram för barn och unga.

Elevhälsan, skolan och förskolan

Socialstyrelsen föreslår att elevhälsan, skolan och förskolan medverkar i arbetet med att identifiera barns och ungas behov och vilka hälsofrämjande och förebyggande insatser som behöver ingå i hälsoprogrammet, samt att ta fram stöd för samverkan. I skollagen framgår att elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser, och främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas. Enligt en ändring i tillämplig bestämmelse i

³ NPO=Nationellt programområde i regionernas system för kunskapsstyrning

skollagen som träder i kraft i juli 2023 ska elevhälsans arbete bedrivas på individ-, grupp- och skolenhetsnivå och ske i samverkan med lärare och övrig personal. Elevhälsan ska vara en del av skolans kvalitetsarbete.⁴ Vid behov ska elevhälsan samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det har framkommit synpunkter i dialogerna att det inte är lämpligt att dela elevhälsans medicinska insatser från övriga elevhälsan. Elevhälsan arbetar bäst som en samlad funktion, med den medicinska, den psykologiska, den psykosociala och den specialpedagogiska insatsen. Därtill pågår det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i stor utsträckning i klassrummet och i skolan som helhet. Detta arbete är inte enbart elevhälsans ansvar. Pedagogerna är viktiga vuxna som är närvarande i barns och ungas vardag.

Förskolan har positiva effekter på barns hälsa och utveckling, men det saknas en tydlig samverkan mellan förskolan och barnhälsovården. Förskolan ser många av barnen och har även ofta en inblick i familjerna, eftersom de flesta barnen går i förskola. Det finns en potential att uppnå mer samordnade hälsofrämjande och tidiga förebyggande insatser, när förskolan och barnhälsovården samverkar [95-97].

Socialstyrelsen bedömer att det finns förutsättningar för att hela elevhälsan, skolan och förskolan medverkar i utformningen av hälsoprogrammet. Det är angeläget att den kompetens och perspektiv om hälsofrämjande och förebyggande arbete som skolan har, bidrar till utformningen av hälsoprogrammet. Det har framkommit i Socialstyrelsens dialoger under arbetet med förstudien. Man uttrycker också att den största fördelen med ett nationellt hälsoprogram skulle vara att samla hälsofrågor, kunskap och metoder som gäller i hela landet, samt stöd för vem som gör vad. Man menar att det är viktigt med förtydliganden och standardiseringar av hälsobesök och hälsosamtal för en mer likvärdig elevhälsa.

En farhåga som har lyfts i dialogerna är en risk för ökade förväntningar och krav på insatser som inte faller inom ramen för skolans och förskolans huvudsakliga syfte och uppdrag. Syftet med utbildningen inom skolväsendet är att barn och elever ska inhämta och utveckla kunskaper och värden, samt främja utveckling och lärande samt en livslång lust att lära, 1 kap. 4 § skollagen (2010:800). Fullföljda studier är en viktig faktor för hälsa och behöver vara ett likvärdigt mål som andra mål med barnets hälsa och utveckling.

En annan farhåga som har lyfts från några av övriga professionsföreträdare och verksamhetsföreträdare från hälso- och sjukvården är att arbetet med hälsoprogrammet riskerar att förlora fokus på hälsofrämjande och förebyggande hälsovård, och att det kan bli för omfattande och svårt att ta fram och att genomföra hälsoprogrammet om elevhälsan, skolan och förskolan medverkar. De menar dock samtidigt, att det är nödvändigt att dessa verksamheter finns med i en uttalad samverkan, för att hälsoprogrammet ska bli ändamålsenligt.

Socialstyrelsen föreslår därför, utifrån alla ovanstående synpunkter, att hela elevhälsans, skolans och förskolans medverkan i första hand syftar till

⁴ Se 25 § skollagen (2010:800).

att utforma hälsoprogrammet utifrån barns och ungas behov som identifieras och att utforma samverkan mellan ingående aktörer. Under arbetets gång kan det visa sig finnas behov som bedöms relevanta att ingå i hälsoprogrammet, men som inte tillgodoses av någon aktör idag. Då kan det bli aktuellt att ta ställning till vilken eller vilka aktörer som ska ha ansvaret.

Barn och unga

Barn, unga och vårdnadshavare har värdefull och unik kunskap om sina behov och hur de kan mötas. De behöver engageras på lämpligt sätt.

Även patient-, brukar och anhörigorganisationer behöver medverka. De har också värdefull kunskap om barns och ungas perspektiv.

Kommunal och regional kunskapsstyrning

De professioner som är verksamma inom respektive verksamhet har kunskap som är värdefull för ett arbete med att ta fram ett hälsoprogram. Genom samverkan i partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård så är samarbetet med de nationella programområdena och de nationella arbetsgrupperna centrala för ett ändamålsenligt arbete med att både ta fram och implementera hälsoprogrammet. Professionsföreningar bör även bjudas in att delta i arbetet. Även andra kompetenser och roller som kan stödja verksamheterna är värdefulla i arbetet, såsom folkhälsoplanerare och de centrala mödrahälsovårds- och barnhälsovårdsenheterna.

Hälsoprogrammet ska grundas på vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap. Därför behövs experter och forskare inom olika områden medverka i framtagandet. Regionernas kunskapsstyrningsorganisation med nationella programområden och nationella arbetsgrupper, är centrala för ett ändamålsenligt arbete med att både ta fram och implementera hälsoprogrammet. Regionala programområden kan också vara viktiga att engagera i arbetet.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) behöver medverka i arbetet med hälsoprogrammet. Olika relevanta nätverk och arbetsgrupper som bedrivs i SKR:s regi är också värdefulla för dialog och förankring.

Inför och sedan löpande under tiden när hälsoprogrammet tas fram kommer dialog att föras med beslutsfattare i regioner och kommuner om hälsoprogrammet och hur det utformas.

Det är angeläget att de är väl informerade och får möjlighet att framföra synpunkter. På så sätt kan förutsättningarna öka att hälsoprogrammet formas även utifrån de praktiska förutsättningarna, vilket sedan underlättar implementeringen av hälsoprogrammet.

Reglering av hälsofrämjande och förebyggande insatser ger förutsättningar för likvärdighet

Föreskrifter ger förutsättningar för en ökad likvärdighet

Innehållet i och omfattningen av hälsoprogrammet behöver regleras närmare. Socialstyrelsen kan ta fram föreskrifter om myndigheten får bemyndigande att göra det.

I uppdraget ingår att Socialstyrelsen ska göra en översiktlig analys av vilka delar av hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa som bör regleras i föreskrifter. Uppdraget baserar sig på förslag från utredningen *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34), om en mer detaljerad reglering av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete till barn och unga.

En fråga som bör ställas när en myndighet överväger att ta fram nya föreskrifter på ett område är om det är just fler regler som behövs för att få en förändring till stånd. Det kan även finnas andra styrmedel att tillgå, t.ex. styrning med kunskap eller ekonomiska styrmedel. Hänsyn behöver även tas till den kommunala självstyrelsen och att eventuella framtida regler som inskränker självstyrelsen framstår som proportionerliga och nödvändiga.

Ett sammanhållet nationellt hälsoprogram för barn och unga ger förutsättningar för en mer likvärdig vård och hälsa för barn och unga oavsett var i landet de bor, eller vilken skola eller vårdgivare de valt. Socialstyrelsen har gjort bedömningen att nya föreskrifter, kopplade till det nationella hälsoprogrammet, ger förutsättningar för en sådan likvärdighet som beskrivs ovan. Reglerna bedöms även leda till en ökad tydlighet om vilka insatser som barn och unga har att förvänta sig från hälso- och sjukvården. Slutligen utgör reglerna en grund för tillsyn och uppföljning av de aktuella verksamheterna. Flera av de aktörer Socialstyrelsen har haft kontakt med har uppgett att det finns ett behov av bindande regler.

Sammantaget finner Socialstyrelsen att det finns ett behov av nya föreskrifter på området och att fördelarna med en sådana nya regler överväger nackdelarna vi har vägt in, som att den kommunala självstyrelsen inskränks.

Vad bör regleras i föreskrifter?

Eventuella föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga bör reglera vilka insatser som hälso- och sjukvården ska erbjuda alla barn och unga från fosterlivet till 20 års ålder. Idag erbjuds olika typer av insatser till barn och unga inom ramen för

främst följande verksamheter: mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser, ungdomsmottagningar och övrig primärvård. Det är också troligt att dessa verksamheter även fortsättningsvis kommer att vara de som erbjuder sådana insatser som i framtiden finns i hälsoprogrammet och behöver då regleras i föreskrift som omfattar hälso- och sjukvårdens ansvar i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Det är väsentligt att Socialstyrelsen och Skolverket samarbetar vid framtagandet av en författning och att den behöver relateras till de nya bestämmelserna i skollagen (2010:800) som träder i kraft 2023, och som särskilt lyfter att elevhälsan ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande.

Nedanstående redogörelse innehåller en översiktlig analys av vilka insatser riktade mot barn och unga som kan vara lämpliga att reglera i föreskrifter. Det bör noteras att Socialstyrelsen kan ta fram sådana föreskrifter under förutsättning att det införs ett bemyndigande i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) där det framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga i enlighet med de lagförslag som lämnades av utredningen *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga*. Inom ramen för ett eventuellt arbete med att ta fram sådana föreskrifter kommer Socialstyrelsen att närmare analysera vilka insatser kopplat till hälsoprogrammet som behöver regleras. I denna rapport beskriver myndigheten ett övergripande förslag på innehåll.

Kontinuerliga hälsobesök med hälsouppföljning och hälsosamtal

Det kan bli aktuellt att i föreskrifterna översiktligt reglera hälsobesöken och dess innehåll.

Anpassade insatser efter ålder och behov

Föreskrifterna kan behöva innehålla bestämmelser om att vissa insatser erbjuds till alla, medan andra delar ges vid behov och t.ex. ta hänsyn till olika utvecklingsstadier under uppväxten. Vissa insatser behöver vara riktade mot vissa åldersgrupper.

Tvärprofessionell samverkan

I föreskrifterna kan det bli aktuellt att på något vis reglera att olika professioner behöver involveras i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Ytterligare delar kan tillkomma

Under arbetet med att ta fram hälsoprogrammet kan det framkomma ytterligare delar som kan vara lämpliga att reglera i föreskrifter.

Reglering av elevhälsans medicinska insatser

Elevhälsans medicinska insatser är en del av den kontinuerliga hälsouppföljningen av barn och unga. Från det år barnet börjar förskoleklass tillkommer ansvaret för hälsouppföljning på elevhälsans medicinska insatser.

När barnet ska börja skolan lämnar barnhälsovården över hälsoinformation om barnet, och elevhälsans medicinska insatser utför hälsobesök och hälsosamtal under skoltiden. Denna period sträcker sig från 6 års ålder och utgör därmed en stor del av barnets och den unges uppväxt.

Elevhälsan, dess innehåll och omfattning, regleras i 2 kap. 25–28 §§ skollagen (2010:800). Där anges till exempel att elevhälsan främst ska vara förebyggande och hälsofrämjande och omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. I skollagen finns även bestämmelser om bland annat minsta antalet hälsobesök och att elevhälsan ska kunna erbjuda enkla sjukvårdsinsatser. Det finns inga föreskrifter utöver skollagen som närmare anger innehållet i elevhälsans medicinska insatser.

I skollagen finns heller inget bemyndigande för regeringen eller myndighet att ta fram föreskrifter om specifikt elevhälsans verksamhet. I syfte att uppnå en sammanhållen och jämlik hälsovård för barn och unga från fosterlivet till 20 års ålder, där alla barn och unga har rätt till samma insatser, finns behov av att närmare reglera även innehållet och omfattningen av elevhälsans medicinska insatser. Detta är viktigt mot bakgrund av att syftet med hälsoprogrammet är att vara en sammanhållande enhet som binder samman de verksamheter inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser som idag utgör barn- och ungdomshälsovården. Socialstyrelsen behöver ett bemyndigande att ta fram föreskrifter om elevhälsans medicinska insatser i ett hälsoprogram.

Juridiska förutsättningar för tandvård

Enligt 5 § tandvårdslagen (1985:125) ska varje region erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom regionen. Det är folktandvården som enligt lagen ska svara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år de fyller 23 år (7 §).

Det kan finnas skäl att överväga om det på samma sätt som vid hälsouppföljning i hälso- och sjukvård bör finnas föreskrifter om hälsobesök för barn och unga i tandvården.

Socialstyrelsen behöver ett bemyndigande för att kunna ta fram föreskrifter om hälsobesök för barn och unga i tandvården.

Implementering av hälsoprogrammet

En nationell strategi för implementering utarbetas under tiden som hälsoprogrammet tas fram.

Socialstyrelsen bedömer att det är mest ändamålsenligt att ta fram en strategi för implementering tillsammans med relevanta aktörer baserat på hälsoprogrammets innehåll och omfattning.

Arbetet med att ta fram strategin för implementering kan sannolikt påbörjas redan under framtagandets senare fas, medan själva implementeringen följer efter detta

Centralt för strategin är att analysera och beskriva vad som görs, lokalt, regionalt och nationellt samt vilka nyckelaktörer som behöver involveras i att stödja implementering på de olika nivåerna.

Intresset för och forskning om implementering har ökat under det senaste decenniet, liksom insikten om att en ökad kunskap om implementering krävs för ett effektivt och kunskapsbaserat folkhälsoarbete.

Insikten har vuxit kring betydelsen av kunskap om implementering men även kring vilka hinder som kan stå i vägen för en lyckad implementering.

Kända och centrala hinder för implementering av större program eller kunskapsstöd är exempelvis följande:

- Det nya som ska implementeras är inte förenligt med andra åtaganden.
- Aktörerna föredrar andra metoder/arbetsätt.
- Aktörerna är upptagna med andra projekt.
- Aktörerna är beroende av andra som inte upplever det nya som särskilt viktigt.
- Ledarskapet är svagt och organisationen brister vad gäller stöd.
- Det som ska implementeras stämmer inte överens med lagar och förordningar.
- Aktörerna har otillräcklig politisk och administrativ makt.

Framgångsfaktorer för implementering

För att kunna utforma en strategi för implementering behöver man förstå följande [98, 99]:

- VAD – har metoden eller tjänsten som ska implementeras för egenskaper?
- VEM – vilka egenskaper behövs hos användarna eller målgruppen?
- HUR – ska det implementeras?
- VAR – ska det implementeras?

Forskning beskriver hur vissa centrala förutsättningar behöver finnas för att ny kunskap ska implementeras. Sådana förutsättningar är [100]

- relevanta kunskaper och färdigheter hos användarna, som om vad de ska göra och hur
- tydlig vinst, som att arbetet blir enklare eller att det finns en tydlig fördel för patienter eller klienter
- resurser, som ekonomi, material, mandat, ledarskap, stöd och teknik.

Kunskapsutvecklingen kring implementering har i stor utsträckning fokuserat på verksamma komponenter i den lokala kontexten där nya metoder implementeras. I mindre utsträckning har det undersökts hur olika nationella strategier, policys och handlingsplaner kan implementeras med förståelse för hela kedjan som befinner sig i ett eller flera system, för att förstå vilka centrala strategier som är mest ändamålsenliga. Eller med andra ord - hur en strategi och ett stöd skulle formuleras för att en nationellt framtagen produkt ska implementeras i en lokal svensk kontext på ett effektivt sätt genom hela kedjan.

Vissa studier finns på området men framför allt i den internationella litteraturen och där hälso- och sjukvårdssystemen skiljer sig väsentligt från det svenska. En av få svenska studier är skriven av Helena Strehlenert, 2017. Strehlenert finner framgångsfaktorer vad gäller satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” som möjliggjordes genom en ramöverenskommelse mellan dåvarande SKL och regeringen om *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*, där årliga överenskommelser träffats 2010–2014 [101]. Strehlenert beskriver bland annat framgångsfaktorer såsom en nationellt samordnande och stödjande funktion och ett adaptivt förhållningssätt där årliga utvärderingar låg till grund för nya överenskommelser under processens gång. Kommunikationen från nationell nivå spelade stor roll och balansen mellan styrning från nationell nivå och regionalt självbestämmande var viktig att hantera. Andra betydelsefulla faktorer visade sig vara nätverkande stödjande funktioner på regional nivå. Dessa bidrog till att göra implementeringen mer effektiv, öka förmågan till kunskapsutveckling och kvalitetsförbättringar på den lokala nivån [101].

I forskningslitteraturen beskrivs denna funktion som ”intermediaries” eller intermediärer, vilka har en stödjande och samordnade funktion mellan olika nivåer. Intermediärer är enkelt uttryckt en länk mellan aktörer som formulerar policys och strategier till verksamheter som erbjuder tjänsterna till invånare. Därmed ökar förutsättningarna till ett bättre utfall för invånarna. Intermediärer kan definieras på lite olika sätt och det finns inget entydigt sätt som beskriver dessa i litteraturen, eftersom forskningen bedrivs inom flera olika fält som statsvetenskap, samhällskunskap och implementeringsforskning [27].

Några av de vanligast beskrivna funktionerna hos intermediärer är att [102]

- vara en länk mellan aktörer som genererar kunskapsstöd, program, policys till de målgrupper som erbjuder tjänster till invånare
- utbilda målgrupper och stimulera intresse för en policy eller ett program

- bedöma evidensen i ett program och göra anpassningar utifrån en specifik kontext utifrån hur programmet passar in i gällande förutsättningar
- bidra till att implementering sker effektivt, med programtrohet och att system finns för att följa detta och att dessa upprätthålls
- bidra till att skapa generell kapacitet och förmåga till implementering som får nytta för andra initiativ
- bidra till att skala upp och sprida effektiva interventioner och arbetssätt
- möjliggöra kvalitetsförbättringar och kvalitetsmätningar
- utgöra stöd för utveckling av policys och system.

Spridning av information om programmet kan vara en viktig del av implementeringen. Vilken strategi som väljs för detta har betydelse och kan ske med passiva eller aktiva strategier.

Passiva spridningsstrategier kan vara informationsinsatser i form av publikationer och presentationer utan specifik målgrupp, medan aktiva spridningsstrategier kan vara riktad stöd och riktade informationsinsatser till specifika målgrupper och genom bestämda kanaler. Det kan vara webbplatser, vetenskapliga tidskrifter, olika medieaktiviteter, e-postdistribution, podcasts, webinarier, databasregistrering och marknadsföring. Kunskap och forskning inom området hälsokommunikation är en annan viktig informationskälla för spridningsaktiviteter [103].

Implementering i förhållande till utformning av programmet

Utifrån den samlade kunskapsbilden om implementering är det rimligt att själva utformningen, omfattningen och processen för framtagandet får en avgörande roll för implementeringen.

En strategi för implementering kommer att behöva utarbetas under tiden som hälsoprogrammet tas fram. Hänsyn behöver bland annat tas till hälsoprogrammets olika beståndsdelar, vilka målgrupper det riktar sig till samt vad det innebär för förändrade arbetssätt hos mottagaren. Dessa delar är centrala för att förstå implementeringsprocessen framåt. Det innebär samtidigt ett effektivt sätt att kunna arbeta med implementeringens faser redan under själva utformningen av hälsoprogrammet.

Huvudfokus för en strategi för implementering bör vara det stöd till implementering som kan ges från den nationella nivån. Det blir viktigt att identifiera nyckelaktörer, intermediärer, som kan bidra till implementering på den nationella, regionala och lokala nivån.

Förutsättningar för implementering behöver finnas på den lokala nivån där förändringarna ska ske, till exempel på en vårdenhet. Detta innebär att de olika regionala och lokala förutsättningarna hos huvudmännen och inom olika verksamheter hos huvudmännen kommer att få stor betydelse för implementeringen.

Ansvar för att implementera programmet ligger ytterst på huvudmännen, vårdgivarna, på den regionala och framför allt lokala nivån, där kunskapen ska användas i mötet med invånare, patienter, brukare och anhöriga. Stöd för

implementering på lokal nivå ligger ofta i linjeverksamheten, inom ramen för den egna verksamhetens uppdrag.

Implementeringen på den lokala nivån kommer att vara beroende av regionala beslut, prioriteringar, vårdavtal och ersättningsystem hos huvudmännen [103].

När det gäller större beslut inom kommuner och regioner är det kommun- respektive regionfullmäktige som fattar beslutet. Innan ett ärende kommer upp till beslut i fullmäktige har det först beretts av tjänstemän i förvaltningen och sedan behandlats av en politisk nämnd, en styrelse eller ett utskott. Politiska prioriteringar innebär också att beslut fattas utifrån ideologiska värderingar av behov [103].

Implementeringsstrategier kan sannolikt behöva formuleras på regional nivå och ta hänsyn till olika förutsättningar och regionala prioriteringar samt vilka nyckelaktörer som behöver involveras på regional nivå, utifrån vilka verksamheter som berörs. Denna bedömning görs bäst på respektive regional nivå.

Återigen blir detta beroende på programmets utformning, omfattning och innehåll. Ett mindre omfattande program där förändringarna inte blir betydande blir troligen mer möjligt att implementera inom ramen för ordinarie uppdrag. Om programmet innebär större förändringar i arbetsätt kan de gällande ersättningsystemen för berörda verksamheter påverka implementeringen och där blir de regionala förutsättningarna och regionala politiska beslut styrande samt hur vårdavtalen utformas.

I dialoger i förstudien har man påpekat skillnaden mellan ett mer tvingande innehåll i programmet, i förhållande till kunskapsstöd och rekommendationer som blir frivilliga för huvudmännen att implementera. Vilka delar av hälsoprogrammet som regleras i föreskrifter kommer att ha stor betydelse för implementeringen.

En nationell implementeringsstrategi bör ha huvudfokus på det stöd tillsammans med stödjande strukturer och den styrning som kan ske på nationell nivå. En sådan strategi utarbetas av Socialstyrelsen, samverkande aktörer, myndigheter och huvudmän under processen med att utforma hälsoprogrammet. Detta för att den ska bli ändamålsenlig och ha möjligt att fånga upp de olika behoven av stöd som efterfrågas från nationellt och regionalt håll.

Stöd för implementering

Socialstyrelsen kan stödja från nationellt håll med vissa delar inom ramen för sitt uppdrag. Tänkbart kan vara ett metodstöd i implementering från nationell nivå till olika regionala aktörer med uppdrag att stödja i implementering regionalt och lokalt. Ett sådant arbete skulle även kunna ske i samarbete med andra myndigheter. Organisationen för den nationella kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården behöver vara delaktig i arbetet med implementeringen av hälsoprogrammet.

För de delar av programmet som berör förebyggande socialtjänst finns de regionala samverkans- och stödstrukturerna, (RSS) som samordnas via SKR. De kan också utgöra en viktig kanal för spridning av kunskap till berörda målgrupper inom socialtjänsten på lokal nivå. Partnerskapet som verkar inom

kunskapsstyrningsfrågor för socialtjänst och näraliggande hälso- och sjukvård bör också vara involverade. De centrala mödra- och barnhälsovårdshälsoenheter som finns i de flesta regioner nämns i uppdraget för denna förstudie och fyller funktionen av intermediärer som nämns i tidigare avsnitt. Huruvida de bör och kan delta behöver utredas i dialog med regionerna. Dessa enheter har olika sammansättning och uppdrag runt om i landet och hur deras deltagande skulle kunna organiseras, resurssättas och avtalas om behöver utredas vidare i uppstarten av utformningen av programmet.

Inom en del områden saknas stödjande strukturer och intermediärer. Från 6 och upp till 20 år berörs många verksamheter inom primärvården som är mycket olika organiserade runt om i Sverige. Det är ungdomsmottagningar, barn – och ungdomsmedicinska mottagningar, första-linjen-mottagningar för psykisk hälsa, vårdcentraler/hälsocentraler, familjecentraler och elevhälsans medicinska insatser.

Socialstyrelsen har inom ramen för förstudien inte haft möjlighet att kartlägga hur de stödjande strukturerna ser ut för dessa verksamheter runt om i landet. Många aktörer har dock under förstudien pekat på behov att samordna arbetet från åldrarna 6–20 år på ett tydligare sätt. Detta för att effektivisera och stödja implementeringen för att öka möjligheter till mer jämlika förutsättningar att implementera programmet. Beroende på i vilken utsträckning programmet ska implementeras i elevhälsan och ungdomsmottagningar kan det finnas behov av sådana samordnade och stödjande funktioner. I arbetet med att ta fram en strategi för implementering är det viktigt att i dialog med skolhuvudmännen och regionerna undersöka möjligheter för detta.

För att ytterligare stödja implementeringen kan det övervägas om riktade statsbidrag enligt överenskommelser med regeringen som Socialstyrelsen haft i tidigare likande uppdrag kan vara aktuella.

Socialstyrelsen hade 2011–2021 i uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar [104] och ”Uppdrag om utvecklingsarbete i primärvården för att vid psykisk ohälsa förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor” [105]. Ett externt företag hade i uppdrag att utvärdera utvecklingsprojekten och det konstaterades att verksamheterna uppnått goda resultat i enlighet med statsbidragets syfte.

Enligt utvärderarens rapport har flera verksamheter lyft att statsbidraget har varit avgörande för att avsätta den tid som behövs för att genomföra verksamhetsutveckling och implementering av nya metoder och arbetssätt.

Utredningen *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, föreslog att regeringen bör ingå en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) när det gäller de praktiska och organisatoriska förutsättningarna för verksamheterna att implementera det nationella hälsoprogrammet [30].

Tidsplan för implementering

Tidsplanen för implementering kommer att vara avhängig tidsplanen för utformningen av hälsoprogrammet, dess innehåll, olika beståndsdelar samt omfattningen.

Som beskrivs i kapitlet om framtagandet av hälsoprogrammet är bedömningen fyra år. Socialstyrelsen bedömer att en nationell strategi för implementering av programmet utformas mest ändamålsenligt under den andra delen av denna fas, det vill säga mellan år 2 och 4. Innehållet i programmet har sannolikt blivit tillräckligt tydligt efter ca 2 år för att en strategi för implementering ska vara möjligt att börja arbeta med.

Arbetet med analys av förutsättningar för implementering i förhållande till programmets utformning samt vissa delar av stöd till implementering kan således påbörjas redan under utformningens senare fas medan själva implementeringen följer efter detta.

Indikatorer för uppföljning

- Det är betydelsefullt att följa hälsoprogrammet med hjälp av indikatorer på struktur-, process- och resultatnivå.
- En indikatorbaserad uppföljning av ett hälsoprogram kommer dock under överskådlig tid vara begränsad på grund av att det saknas registerdata och att enkäter inte alltid kan ge hela bilden.
- Data för att följa barns och ungas hälsa är betydelsefullt, men det finns begränsningar i att använda hälsomått för att bedöma kvaliteten i hälso- och sjukvårdens insatser.
- Indikatorerna behöver följa innehållet i hälsoprogrammet. Därför bör de arbetas fram i samband med att man tar fram hälsoprogrammets delmål och kunskapsstöd.

Enligt uppdraget ska förstudien lämna förslag till 1) struktur- och processindikatorer som kan användas för att bedöma implementering av och följsamheten till hälsoprogrammet och 2) hur en uppföljning av barns och ungas fysiska, psykiska och sexuella hälsa kan ske kopplat till en samlad uppföljning av det nationella hälsoprogrammet [1]. Med en indikator avses i denna förstudie ett mått enligt den definition som finns i Socialstyrelsens handbok för utveckling av indikatorer [106].

Indikatorer kan ha olika syften. De kan användas för att stödja huvudmän och utförare i kommuner och regioner i deras arbete med att förbättra verksamheterna, för att på så sätt uppnå en god vård och omsorg [106], men också för att följa hälsans utveckling i en viss befolkning. Det finns idag ingen sammanhållen nationell uppföljning av barns och ungas hälsa, eller av barn- och ungdomshälsovården på nationell nivå. Det finns kvalitetsregister för mödrahälsovården (Graviditetsregistret) barnhälsovården (Svenska Barnhälsovårdsregistret -BHVQ), elevhälsans medicinska insatser – (Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats -EMQ) och tandvården (Svenskt Kvalitetsregister för karies och parodontit SKaPa), men inget för ungdomsmottagningarna. Anslutningsgraden till BHVQ och EMQ är låg, delvis på grund av att registren inte längre betraktas som nationella kvalitetsregister eftersom de som registreras inte har en avgränsad sjukdom. Därför får de inte längre ekonomiskt stöd inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR [35]. Registren bedöms dock ha god potential och omnämns i flera statliga utredningar (t.ex. Börja med barnen!) och har tekniska plattformar som skulle kunna användas för uppföljning av hälsoprogrammet. Oklarheten kring registrens status, liksom indraget ekonomiskt stöd har bromsat upp arbetet med BHVQ och EMQ. I dagsläget är enbart ett fåtal regioner anslutna, men bland dessa är täckningsgraden hög.

Det kan finnas etiska och juridiska hinder att registrera samtliga barn i Sverige, eftersom en sådan registrering sikt riskerar att skapa ett totalregister

som dessutom innehåller upprepade mätningar av känsliga personuppgifter om barns och ungas hälsa och deras levnadsförhållanden. Ett alternativ till ett totalregister skulle kunna vara att göra stickprovsundersökningar och alltså följa ett urval av klasser, skolor, kommuner eller regioner.

Indikatorer för barns och ungas hälsa i relation till programmet

Enligt uppdraget ska förslag på indikatorer på barns och ungas hälsa i relation till programmet lämnas. Det kan finnas ett värde i sig självt att följa barns hälsa. I Socialstyrelsens arbete med indikatorer tar man fram sådana som förhåller sig till vårdens och omsorgens insatser. Att använda hälsa vid bedömningen av hur god en insats inom hälso- och sjukvården är har hög validitet [107]. Det finns dock begränsningar i att använda hälsomått vid kvalitetsbedömningar av hälso- och sjukvårdens insatser och tandvården. Två invändningar mot att använda hälsomått som indikator på hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kvalitet är dels att det finns andra faktorer som påverkar en individs hälsa utöver hälso- och sjukvården och tandvården, dvs. man kan förvänta sig en utspädd effekt [47, 108], och dels att det finns en osäkerhet i efter hur lång tid man kan förvänta sig att hälso- och sjukvården, och därmed också tandvården, har effekt [107]. Värdet av att utvärdera effekter av ett hälsoprogram behöver ytterligare förstås.

Att det behövs data för att följa barns och ungas hälsa har bedömts betydelsefullt av flera aktörer, som OECD [12, 35]. Socialstyrelsen har också ett pågående uppdrag att kartlägga datamängder inom hälsodataområdet, som kan anses vara av nationellt intresse [109].

Det har i dialogerna framkommit önskemål om att det är viktigt att indikatorerna för barns och ungas hälsa hellre är för få, än för många. Anledningen är att det då går att fokusera på att få till stånd datainsamling – via register eller enkäter på de mest väsentliga delarna. Det minskar även verksamheternas uppgiftslämnarbörda. De bör också vara validerade och evidensbaserade, med en belagd koppling mellan det som mäts under programmets gång och senare hälsoutfall, om de ska användas som en indikator på hälsoprogrammets effekt.

Exempel på områden där man skulle kunna börja se möjligheter till indikatorer är längd, vikt, tandhälsa, måluppfyllelse i skolan och psykisk hälsa. Datakällor som är befintliga, har potential men behöver utredas noggrannare är BHV-Q, EMQ, PrimärvårdsKvalitet (PVQ) och Boris. Ett nytt kvalitetsregister skulle kunna vara ett möjligt alternativ till befintliga datakällor.

Indikatorer för uppföljning av implementering och följsamhet till programmet

Med strukturindikatorer avser man generellt sett de resurser som verksamheten har till sitt förfogande, som lokaler, utrustning, personal, kompetens, riktlinjer och överenskommelser, och andra påverkbara förutsättningar för verksamheten. Med processindikatorer avser man, också generellt sett, de aktiviteter som genomförs, som insatser, åtgärder och behandlingar, men avser också hur aktiviteterna genomförs, dvs. kvaliteten i utförandet [106].

I dialogerna har framkommit exempel på sådana områden där det vore intressant med indikatorer relaterade till detta, som antal elever/profession, kompetensnivå hos professionen, tillgänglighet, tydlighet i ansvarsbeskrivning och samverkan, sammanhållen journalföring, genomförda besök. Dessa kan följas upp som mått.

Bedömningen är att det är önskvärt med en indikatorbaserad uppföljning av ett hälsoprogram. Man behöver dock ta med i beräkningen att den kommer att vara begränsad under en överskådlig tid på grund av att det dels saknas registerdata och dels att enkäter inte alltid kan ge hela bilden.

Socialstyrelsens erfarenheter från framtagande av indikatorer gällande kunskapsstöd i allmänhet säger att det som kan följas upp med registerdata oftast ger en bättre följsamhet. För att få en bättre bild av implementering, följsamhet och effekter av hälsoprogrammet kan indikatoruppföljningen även behöva kompletteras med kvalitativa utvärderingar.

Långsiktig förvaltning och utveckling av programmet

En plan för långsiktig förvaltning och utveckling utarbetas under tiden som hälsoprogrammet tas fram.

Socialstyrelsen bedömer att en plan för långsiktig förvaltning och utveckling av hälsoprogrammet behöver tas fram tillsammans med relevanta aktörer och baseras på hälsoprogrammets innehåll och omfattning.

Socialstyrelsen bör utifrån planen för långsiktig förvaltning och utveckling få i uppdrag att i samarbete med relevanta aktörer komplettera, utveckla och förvalta hälsoprogrammet.

Hälsoprogrammets omfattning och komplexitet är det främsta skälet till att planen för långsiktig förvaltning och utveckling behöver tas fram parallellt med att hälsoprogrammet tas fram. Det är nödvändigt att involverade aktörer samverkar, för att planen ska bli ändamålsenlig.

Ett nationellt hälsoprogram som är menat att omfatta fosterlivet till 20 års ålder innebär att det är många verksamheter, professioner och organisationer som är ansvariga för och engagerade i att programmet likvärdigt erbjuds alla barn och unga.

Hälsoprogrammet kommer troligen att bestå av flera ingående delar, som en gemensam målbild, en eller flera föreskrifter och flera kunskapsstöd med eller utan rekommendationer. Med stor sannolikhet kommer dessutom ytterligare kunskapsstöd med eller utan rekommendationer att behövas ta fram efter att hälsoprogrammet tagits fram. Vilka dessa är och förslag på plan för att ta fram dem, bör också ingå i den långsiktiga planen för förvaltning och utveckling.

Kopplat till hälsoprogrammet kommer sannolikt ytterligare stöd, modeller och verktyg av olika slag behöva utvecklas, för att komplettera, underlätta och tydliggöra arbetet för de verksamheter som utför hälsoprogrammet.

De ingående delarna behöver placeras på en gemensam digital plats, för att ytterligare stärka att hälsoprogrammet är tillgängligt, sammanhållet och jämlikt.

En tydlig struktur för förvaltning och utveckling av alla dessa ingående delar och digitala stöd behöver tas fram. Socialstyrelsen bedömer att en kommande struktur för förvaltning och utveckling av hälsoprogrammet kan komma att involvera flera aktörer. Socialstyrelsen är en naturlig aktör i och med sin roll som förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör bland annat hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst. Föreskrifter och kunskapsstöd som tas fram inom Socialstyrelsens regi faller inom myndighetens förvaltningsansvar.

Ytterligare stöd, modeller och verktyg som utvecklas och kopplas till hälsoprogrammet kan tas fram, förvaltas och utvecklas av andra aktörer, som nationella programområden (NPO) och nationella arbetsgrupper (NAG) inom ramen för regionernas organisation för kunskapsstyrning.

Även andra myndigheter, som Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd och E-hälsomyndigheten kommer att ha viktiga roller i framtagandet, utvecklingen och förvaltningen av hälsoprogrammet.

En samlad organisation för utveckling och förvaltning borgar för kvalitet och ett gemensamt ansvar för att hälsoprogrammet implementeras i verksamheterna [54].

Uppdrag som säkrar att programmet kompletteras, utvecklas och förvaltas

Det kommer att krävas ytterligare tid och arbete för att etablera strukturen för fortsatt förvaltning och utveckling.

Det kommer också att krävas mer tid och arbete för att komplettera hälsoprogrammet med vissa kunskapsstöd som sannolikt kvarstår att tas fram efter att de 4 åren med att ta fram hälsoprogrammet har passerat.

Socialstyrelsen föreslår därför att uppdrag för detta ges utifrån den långsiktiga planen för förvaltning och utveckling.

Styrkor och risker med förslagen

Det förslag vad gäller hälsoprogrammets struktur och uppbyggnad som här har lagts fram, har flera styrkor. Hälsoprogrammet har sin utgångspunkt i barns och ungas behov med avseende på hälsa och med en helhetssyn på hälsan, samt ett förtydligt hälsofrämjande perspektiv. Hälsoprogrammet behöver också förmå att inkludera förståelsen av hälsa på både grupp-, och individnivå, såväl som agera utifrån både det medicinska och hälsofrämjande perspektivet.

Hälsoprogrammet i detta förslag omfattar olika huvudmän och verksamheter. Dessa olika aktörer har idag uppdrag, kultur och mål för sitt arbete som ibland skiljer sig åt och det kan vara utmanande att implementera ett hälsoprogram i en sådan varierande miljö. Det kan också komma att behövas allokering av resurser för att uppnå den önskvärda struktur som möter barns och ungas behov. Vid framtagandet och implementeringen av detta hälsoprogram behöver en noga avvägning göras gentemot de ingående verksamheternas och aktörers förutsättningar.

Om man i hälsoprogrammet förmår inkludera förståelsen av hälsans bestämningsfaktorer, bör även det bli en styrka. Avgränsning av vad ett nationellt hälsoprogram kan uppnå behöver också förstås, eftersom det finns faktorer som påverkar barns och ungas hälsa som ligger utanför hälsoprogrammets påverkansmöjligheter.

När det gäller uppföljning av hälsoprogrammet, finns det fördelar med att vilja mäta progression, både vad gäller barns och ungas hälsa, liksom hur väl arbetet med att arbeta hälsofrämjande framskrider, men det finns även etiska och juridiska aspekter att ta hänsyn till vid en sådan uppföljning. I bästa fall kan man uppnå synergi-effekter mellan verksamheter med hjälp av uppföljning, men man bör också ta med en eventuellt ökad arbetsbelastning för att hantera den.

Vad beträffar förhoppningen att uppnå bättre samverkan med hjälp av förslaget, så är det av godo om hälsoprogrammet bidrar med en förtydligad beskrivning av ansvarsfördelning mellan aktörer. Det finns olika förutsättningar över landet som kan utmana hälsoprogrammets möjlighet att bidra till samverkan.

I övrigt, kan det i detta läge som förstudien har arbetat, vara svårt att förutse alla styrkor och risker som föreligger i de gällande förslagen eftersom ett nationellt program av denna art bär många perspektiv att ta hänsyn till, men främst därför att det ej ännu är framtaget.

Hälsoprogrammet kan i viss mån bidra till att uppnå nationella mål

Hälsoprogrammet kan bidra till att det folkhälsopolitiska målet om en god och jämlik hälsa uppfylls. Det kan ske genom att programmet i den mån det är möjligt och inom ramen för omfattningen, följer det folkhälsopolitiska

ramverket och genom att personer med folkhälsokunskap medverkar i arbetet med att ta fram programmet.

Hälsoprogrammet kan bidra till att det jämställdhetspolitiska målet om en jämställd hälsa uppfylls genom att programmet utformas så att omotiverade skillnader mellan flickor och pojkar utjämnas.

Hälsoprogrammet kan bidra till att det jämställdhetspolitiska målet om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra genom att arbete med att förebygga våld ska ingå som en beståndsdel i hälsoprogrammet. Det handlar om att uppmärksamma barn och unga som riskerar att utsättas för våld, föräldraskapsstöd för att motverka våld och stöd vid identifierad utsatthet för våld.

Uppskattning av resurser för att ta fram ett hälsoprogram

Socialstyrelsen redovisar en uppskattning av de resurser som Socialstyrelsen behöver för att ta fram ett hälsoprogram för barn och unga. Det inkluderar att bemanna med experter och att involvera aktörer i medverkan. Därutöver kan resurser tillkomma för övriga myndigheter, om de får specifika uppdrag i arbetet med att ta fram hälsoprogrammet. Resurser kan även behövas för huvudmän inom hälso- och sjukvården och skolan.

Uppskattningen av resursåtgången gäller ett arbete som inte har utförts tidigare, men ger en ändå en fingervisning om vad framtagandet av ett sådant här hälsoprogram skulle innebära i form av resurser. Skattning av vilka resurser som krävs för att driva hälsoprogrammet redovisas inte här, eftersom att det kommer att bero på programmets innehåll efter att det tagits fram.

Skattning av resurser för att implementera, förvalta och utveckla programmet kommer att göras under arbetet med att ta fram hälsoprogrammet.

Innehållet i hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskapsstöd

De uppskattade resurserna för att ta fram innehållet i hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskapsstöd i hälsoprogrammet grundar sig på Socialstyrelsens arbete med kunskapsstöd. Socialstyrelsen bedömer att varje temaområde i hälsoprogrammet motsvarar ett kunskapsstödsarbete. Hälsoprogrammet bedöms behöva innehålla motsvarande 12 kunskapsstöd.

Utforma hälsoprogrammet i samverkan

Ett tvärprofessionellt och tvärsektoriellt arbete kommer ske, för att ta fram stöd för samverkan, personcentrering och delaktighet.

I detta arbete sätts också resultatet från varje temaområde samman i den struktur som kommer att utgöra hälsoprogrammet.

Socialstyrelsen bedömer att resurserna som behövs att utforma hälsoprogrammet är högre än ett motsvarande arbete med att ta fram ett kunskapsstöd, eftersom det kommer att krävas bemanning och experter från många olika kunskapsfält och sektorer samtidigt och löpande över hela perioden om fyra år. Socialstyrelsen beräknar dock, trots denna högre osäkerheten i bedömningen av detta arbete, att det motsvarar cirka fyra kunskapsstöd.

Ta fram föreskrifter

Arbetet med att ta fram föreskrifter kommer att ske parallellt med arbetet med att ta fram hälsoprogrammet, förutsatt att Socialstyrelsen får ett bemyndigande för detta.

Resurserna för att ta fram föreskrifter beräknas löpa över de tre sista åren av framtagandet.

Projektsamordning

Arbetet med att hålla samman ett sådant här komplext och omfattande arbete, som måste hållas samman övergripande över hela perioden om fyra år är också svårt att skatta inom ramen för denna förstudie. Socialstyrelsen bedömer att arbetet för övergripande projektledning och projektsamordning motsvarar det arbete skulle gälla för fyra personer, inom ramen av fyra år.

Arbetet med implementering och förvaltning behöver resurser

Att implementera hälsoprogram för barn och unga är omfattande och komplext, eftersom programmet vänder sig till alla barn och unga och arbetet rör många verksamheter och professioner. Socialstyrelsen bedömer därför att det kommer att behövas resurser för att stödja implementeringen. Vilka resurser och omfattningen av dessa kommer att beskrivas i strategin för implementering, som tas fram under arbetet med att ta fram programmet.

Att förvalta, utveckla och följa upp hälsoprogrammet är också omfattande och komplext. Socialstyrelsen bedömer därför att det kommer att behövas resurser för förvaltning, utveckling och uppföljning av programmet. Vilka resurser och omfattningen av dessa kommer att beskrivas i planen för långsiktig förvaltning och utveckling, som tas fram under arbetet med att ta fram programmet.

Övriga identifierade behov i relation till programmet

Tekniska lösningar

Ett nationellt hälsoprogram bör enligt utredningen vara en sammanhållande länk för samtliga ingående verksamheter [30]. En del av att vara en sammanhållande länk är att skapa en större kontinuitet inom vården av barn och unga. Vårdkontinuitet kan förstås ur flera aspekter, såsom relationskontinuitet, verksamhetskontinuitet och informationskontinuitet [110]. Relationskontinuiteten syftar till en fortgående vård- och omsorgsrelation mellan individ och vårdgivare. Verksamhetskontinuitet bygger på att vården är organiserad på ett sådant sätt att den bli förutsägbar och samordnad. För att åstadkomma informationskontinuitet, krävs att olika vårdgivare och vårdnivåer har tillgång till nödvändig information angående individen. Vid dialoger med vårdprofessioner framkom behov av möjligheter till vårdkoordinering och informationsöverföring. För att möta vissa av de utmaningar som beskrivs i utredningen Börja med barnen! kan en fungerande digital informationsförsörjning vara en lösning.

Gemensam digital yta för hälsoprogrammet

Särskilt har behovet att samla hälsoprogrammets innehåll på en gemensam digital yta framkommit i Socialstyrelsens dialoger. Det skulle på ett tydligt sätt tillgängliggöra information om hälsoprogrammet till berörda professioner, verksamheter, barn och unga samt anhöriga. Det kan i sin tur öka förutsättningarna till ett mer jämlikt erbjudande och ökad delaktighet. Att visualisera hälsoprogrammet och dess innehåll sammanhållet på samma yta kan också stärka det fortsatta arbetet med att hålla samman, förvalta och utveckla hälsoprogrammet i en nära samverkan mellan ingående aktörer.

Barnhälsovårdens program tillgängliggörs idag på webbplatsen Rikshandboken-bhv.se och är ett exempel som kan användas som inspiration för en gemensam lösning där hälsoprogrammet tillgängliggörs.

En gemensam digital yta skulle göra hälsoprogrammet tillgängligt och tydligt för både vårdgivare som ska utföra hälsoprogrammet och för barn och deras vårdnadshavare och unga som erbjuds hälsoprogrammet.

Socialstyrelsen bedömer att en kartläggning av möjligheter och förutsättningar för en gemensam digital yta behöver utredas och ett införande stödjas av lämplig myndighet i första delen av tidsplanen. Kartläggning och införande behöver genomföras i samverkan med relevanta aktörer.

Utifrån den förslagna tidsplanen att ta fram hälsoprogrammet, kan det vara lämpligt att en sådan digital yta kan börja byggas under sista delen av hälsoprogrammets framtagande.

Förståelsen av olika begrepp inom området

I dialogerna har det framkommit behov av ett gemensamt arbete vad gäller förankring och förståelse av vissa begrepp. Detta skulle troligen underlätta arbetet mot ett gemensamt mål mot vilket olika huvudmän och verksamheter ska verka. Detta är ett arbete som bör ske parallellt med framtagandet av programmet.

Referenser

1. Regeringen. Uppdrag att genomföra en förstudie avseende ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga 2021:
2. Convention on the Rights of the Child. United Nations; 1989.
3. Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. Sveriges Riksdag; 2020.
4. Johansson H. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Umeå: Umeå Universitet; 2010.
5. Haglund BJA, Tillgren, P. Från Ottawa charter till Shanghai Statement - en 30 årig resa i hälsofrämjande arbete. Socialmedicinsk tidskrift. 2016; 93(2):128-37.
6. Nations U. The 17 goals. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development; 2015.
7. Clark H, Coll-Seck, A.M., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S.L., Ameratunga, S. et al. A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. The Lancet. 2020; 395:605-58.
8. Gluckman PD, Hanson, M.A. Living with the Past: Evolution, Development, and Patterns of Disease. Science. 2004; 305:1733-6.
9. Hertzman C, Boyce, C. How Experience Gets Under the Skin to Create Gradients in Developmental Health. Annual Review of Public Health. 2010; 31:329-47.
10. Shonkoff JP, Boyce, W.T. McEwen, B.S. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. JAMA. 2009; 301(21):2252-9.
11. World Health Organization. European strategy for child and adolescent health and development; 2005.
12. Insights OWCP. Measuring What Matters for Child Well-being and Policies; 2021.
13. Leonardi F. The Definition of Health: Towards New Perspectives. International Journal of Health Services. 2018; 48(4):735-48.
14. Kristenson M. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård, vad varför och hur? Socialmedicinsk tidskrift. 2017; (2).
15. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. 2016. Hämtad från: <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=64&SrcLang=sv>
16. Tengland P-A. Health and capabilities: a conceptual clarification. . Medicine, Health Care and Philosophy. 2019; (23):25-33.
17. Organization WH. Ottawa charter for health promotion. 1986.
18. van Druten VP, Bartels, E.A., van de Mheen, D., de Vries, E., Kerckhoffs, A.P.M., Nahar-van Venrooij, L.M.W. Concepts of health in different contexts: a scoping review. BMC Health Services Research. 2022; 22.
19. Tengland P-A. Health Promotion and Disease Prevention: Logically Different Conceptions? Health Care Anal. 2010; 18:323-41.
20. WHO. Promoting health in the SDGs; 2017.
21. God och nära vård SOU 2019:29. Stockholm; 2019.
22. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsomål och målområden. 2022. Hämtad 2022 28 juni från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla->

- nivaer/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/
23. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning; 2018.
 24. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000; 15(3):259-67.
 25. WHO. Health Promotion Glossary of Terms 2021.
 26. Meeting report. Redesigning child and adolescent health programmes. 2019.
 27. Köhler L. Health indicators for Swedish children. A contribution to a municipal index. 2006.
 28. Lagercrantz H. Child health in Sweden is characterised by good health and low accidents, but rising psychological problems. *Acta Paediatrica*. 2017; (106):860-3.
 29. Wettergren B, Blennow, M., Hjern, A., Söder, O., Ludvigsson, J.F. Child Health Systems in Sweden. *The Journal of Pediatrics*. 2016; (177S):187-202.
 30. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. SOU 2021:34. 2021.
 31. Flodmark C-E. Prevention Models of Childhood Obesity in Sweden. *Obes Facts*. 2018; 11(3):257-62.
 32. SCB. Undersökningarna av levnadsförhållanden. Hämtad 2022 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/>
 33. Folkhälsomyndigheten. Negativ utveckling i över 40 år av övervikt och fetma. 2022. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/negativ-utveckling-i-over-40-ar-av-overvikt-och-fetma/>
 34. Dahlman C, Bremberg, S., Åhlén, J., Ohlis, A., Agardh, E., Wick, S. Lundin, A. Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga- begrepp, mätmetoder och förekomst. En kunskapsöversikt: FORTE; 2021.
 35. Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård. SOU 2021:78. Stockholm; 2021.
 36. Garg P, Easatwood, J., Liaw, S-T. A Realist Synthesis of Literature Informing Programme Theories for Well Child Care in Primary Health Systems of Developed Countries. *International Journal of Integrated Care*. 2019; 19(3):1-15.
 37. Marmot M, Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., Geddes, I. Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review); 2010.
 38. Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG. Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa; 2008.
 39. Socialstyrelsen, Skolverket. Vägledning för elevhälsan; 2016.
 40. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården; 2014.
 41. Redaktionen för Rikshandboken i barnhälsovård. Rikshandboken. Barnhälsovård. 2021. Hämtad 2021 3 november från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/>
 42. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar; 2018.

43. Levesque J-F, Harris, M.F., Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013.
44. Utbildningsdepartementet. Den nya skollagen - för kunskap, valfrihet och trygghet 2009:
45. Socialstyrelsen. Delrapport – Förstudie avseende ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. 2022.
46. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health; 2008.
47. Dahlgren G, Whitehead, M. The Dahlgren-Whitehead model of determinants: 30 years and still chasing rainbows. *Public Health* 2021:20-4.
48. Regeringskansliet. Mer om jämställdhetspolitikens mål. 2017. Hämtad 2021 22 december från: <https://www.regeringen.se/artiklar/2017/01/mer-om-jamstalldhetspolitikens-mal/>
49. Regeringen. Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken. Proposition 2016/17:188
50. Regeringskansliet. Handlingsplan för hbtqi-personers lika rättigheter och möjligheter 2021:
51. Regeringen. Ungdomspolitisk skrivelse 2020:
52. Folkhälsomyndigheten. Vad styr folkhälsopolitiken? Hämtad 2022-09-07 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/>
53. Jämställdhetsmyndigheten. Sverige ska vara ett jämställt land. Hämtad 2022 28 juni från: <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/jamstalldhet-i-sverige/>
54. Börja med barnen! : en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
55. Engel DMC, Paul, M., Chalasani, S., Gonsalves, L., Ross, D.A., Chandra-Mouli, V., Cole, C.B., Eriksson, C., Hayes, B., Philipose, A., Beadle, S., Ferguson, B.J. A Package of Sexual and Reproductive Health and Rights Interventions - What Does It Mean for Adolescents? *J Adolesc Health*. 2019; 65:S41-S50.
56. Liang M, Simelane S, Fortuny Fillo G, Chalasani S, Weny K, Salazar Canelos P, et al. The State of Adolescent Sexual and Reproductive Health. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2019; 65(6S):S3-S15.
57. Ekstrand M. Sexual risk taking : perceptions of contraceptive use, abortion, and sexually transmitted infections among adolescents in Sweden. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2008.
58. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige – UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år. 2017. Hämtad 2022-09-13 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-i-sverige-ungkab15-en-studie-om-kunskap-attityder-och-beteende-bland-unga-1629-ar/>
59. Mazen B, Anna-Karin H, Isabel G, Miguel San S, Robert J, Faustine Kyungu N-K. Young migrants' sexual rights in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021; 21(1):1-13.

60. FN:s kommitté för barnets rättigheter. Ungdomars hälsa och utveckling inom ramen för konventionen om barnets rättigheter. Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 4 (2003). 2014. Hämtad 2022-09-13 från: <https://www.barnombudsmannen.se/>
61. Johansson K, El-Khatib Z. Killar som har sex med killar [Elektronisk resurs] en studie i Sverige om sexuell hälsa och hiv bland internetaktiva unga killar som har sex med killar : fördjupade analyser på MSM-enkäten 2013 i åldersgruppen 15-25. Umeå: Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet; 2016.
62. Johansson K, Persson KI, Deogan C, El-Khatib Z. Factors associated with condom use and HIV testing among young men who have sex with men: a cross-sectional survey in a random online sample in Sweden. *Sexually transmitted infections*. 2018; 94(6):427-33.
63. Socialdepartementet. En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. 2016. Hämtad 2022-09-13 från: <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/11/nationell-strategi-for-att-forebygga-och-bekampa-mans-vald-mot-kvinnor/>
64. Bränström R. Hälsa och livsvillkor bland unga HBTQ-personer : vad vet vi och vilka forskningsbehov finns? Stockholm: Forte: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2018.
65. Arbetsmarknadsdepartementet. En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. 2019. Hämtad 2022-09-13 från: <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2014/01/en-strategi-for-lika-rattigheter-och-mojligheter-oavsett-sexuell-laggning-konsidentitet-eller-konsuttryck/>
66. Eva K, Abdullah P, Ruth W. The effectiveness of sexual health interventions for people with severe mental illness: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2014; 18(1).
67. Gestsdottir S, Arnarsson A, Magnusson K, Arngrimsson SA, Sveinsson T, Johannsson E. Gender differences in development of mental well-being from adolescence to young adulthood: An eight-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015; 43(3):269-75.
68. Folkhälsomyndigheten. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). 2020. Hämtad 2022-10-05 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/n/nationell-strategi-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr/>
69. Sveriges Kommuner och Regioner. Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa. 2020. Hämtad 2022-09-20 från: <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/ungdomsmottagningarochungassexuellaehalsa.65670.html>
70. Skolverket. Ändringar i läroplanens inledande delar – grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet. 2022. Hämtad 2022-09-20 från: <https://www.skolverket.se/publikationsserier/ovrigt-material/2022/andringar-i-laroplanens-inledande-delar---grundskolan-forskoleklassen-och-fritidshemmet>
71. Skolverket. Ändringar i läroplanens inledande delar – gymnasieskolan. 2022. Hämtad 2022-09-20 från: <https://www.skolverket.se/publikationsserier/ovrigt-material/2022/andringar-i-laroplanens-inledande-delar---gymnasieskolan>

72. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård. 2018. Hämtad 2022-09-20 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-och-unga-vuxna-inom-statlig-institutionsvard/>
73. Lindroth M, Tikkanen R, Löfgren-Mårtenson L. Unequal sexual health – Differences between detained youth and their same aged peers. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013; 41(7):722-8.
74. Carl-Erik F. Prevention Models of Childhood Obesity in Sweden. *Obesity Facts*. 2018; 11(3):257-62.
75. Leal SC, Bronkhorst EM, Fan M, Frencken JE. Untreated Cavitated Dentine Lesions: Impact on Children's Quality of Life. *Caries Research*. 2012; 46(2):102-6.
76. Mejäre I, Stenlund, H., Julihn, AI, Larsson, I., Permert, L. . Influence of approximal caries in primary molars on caries rate for the mesial surface of the first permanent molar in Swedish children from 6 to 12 years of age. *Caries Research*. 2001; 35:178-85.
77. Alm A. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers. Göteborg: Dept. of Cariology, Institute of Odontology, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg; 2008.
78. André Kramer AC, Skeie M, Skaare A, Espelid I, Östberg AL. Caries increment in primary teeth from 3 to 6 years of age: a longitudinal study in Swedish children. *European Archives of Paediatric Dentistry (Springer Science & Business Media BV)*. 2014; 15(3):167-73.
79. Isaksson H, Alm A, Koch G, Birkhed D, Wendt L-K. Caries Prevalence in Swedish 20-Year-Olds in Relation to Their Previous Caries Experience. *Caries Research*. 2013; 47(3):234-42.
80. Rosén L. Dental caries and background factors in children with heart disease [Elektronisk resurs]. Umeå: Umeå universitet; 2011.
81. Stensson M. On oral health in young people with asthma [Elektronisk resurs]. Göteborg: Department of Cariology, Institute of Odontology at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg; 2010.
82. Uerlich MF, Baker SR, Day PF, Brown L, Vettore MV. Common Determinants of Dental Caries and Obesity in Children: A Multi-Ethnic Nested Birth Cohort Study in the United Kingdom. *International journal of environmental research and public health*. 2021; 18(23).
83. Borssén E, Stecksén-Blicks C. Risk factors for dental caries in 2-year-old children. *Swed Dent J*. 1998; 22(1-2):9-14.
84. Costacurta M, DiRenzo L, Sicuro L, Gratteri S, De Lorenzo A, Docimo R. Dental caries and childhood obesity: analysis of food intakes, lifestyle. *Eur J Paediatr Dent*. 2014; 15(4):343-8.
85. Regeringskansliet. En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd. 2018. Hämtad 2022-10-12 från: <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/09/en-nationell-strategi-for-ett-starkt-foraldraskapsstod/>
86. Johansson M. Risk- och skyddsfaktorer kunskapssammanställning. 2021.
87. Stattin H, Enebrink, P. Föräldraskapsstöd på universell nivå: En forskningsöversikt. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2020; 97(5-6).
88. MFoF. Välkommen till MFoF. Hämtad från: <https://mfof.se/>

89. Hunger E, Marking A, Smirthwaite G, Löfgren S. Hälso- och sjukvård för våldsutsatta : så kan arbetet utvecklas. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
90. Våld och hälsa : en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2014.
91. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld. Ett utbildningsmaterial. Stockholm; 2021.
92. Brottsförebyggande rådet. Våld i ungas parrelationer. Rapport 2021:15. Stockholm; 2021.
93. Sveriges Kommuner och Regioner. Innovationsguiden. 2022. Hämtad 2022-06-08 från:
<https://skr.se/skr/naringslivarbetedigitalisering/forskningochinnovation/innovation/innovationsguiden.10560.html>
94. Hållbar socialtjänst - En ny socialtjänstlag. SOU 2020:47. 2020.
95. Nordic Council of Ministers. The First 1000 Days in the Nordic Countries. Policy recommendations; 2022. Report No.: 2022:006.
96. Folkhälsomyndigheten., samhällsmedicin Cfeo. Förskolans påverkan på barns hälsa - en genomgång av den vetenskapliga litteraturen; 2017.
97. Nordic Council of Ministers. The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis. 2020. Hämtad 2022-08-26 från:
<https://www.norden.org/en/publication/first-1000-days-nordic-countries-situation-analysis>
98. Damschroder LJ, Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, s.R., Alexander, J.A., Lowery, J.C. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science *Implement Sci.* 2009; 4(50).
99. Harvey G, Kitson, A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implement Sci.* 2016; 33.
100. Michie S, Atkins, L., West, R. *The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions.* London: Silverback Publishing; 2014.
101. Strehlenert H. *From policy to practice: exploring the implementation of a national policy for improving health and social care.* Stockholm: Karolinska Institutet; 2017.
102. Bullock HL. *How do systems achieve their goals? The role of implementation in mental health systems improvement:* McMaster University; 2019.
103. Folkhälsomyndigheten. Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst. 2017. Hämtad 2022-09-20 från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/f/fran-nyhet-till-var dagsnytta-om-implementeringens-modosamma-konst/>
104. Socialdepartementet. Uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar. 2017. Hämtad från:
<https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2017/12/uppdrag-att-stodja-implementeringen-av-nationella-riktlinjer-for-prevention-och-behandling-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-for-att-forebygga-kroniska-sjukdomar/>

105. Socialstyrelsen. Stöd till implementering av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2020; 2021.
106. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg; 2014.
107. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966; 44:166-206.
108. Organization WH. Improving the Quality of Care for Reproductive, Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health in the WHO European Region; 2020.
109. Regeringen. Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet 2021:
110. Haggerty JL, Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. Continuity of care: a multi-disciplinary review. *BMJ.* 2003; 327:1219-21.

Bilaga 1.

Sammanfattning från delredovisningen av uppdraget

Detta är en delredovisning av Socialstyrelsens uppdrag om en förstudie att se över hur ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga bör utformas och implementeras. I delredovisningen beskriver vi hur förutsättningarna för detta ser ut.

De frågor som enligt uppdraget ska delredovisas är:

- Analysera och lämna förslag på hur ett nationellt hälsovårdsprogram kan utformas samt vilka parter och verksamheter som bör ingå i arbetet med programmets framtagande och implementering.
- Lämna förslag på om och i så fall hur en screening av barn och ungas psykiska hälsa kan utformas som kompletterar de nuvarande screeningprogram som finns inom elevhälsan och som beaktar olika sätt på vilka psykisk ohälsa kan ta sig uttryck.
- Lämna förslag på hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa kan erbjudas ändamålsenligt stöd inom primärvården.

Programmet bör utformas enligt vissa principer

Socialstyrelsen föreslår att utformningen av ett nationellt hälsovårdsprogram bör följa vissa principer, där barns och ungas behov är en central utgångspunkt. Detta är väl grundat i barns och ungas rätt till utveckling och hälsa, enligt barnkonventionen.

Programmet bör även bidra till det folkhälsopolitiska målet om en jämlik hälsa, vilket bland annat kan uppnås genom att programmet utformas och genomförs enligt proportionell universalism. Då ges universella insatser, men som tillåts variera efter behov och därigenom minskar ojämlikhet i hälsa. För att uppnå målet om en jämlik vård bör också en tydlig styrning av programmet övervägas. Som en del av styrningen kan en målbild för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ge riktning för de ingående verksamheterna som kan bidra till en mer jämlik och god hälsa hos barn och unga. En sådan målbild kan också bidra till en god samverkan mellan verksamheterna.

Tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet är tre aspekter som programmet bör ta hänsyn till, och därmed utgöra en del av den omställning av primärvården, som sker idag.

Hälsouppföljning, hälsosamtal och föräldrastöd utgör själva kärnan i programmet. Hälsa bör förstås enligt WHO:s definition, som inkluderar såväl fysiska och psykiska som sociala aspekter. De olika aspekterna behöver ingå, och ses som en helhet i mötet med barnet, den unge och vårdnadshavare.

Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet som hälso- och sjukvården föreslås erbjuda inom ramen för programmet utgör en viktig del, men möjligheterna till en mer tvärssektoriell ansats behöver utredas vidare inom ramen för uppdraget.

Screening för psykisk ohälsa i elevhälsan är inte aktuell i nuläget

Socialstyrelsen bedömer att det i nuläget inte är möjligt att motivera en screening av varken psykisk ohälsa eller psykiatriska tillstånd inom ramen för elevhälsans arbete. Bedömningen grundar sig på att en sådan screening inte svarar mot en del av de krav man vanligtvis ställer på nationell screening. Vid psykiska besvär finns till exempel inte något känt naturalförlopp, eller en förutsägbar symtomfri fas som går att upptäcka. För psykiatriska tillstånd saknas det till exempel säkra metoder, vilket riskerar leda till överdiagnostik och behandling av barn och unga.

Ändamålsenligt stöd i primärvården vid lättare psykisk ohälsa

Lättare psykisk ohälsa kan definieras som psykiska besvär och milda till måttliga psykiatriska tillstånd. Vid psykiska besvär erbjuds stöd i olika former. Vid milda till måttliga psykiatriska tillstånd erbjuds behandling enligt riktlinjer, nationella vård- och insatsprogram samt kompletterande regionala vårdprogram och medicinska riktlinjer.

Stöd och behandling för lättare psykisk ohälsa erbjuds bland annat inom primärvården, men äger vanligen rum inom första linjens insatser. Första linjen är organiserad på olika sätt i landet med olika ansvarsfördelning och vårdnivåer. Stöd vid psykiska besvär kan tillsammans med andra hälsofrämjande och förebyggande insatser möjligen ingå i ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga, där vissa insatser är av mer universell karaktär.

Bilaga 2. Aktörer som deltagit i samverkan och dialog

Lista i bokstavsordning på de aktörer som har deltagit i samverkan och dialog

I arbetet har samverkan skett med:

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd
Folkhälsomyndigheten
Skolverket
Specialpedagogiska skolmyndigheten

Dialogmöten har förts med:

Akademikerförbundet
Agenda 2030
Autism- och aspergerförbundet
BLF:s delförening för allmänpediatrik och hälsovård
Barnens rätt i samhället - BRIS
Centrala barnhälsovårdsrådet
Dietisternas riksförbund
Distriktssköterskeföreningen
E-hälsomyndigheten
Elevhälsönätverket (SKR samordnar)
Fysioterapeuterna
Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar
Föreningen Sveriges skolkuratorer
Första linjenätverket (chefer för Regionernas primärvårdsnivå/första linjen), SKR
Maskrosbarn
Mödrahälsovårdsöverläkarna inom SFOG
Mötesforum barnhälsovård (SKR samordnar)
NAG BHV (nationell arbetsgrupp barnhälsovården)
Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
Nationella primärvårdsrådet
Nationellt nätverk för hälsosamtal i skolan
NPO barns och ungdomars hälsa
NPO kvinnosjukdomar och förlossning
NPO levnadsvanor
NPO psykisk hälsa
NPO rehabilitering och habilitering
NPO tandvård
Privattandläkarna
Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård
Region Jönköpings län och Jönköpings kommun

Riksföreningen för barnsjuksköterskor
Riksföreningen för skolsköterskor
RSS-nätverket med regionala utvecklingsledare för den sociala barn- och ungdomsvården
Rädda barnen
Samordningsbarnmorskorna för mödrahälsovården
S-KiS (Styrgrupp för nationell kunskapsstyrning i socialtjänsten)
Skoliosföreningen Sverige
Svensk barnortopedisk förening
Svensk förening för allmänmedicin
Svensk förening för otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi
Svensk förening för ungdomsmedicin
Svenska audionomföreningen
Svenska barnläkarföreningen BLF
Svenska barnmorskeförbundet
Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
Svenska logopedförbundet
Svenska läkaresällskapet
Svenska pedodontiföreningen
Svenska skolläkarföreningen
Sveriges arbetsterapeuter
Sveriges kommuner och regioner (SKR)
Sveriges tandhygienistförening
Sveriges tandläkarförbund
Sveriges skolledarförbund
Sveriges ögonläkarförening
Unga Allergiker
Umeås, Grästorps, och Vänersborgs kommun
Vårdvals nätverket – SKR