

Delrapport - Förstudie
avseende ett nationellt
hälsovårdsprogram 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

Förord

Detta är en delredovisning av en förstudie angående hur förutsättningarna för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga ser ut. Förstudien har givits som uppdrag till Socialstyrelsen av Socialdepartementet och skall delredovisas senast den 31 mars, 2022.

Analysen i utredningen Börja med barnen! ligger till grund för förstudiens arbete. Utredningen hade identifierat en fragmentiserad vård för barn och unga, en trend med ökad psykisk ohälsa, samt behov av att sätta det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande i fokus.

Enligt uppdraget ska delredovisningen innehålla:

- Förslag på hur ett nationellt hälsovårdsprogram kan utformas samt vilka parter och verksamheter som bör ingå i arbetet med programmets framtagande och implementering,
- 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
- Förslag på hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa kan erbjudas ändamålsenligt stöd inom primärvården

Slutredovisningen ska ske senast den 31 oktober, 2022. I det fortsatta arbetet med förstudien kommer flera delar av förutsättningarna för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn unga analyseras och förslag kommer att lämnas vad gäller exempelvis tidsplan för framtagande och implementering av ett hälsovårdsprogram, indikatorer för att bedöma implementering och följsamhet till ett nationellt hälsovårdsprogram, liksom hur en uppföljning av barns och ungas fysiska, psykiska och sexuella hälsa kan ske kopplat till programmet. I arbetet med förstudien till delrapporteringen har det också framkommit att vissa områden behöver ytterligare utredning och fördjupning. Dessa områden kommer att tas med i det fortsatta arbetet i så stor utsträckning som är möjligt under tiden som återstår till slutredovisning.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Programmet bör utformas enligt vissa principer	7
Screening för psykisk ohälsa i elevhälsan är inte aktuell i nuläget	8
Ändamålsenligt stöd i primärvården vid lättare psykisk ohälsa	8
Bakgrund	9
Arbetsmetod för uppdraget.....	12
Samverkan och dialog	12
Genomgång av litteratur.....	12
Anlitande av experter	13
Analys av förutsättningar för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga.....	14
Nationellt medskapande är både önskvärt och nödvändigt.....	14
Viktiga utgångspunkter	15
Beskrivning och analys av insatser inom mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsans medicinska insatser och tandvård	15
Exempel på hälsovårdsprogram för barn och unga	18
Analys och förslag på utformning	20
Innehåll utefter barns och ungas behov	20
Möjlighet till ökad tillgänglighet, vårdkontinuitet och delaktighet	24
Möjlighet till styrning	25
Parter och verksamheter som bör ingå i arbetet med att ta fram och implementera programmet	27
Barns och ungas psykiska hälsa	29
Screening av barns och ungas psykiska hälsa	31
Ändamålsenligt stöd till barn och unga med lättare psykisk ohälsa	34
Nästa steg i uppdraget	37
Referenser	38
Bilaga 1. Aktörer som deltagit i samverkan och dialog	44

Sammanfattning

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.

Bakgrund

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att genomföra en förstudie i syfte att se över hur ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga bör utformas och implementeras [1]. Socialstyrelsen ska senast den 31 mars 2022 lämna en delredovisning av arbetet om de delar som berör utformning av hälsovårdsprogrammet, screening och primärvårdens omhändertagande av barn och unga med lättare psykisk ohälsa. Slutredovisning av uppdraget ska ske senast den 31 oktober, 2022. Syftet med denna delredovisning är att:

- 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

Utgångspunkten för förstudien ska vara förslagen från utredningen *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, SOU (2021:34). Utredningen tillsattes med syfte att uppnå en mer likvärdig vård för barn och unga i hela landet, samt en vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser och avlastar den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri [2]. I utredningen beskrivs en fragmentiserad vård, en trend med ökad psykisk ohälsa hos barn och unga, samt behov av att sätta det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande i fokus, som ska utgöra en plattform för tidigt samordnade insatser och en kontinuerlig och likvärdig vård. Ett av förslagen i utredningen är att det ska tas fram ett nationellt hälsovårdsprogram. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska enligt förslaget:

- Ta ansvar för barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden.
- Bidra till att uppmärksamma barn och unga med mer omfattande behov.
- Tydliggöra vad barn och unga, samt deras vårdnadshavare, kan förvänta sig av vården.
- Stärka primärvårdens uppdrag som bas i hälso- och sjukvården.
- Stärka elevhälsans centrala uppdrag när det gäller hälsa, utveckling och välmående.
- Vara vägledande, binda samman och förtydliga arbetet mot gemensamma mål för de verksamheter som idag utgör barn- och ungdomshälsovård [3].

Hälsan hos barn och unga i Sverige har av flera bedömts som generellt god [3-6]. Det finns dock vissa områden vad gäller barns och ungas hälsa i Sverige som har givits uppmärksamhet. Det gäller t.ex. barns och ungas

psykiska hälsa, liksom skillnader i hälsa mellan olika grupper av barn och unga [5, 7]. Prevalensen av barn diagnostiserade med fetma har ökat 2–3 gånger de senaste tio åren [8].

För barn och unga finns det idag instanser som har gemensamt att de syftar till att universellt och kontinuerligt verka för en god hälsa hos barn och unga. Dessa instanser, det vill säga mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan, utförs av olika medicinska professioner, tillhandahålls av olika huvudmän och varierar också över landet beroende på kommunala och regionala förutsättningar [3].

Det finns andra vårdformer som barn och unga kan söka sig till för att få vård vid behov. Det gäller främst ungdomsmottagningar, övrig primärvård och specialiserad vård för barn och unga, till exempel barn- och ungdomspsykiatri, barn och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering. Tillgång till vård, ofta definierat som användning av vård efter behov, är avgörande för hur väl hälso- och sjukvården kan uppnå sina mål [9].

Mödrahälsovården och barnhälsovården styrs ytterst av hälso- och sjukvårdens lagstiftning. Elevhälsan regleras i skollagen (2010:800), men när elevhälsans legitimerade professioner utför hälso- och sjukvårdsuppgifter, regleras dessa i bland annat hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Utöver detta finns kunskapsstyrningen, med tillgängligt stöd och vägledning för mödrahälsovården [10], barnhälsovården [11, 12] och elevhälsan [13, 14].

Tandvården styrs delvis inom annat system än hälso- och sjukvården. Enligt 7§ 1 i tandvårdslagen (1985:125) ansvarar regionerna genom folktandvården för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 23 år.

Hälso- och sjukvården har ett ansvar för att förebygga ohälsa, enligt hälso- och sjukvårdslagen, och en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av folkhälsopolitikens åtta målområden. Hälsofrämjande ("health promotion") definierades vid den första internationella WHO-konferensen i Health Promotion i Ottawa Charter som "den process som ger förutsättningar för människor att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa".

Sjukdomsförebyggande kan till skillnad från det hälsofrämjande ses som att det riktas till individer med riskfaktorer. Det finns dock olika sätt att se på skillnaden mellan hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, som är beroende av hur man ser på relationen mellan hälsa- och sjukdom [15, 16]. 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 [17]. Vid den nionde internationella WHO-konferensen i Health Promotion i Shanghai, sattes det hälsofrämjande inom ramen för Agenda 2030 [18]. 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 vad gäller till exempel klimatförändringar migration och konflikter [19].

Det är väl beskrivet i vetenskaplig litteratur att händelser som sker i barn- och ungdom har stor bäring på en individs hälsa över livet, och att ett tidigt engagemang i barns hälsa och utveckling har stor betydelse [19-22]. Ett

nationellt hälsovårdsprogram skulle kunna vara ett betydande bidrag för en god hälsa och utveckling hos barn och unga i Sverige.

Arbetsmetod för uppdraget

Samverkan och dialog

I arbetet med förstudien inför denna delredovisning har Socialstyrelsen haft samverkan och dialog med ett stort antal aktörer¹.

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen beskrivs att förstudien ska utföras i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Statens skolverk, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Socialstyrelsen har under arbetets gång haft samverkansmöten med nämnda myndigheter, dels gemensamt, och dels i mindre grupperingar.

Dialogmöten har också genomförts med Sveriges kommuner och regioner (SKR) och även inom ramen för nätverk som SKR samordnar.

Regionernas kunskapsstyrningsorganisation, med nationella programområden och nationella arbetsgrupper som är relevanta för uppdraget, har 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 ett dialogmöte.

Medicinskt sakkunniga inom psykiatri och Socialstyrelsens sakingång för psykisk hälsa har konsulterats under arbetets gång.

I dialogen med de olika aktörerna har det utöver de tre delfrågorna varit av betydelse att identifiera gemensamma ståndpunkter, liksom eventuella oenigheter eller svårigheter.

Det återstår ytterligare grupper av aktörer att ha dialog med, som till exempel huvudmän och andra myndigheter. Inom tidsramen för delredovisningen har det inte heller varit möjligt att hitta former för dialog med barn och unga.

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 vi 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. En översiktlig litteratursökning har gjorts med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister, för delfrågan om screening av barns och ungas psykiska hälsa. Viss annan litteraturgenomgång inom området har skett.

¹ Se bilaga 1 med lista på aktörer.

Anlitande av experter

När det gäller frågan om möjlighet till screening av barns och ungas psykiska hälsa har kunskapsinhämtning skett med hjälp av myndighetens vetenskapliga råd och experter inom området folkhälsa och psykisk hälsa hos barn och unga.

Analys av förutsättningar för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga

Det finns ett stort intresse och engagemang för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Det har framkommit tydligt i Socialstyrelsens samverkan och många dialoger under det pågående arbetet med förstudien. På en generell nivå finns en samsyn i att det är viktigt att stödja barn och unga till en god hälsa. De flesta har också en samsyn i utgångspunkter och vilken omfattning programmet skulle kunna ha, som presenteras i denna förstudie. Sammantaget utgör detta en bra grund för att kunna utforma programmet.

Det framkommer dock samtidigt vissa utmaningar. Till exempel är olika lagrum som styr, olika uppdrag och även olika kulturer i de ingående verksamheterna relevanta faktorer som behöver beaktas. Det krävs ytterligare samverkan, dialoger och utredning för att tydligare komma fram till vad som krävs för att ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram som vänder sig till alla barn och unga, och är sammanhållet från fosterlivet till tjugo års ålder. Framförallt finns en osäkerhet om hur programmet kan utformas och tillämpas för barn och unga i skolåldrarna.

Nationellt medskapande är både önskvärt och nödvändigt

Det framstår tydligt att det är ett mycket omfattande och komplext arbete att utforma, ta fram och implementera ett nationellt hälsovårdsprogram som vänder sig till alla barn och unga och är sammanhållet från fosterlivet till tjugo års ålder.

Det är avgörande att personer från många olika verksamheter, med många olika kompetenser medverkar aktivt i arbetet, för att det ska bli ett ändamålsenligt program.

Några exempel på omfattningen och komplexiteten är:

- Det breda åldersspannet. Ett litet barn och hans familj har väsentligen andra behov än en person i sen tonår.
- Programmet inkluderar många hälsoområden, som till exempel fysisk, psykisk, social och sexuell hälsa. Inom dessa områden finns ytterligare områden var för sig, och som även överlappar varandra.
- Ett hälsofrämjande och förebyggande förhållningssätt innebär något annat än hälso- och sjukvårdens traditionella arbete med vård och behandling. Men det är fortfarande viktigt att tidigt upptäcka när barn och unga har någon slags hälsoproblem, för att de ska kunna få stöd och vård på rätt nivå i rätt tid.
- Olika lagrum styr verksamheternas arbete.

- Olika huvudmän och organisationer är utförare.
- Programmet vänder sig till en stor del av befolkningen.
- Ett sammanhållet program innebär en stor förändring för verksamheterna. Det kommer bland annat att krävas vilja, ödmjukhet, samarbete och implementeringskunskap.

Viktiga utgångspunkter

I Socialstyrelsens analys av möjligheter till att utforma ett nationellt hälsovårdsprogram har myndigheten bedömt att det är väsentligt att ta hänsyn till ett antal centrala utgångspunkter:

- *Barnets och den unges behov*
Ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga behöver utgå ifrån deras behov, där de prioriterade insatser som behövs för att stödja barns och ungas hälsa och utveckling inkluderas.
- *Barns och ungas rätt till hälsa och vård*
I artikel 24 i barnkonventionen beskrivs barns rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Rehabilitering och i artikel 6, barns rätt till liv, överlevnad och utveckling. Liknande beskrivningar återfinns i ramverket för de mänskliga rättigheterna, liksom i den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter [23].
- *Jämlik hälsa*
En jämlik hälsa i befolkningen är eftersträvarsvärd, och är också beskrivet som ett av målen i den nationella folkhälsopolitiken.
- *WHO:s definition av hälsa*
I WHO:s definition av hälsa ingår det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet. I detta inkluderas i denna förstudie mun- och tandhälsa, liksom sexuell hälsa.
- *Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande*
Hälso- och sjukvården har ett ansvar vad gäller det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande i sin verksamhet, men det breda arbetet är även i hög utsträckning ett ansvar för andra aktörer i samhället.
- *Ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet*
Dessa tre delområden har fått särskilt fokus i den pågående reformeringen av primärvården. De är också nödvändiga att beakta vid utformningen av ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga.

Beskrivning och analys av insatser inom mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsans medicinska insatser och tandvård

Beskrivningar av antal hälsobesök, vid vilka tidpunkter de kan genomföras och vad de innehåller finns i vägledningarna eller motsvarande för mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan. Beskrivningarna är dock

varken standardiserade i sitt format eller likartade i sin styrning. I 2 kap. 27 § skollagen anges krav för minst antal hälsobesök under skoltiden. För hälsobesöken i de övriga verksamheterna saknas motsvarande juridisk styrning.

Tandvården erbjuder hälsobesök till barn och unga från tidig ålder och sedan regelbundet genom åldrarna, men det saknas en nationell beskrivning och styrning över antal besök, tidpunkter och innehåll för besöken.

Sex och samlevnad ingår i skolans undervisning, och från och med höstterminen 2022 tillämpas nya läroplaner och ämnet byter namn till sexualitet, samtycke och relationer [24]. Det finns dock inte något program eller liknande, som beskriver vilket hälsofrämjande och förebyggande stöd i övrigt barn och unga bör få som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Det är ungdomsmottagningarna som i hög utsträckning erbjuder stöd för den sexuella och reproduktiva hälsan till barn och unga mellan 13–25² år, men detta stöd når framförallt dem som söker sig till ungdomsmottagningen på eget initiativ. Det förekommer samarbeten mellan ungdomsmottagningar och skolor, men det ser olika ut i landet. I Socialstyrelsens dialoger med professioner framkommer att det är önskvärt med ett mer utbyggt och planerat samarbete mellan ungdomsmottagning och skola. På ungdomsmottagningar finns god kompetens för frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Rapporten som intressegruppen för mödrahälsovård inom svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och samordningsbarnmorskorna inom svenska barnmorskeförbundet (SBF) i samarbete med mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening tagit fram, vägleder om mödrahälsovårdens verksamhet. Där ingår vägledning om det hälsofrämjande arbetet och rekommendationer om ett medicinskt och psykosocialt basprogram för hälsofrämjande och förebyggande hälsovård under graviditet och blivande föräldraskap, föräldraskapsstöd och folkhälsoarbete. I rapporten beskrivs ett medicinskt basprogram med 12 hälsobesök som genomförs vid specifika tidpunkter under graviditeten. Vid dessa hälsobesök ingår olika undersökningar som till exempel vikt, mått på den växande magen, ultraljud, urinprover, blodprover och fosterljud. I samband med vissa av hälsobesöken genomförs också samtal om levnadsvanor och samtal om den psykosociala situationen. Fler besök kan planeras in om det är en komplicerad psykosocial situation eller om det finns andra riskfaktorer som föranleder ett utökat vårdprogram. Ett avslutande hälsobesök genomförs några veckor efter förlossningen, med bland annat hälsoundersökning av den födande föräldern och samtal om det psykiska välbefinnandet [10].

I vägledning för barnhälsovården finns övergripande beskrivning för bland annat hälsoövervakning [12]. På webbplatsen Rikshandboken beskrivs ett basprogram i barnhälsovården med cirka 18 hälsobesök vid specifika tidpunkter från överlämningen från förlossningen till cirka 6 års ålder, det vill säga i samband med överlämningen till elevhälsan när barnet ska börja förskoleklass. Vid hälsobesöken undersöks bland annat barnets tillväxt och

² Övre åldersgräns varierar mellan 21–25 år.

utveckling. Det ingår också samtal med vårdnadshavarna om bland annat livssituation, levnadsvanor och skydds- och riskfaktorer för hälsan [11].

När det gäller elevhälsan reglerar skollagen i 2 kap. 27§ att varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan ska erbjudas minst tre hälsobesök med allmänna hälsokontroller, som är jämnt fördelade under skoltiden. Eleven ska också mellan hälsobesöken erbjudas undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller. Dessutom ska varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan erbjudas minst ett hälsobesök som innefattar en allmän hälsokontroll. Enligt skollagen ska elevhälsan främst vara förebyggande och hälsofrämjande.

I vägledningen för elevhälsan framgår att syftet med hälsoundersökningar är dels att identifiera oupptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem, men att hälsobesöken även ses som en särskild arbetsform för att följa och främja hälsan hos eleverna [14].

Hälsobesöken kan bli mer sammanhållna och jämlika

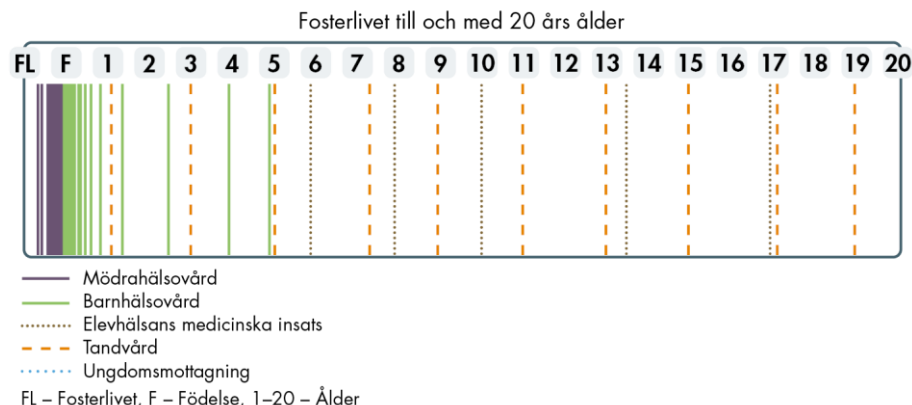
Det saknas en plan för att följa individens hälsa över tid, och över verksamhetsgränser. Det saknas också en plan med hälsoparametrar som säkerställer att det är möjligt att följa och stödja att barn och unga utvecklas väl och mår bra över tid.

Bilden nedan illustrerar hur hälsobesöken ser ut för barn och unga, på en tidslinje från fosterlivet till och med tjugo års ålder. Tidpunkterna för hälsobesöken varierar i praktiken, framför allt inom elevhälsan och tandvården, men bilden visar schematiskt hur det kan se ut. Det framgår att många besök sker under fosterlivet och under de första 18 månaderna efter födelsen. Därefter är det glesare mellan besöken. Det sista besöket i elevhälsan erbjuds inte till dem som valt att inte gå i gymnasieskolan, eftersom att elevhälsans insatser enbart erbjuds dem som går i skolan. För besöken i tandvården finns inget nationellt program, men folktandvården i många regioner erbjuder regelbundna besök ungefär vartannat år från ett års ålder. Det framgår att folktandvården har tät och regelbunden kontakt med barn och unga under hela uppväxten. En kontakt som ofta fortsätter även därefter.

Ungdomsmottagning finns med bland verksamheterna i bilden, men erbjuder inte något hälsobesök, och saknas därför på tidslinjen.

Figur 1

Schematisk beskrivning av besök i mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsa och tandvård



Källa: Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa, Rikshandboken barnhälsovård, Socialstyrelsen och Skolverket Vägledning för elevhälsan, Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, 1177, folktandvården Stockholm, tandvården i Västra Götaland, folktandvården Region Jönköpings län, folktandvården Region Kalmar län

Exempel på hälsovårdsprogram för barn och unga

Det finns en varierad terminologi, internationellt sett, för att beskriva den typ av preventiv vård som denna förstudie gäller. De benämns till exempel ”child health promotion programs”, ”child health surveillance programs” och ”well-child care”. Programmen har vissa beståndsdelar gemensamt, exempelvis uppföljning av hälsa och utveckling, psykosociala bedömningar, koordinering av vård och vaccinationer [25]. Två olika angreppssätt kan ses i programmen. Det ena är en preventiv vård till hela populationen, enligt tanken om proportionell universalism, och det andra är en där man riktar sig till en del av populationen med vissa risker att utveckla ohälsa. Programmen kan 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 partnerskap mellan hälso-, utbildnings- och sociala sektorer i samhället [26].

Nedan följer tre exempel på program med liknande, preventiva och hälsouppföljande syfte som vi i denna förstudie undersöker förutsättningarna för.

Västerbotten – en regional satsning

I Region Västerbotten startades 2005 en hälsosatsning för barn och unga, som benämns Salut-satsningen. Syftet med satsningen är att alla barn och unga, noll–arton år, ska nås av hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, från och med graviditeten hos de blivande föräldrarna. Målet med insatserna är att förbättra hälsan hos alla barn i Västerbotten. Satsningen innehåller uppföljning av hälsodata, levnadsvanor och livsvillkor och ett stärkande och en utveckling av befintliga insatser. Samverkan sker inom ramen för satsningen mellan mödra- och barnhälsovård, öppen förskola, förskola, grundskola, gymnasium, elev- och ungdomshälsa och folktandvården. Programmet har också utvecklats till en viktig plattform för forskning [27].

Finland – reglerat i förordning

I Finland beskrivs antal hälsundersökningar och antal omfattande hälsundersökningar som ska utföras av hälsovårdare och läkare inom barnrådgivningen, och när de ska utföras, i statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga. Till exempel står det skrivet i förordningen att alla barn under skolåldern skall genomgå minst 15 hälsundersökningar, av vilka tre bör vara omfattande. Det innebär att barn i skolåldern ska genomgå en hälsundersökning i varje årskurs i grundskolan, varav tre är omfattande.

Syftet med förordningen är att säkerställa att hälsorådgivningen och hälsundersökningarna är planmässiga, uppvisar en enhetlig nivå, samt beaktar de enskilda individernas och befolkningens behov i kommunal hälso- och sjukvård [28].

Det finns sedan mer detaljerade rekommendationer om innehållet i de återkommande hälsundersökningar som ska utföras av hälsovårdare i nationella handböcker. För att ytterligare säkerställa att hälsundersökningspraxis på lokal nivå genomförs på liknande sätt, finns det även en handbok med råd och anvisningar om hur man ska utföra mätningar, undersökningar och bedömningar, liksom hur man ska tolka undersökningsresultaten [29].

Storbritannien – har ett ramverk

I Storbritannien finns ett ramverk för barn och unga mellan noll och nitton år som heter ”Healthy child programme” (HCP). Målet med HCP är att sammanföra hälsa, utbildning och andra viktiga aktörer för att åstadkomma ett effektivt program för prevention och stöd [30]. HCP för de yngre åldrarna fokuserar på universella, preventiva insatser med screening, vaccinationer, uppföljning av utveckling, samt information och föräldraskapsstöd. För barn och unga mellan fem och nitton år vill man fokusera på både universella och progressiva insatser för att främja hälsa och välbefinnande. Hur programmet implementeras beslutas på lokal nivå, där man upphandlar och tillhandahåller insatserna inom HCP [31, 32].

Analys och förslag på utformning

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

1. Innehåll utefter barns och ungas behov
2. Ge möjlighet till ökad kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet
3. Ge möjlighet till en god styrning av programmet

Programmet bör även ha en formulerad målbild, med förslag på uppföljningsbara delmål. Ansvar för det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet i hälsovårdsprogrammet bör även kunna ges till aktörer utöver hälso- och sjukvården. Programmet bör också ses som del i den omställning till god och nära vård som sker idag, med primärvården som nav.

Innehåll utifrån barns och ungas behov

Ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga behöver utformas efter hur hälsan ser ut och är fördelad bland barn och unga, för att möta de behov som finns. Vid framtagandet av ett program är det därför angeläget att göra en behovsinventering, för att identifiera vad hälsoundersökningarna och hälsosamtalen ska bestå av. Det är rimligt att utgå från den struktur av hälsobesök med hälsoundersökningar och hälsosamtal som finns idag, och systematiskt inventera alla beståndsdelar utifrån evidens och erfarenhetsbaserad kunskap. Samtidigt är det angeläget att ta in och värdera eventuella andra insatser som inte görs idag, men som kan vara viktiga för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Hälsouppföljning, hälsosamtal och föräldraskapsstöd

Kärnan av ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga utgörs av hälsobesök. Hälsobesöken bör innehålla samtal och undersökningar som ger en samlad bild av barnets eller den unges hälsa och förutsättningar. Fysisk, psykisk och social hälsa kan ses påverka varandra och samtliga aspekter behöver också inkluderas vid besöket [33]. Det är viktigt att tidigt identifiera eventuella avvikelser från en god hälsoutveckling så att varje barn, barns vårdnadshavare och ung person kan få det stöd som behövs för att hälsoutvecklingen ska bli så gynnsam som möjligt.

I ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga behöver det framgå när hälsobesök ska genomföras, vilka undersökningar som bör ingå och vad hälsosamtalen bör innehålla. Det behöver även möjliggöra för föräldrarna att delta. Förslag på beståndsdelar är till exempel:

- Tillväxt
- Psykomotorisk utveckling

- Kommunikations och språkutveckling
- Ögon och syn
- Hörsel
- Mun och tänder
- Höfter och rygg
- Psykisk hälsa
- Livssituation, psykisk och social hälsa
- Sexuell hälsa
- Levnadsvanor
- Identifiera riskfaktorer och skyddsfaktorer
- Föräldraskapsstöd

Socialstyrelsen vill särskilt lyfta betydelsen av att inkludera sexuell hälsa och munhälsa och tandvård i ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Det är områden som är väsentliga för barns och ungas hälsa, och därför behöver få mer utrymme i de hälsobesök som genomförs inom mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan. Vi vill också lyfta betydelsen av att utveckla arbetet med föräldraskapsstöd och att förebygga våld.

Sexuell hälsa

Under barn- och ungdomstiden är området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) ett centralt område [34]. Den nationella strategin för SRHR fastställer att målet med folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Den fastställer också att arbetet med SRHR bidrar till att uppfylla detta mål och ska därför vara en del av folkhälsoarbetet [35]. Den vedertagna definitionen 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 egna kroppar och ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som stödjer den rätten.” (Folkhälsomyndigheten, 2020)

De två mest centrala arenorna för att arbeta med SRHR bland unga är ungdomsmottagningarna och elevhälsan. Inom dessa arenor behöver ett kunskapsbaserat och uppföljningsbart hälsofrämjande arbete utarbetas och utvecklas. De nya läroplanerna för sexualitet, samtycke och relationer är en grund för arbetet på gruppnivå, men på individnivå saknas en sådan grund.

Det kan till exempel handla om

- Hälsosamtal med information och reflektion om sexualitet, relationer, sexuella rättigheter frihet och egenmakt, hbtqi-perspektiv, sexuell

kommunikation och samtycke samt frågor om hiv och sexuellt överförda infektioner. Hälsosamtalen bör ha en koppling till nationella målen i SRHR-strategin och det är viktigt att samtalen justeras och anpassas efter ålder och förutsättningar.

- Hälsosamtal med unga personer i lämplig ålder och vid lämpligt tillfälle utifrån ett prekonceptuellt perspektiv, det vill säga att de i en framtid eventuellt kommer att bli föräldrar. Syftet är att främja goda levnadsvanor hos de unga, för att öka förutsättningarna för en god hälsa inför eventuella kommande graviditeter [36, 37].

Munhälsa och tandvård

Munsjukdomar hos barn har stor betydelse för barns hälsa och välbefinnande. Exempelvis kan obehandlade kariesskador leda till värk och infektion som skapar problem med att äta och sova och påverkar barns livskvalitet negativt [8, 38].

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 [39]. Att tidigt utsättas för sjukdomar i munnen ökar också risken för problem med dålig munhälsa senare i livet [40-42]. Dålig munhälsa hos vuxna har även visat sig ha ett samband med andra sjukdomar så som hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Barn som har ökad risk vad gäller den allmänna hälsan löper oftast även ökad risk för karies [43, 44]. Tidiga hälsofrämjande och förebyggande insatser är därför mycket viktiga för att ge barn de bästa förutsättningarna för en bra hälsa.

Ansvaret 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 [45-47].

Socialstyrelsen föreslår därför att munhälsa och tandvård för barn och unga blir en del av det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Tandvård och munhälsa i det nationella programmet kan handla om:

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

Föräldraskapsstöd

Föräldraskapsstöd som stödjer vårdnadshavare att främja sitt barns hälsa och utveckling, behöver ingå i det nationella hälsovårdsprogrammet för vårdnadshavare till barn i alla åldrar under hela uppväxttiden. Föräldrar behöver ha kunskap om värdet av god kommunikation, anknytning, lek och samspel för barnets utveckling och lärande. Det är också viktigt att stödet kommer relevant i tid, så att det är möjligt att ligga steget före och förebygga

problem. Föräldraskapsstöd ökar föräldrarnas tilltro till sin förmåga. Vidare stärker det relationen till barnet och relationen mellan föräldrarna.

Den viktigaste relationen för barnets sociala och emotionella utveckling är relationen till föräldrarna. Föräldrarnas roll är att ge barnet en uppväxtmiljö som är tillräckligt förutsägbar och trygg utifrån barnets behov, där konflikter mellan barn och förälder och föräldrarna emellan hanteras på ett sätt så det inte får negativa konsekvenser på barnets psykiska välbefinnande.

En annan viktig roll för föräldern när det gäller att främja barnets psykiska välbefinnande är att genom hela barnets uppväxt stödja och moderera barnet så att det upplever tillvaron som begriplig och hanterbar, trots de utmaningar som hör barn- eller ungdomstiden till.

I vissa fall kan föräldrarnas egna svårigheter också påverka barnets psykiska hälsa vilket gör det särskilt viktigt att identifiera sådana skydds- och riskfaktorer runt barnet.

Föräldraskapsstöd bidrar till mer jämlika förutsättningar för psykiskt välbefinnande hos barn och unga.

Föräldraskapsstödet kan till exempel handla om:

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

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 hälsovårdsprogram 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, till exempel 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-personer³ 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 att utsättas för våld [48] [49, 50].

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 [51].

Stödet i ett nationellt program kan bestå av flera olika delar, till exempel:

- rekommendationer om att systematiskt fråga om våld
- metoder för samtal om våldsutsatthet

³ Hbtqi-personer är ett samlingsbegrepp som innefattar homo- och bisexuella, transpersoner, queera personer och personer med intersexvariation.

- metoder för att identifiera tecken på våldsutsatthet hos både vårdnadshavare och barnet eller den unge
- metoder för att identifiera riskfaktorer för våldsutsatthet hos både vårdnadshavare och barnet eller den unge
- lättillgänglig information om våld
- föräldraskapsstöd som syftar till att motverka att våld i nära relation uppstår
- stöd för åtgärder vid identifierad utsatthet för våld
- stöd för åtgärder även när brottsoffer och brottsutövare finns i samma miljö (till exempel skolan)
- stöd för åtgärder vid identifierat våldsutövande
- stöd för samverkan

Att möta barns och ungas behov på olika nivåer

Det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga behöver utformas med insatser på olika fördjupningsnivåer, för att på ett adekvat sätt kunna möta olika förutsättningar och behov hos barn och unga, samt vårdnadshavare. 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 tjugo år. En sådan modell kan öka förutsättningarna till en jämlik och rättvis hälsovård för barn och unga [11].

En utgångspunkt för den tredelade modellen är principen för proportionell universalism, där man ger universella insatser, men med insatser som tillåts variera efter behov och därigenom minskar ojämlikhet i hälsa [52]. I en tredelad 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 ska erbjudas till alla, och hur till exempel barnhälsovårdssjuksköterskan identifierar ytterligare behov som kan vara tillfälliga eller bestå över tid. Modellen tydliggör också vad som behöver göras när ytterligare behov identifierats, som till exempel kompletterande besök eller samverkan mellan olika aktörer. Modellen blir därmed ett arbetsverktyg och stöd till vårdgivare att utföra sitt arbete med likvärdig kvalitet.

I ett kommande arbete med att ta fram programmet behöver det beaktas att olika verksamheter kan ha olika förutsättningar att arbeta enligt en sådan modell. Det är angeläget att programmet utformas så att det blir ändamålsenligt att tillämpa och förvalta, samtidigt som det uppfyller sitt syfte att främja hälsa, förebygga ohälsa och tidigt identifiera svårigheter gällande barns och ungas hälsa, utveckling och livsvillkor.

Möjlighet till ökad tillgänglighet, vårdkontinuitet och delaktighet

Utredningen *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* konstaterade att barn- och ungdomshälsovården idag består av en fragmentiserad organisation, som inte alltid har förutsättningar att

tillgodose barns och ungas behov. Ett nationellt hälsovårdsprogram bör enligt utredningen vara en sammanhållande länk för samtliga ingående verksamheter [3]. 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 [53]. 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. E-hälsomyndigheten presenterade i februari, år 2022, en rapport kring sammanhållen journalföring [54]. Möjligheter till en eventuell teknisk, digital lösning för att åstadkomma informationskontinuitet, liksom en förbättrad verksamhetskontinuitet skulle kunna vara en idé att föra vidare.

En sådan teknisk lösning skulle också kunna erbjuda en plattform för barnet, den unge och vårdnadshavare med möjlighet till förbättrad tillgänglighet och delaktighet.

Möjlighet till styrning

En viktig del av programmets utformning är hur det kommer att styras. Det kan illustreras i olika nivåer.

Föreskrift ger rätt till samma erbjudande

Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen göra 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, vilket skall redovisas i slutrapporten.

Kunskapsstyrning ger stöd för genomförandet

Kunskapsstyrning är också avgörande för att programmet ska bli ändamålsenligt och genomförbart. Innehållet i programmet behöver baseras på kunskap utifrån vetenskap eller erfarenhet.

Programmet bör bestå av rekommendationer när så är möjligt. Rekommendationer utgör en stark styrning, utan att vara juridiskt bindande. De kan därför också bidra till en mer jämlik vård.

Det är troligt att det i arbetet med ett nationellt hälsovårdsprogram behöver tas fram rekommendationer, när så är möjligt.

Det finns sannolikt rekommendationer som redan är framtagna i andra sammanhang, och samtidigt är relevanta i hälsovårdsprogrammet. Dessa bör inkluderas och tillämpas även inom ramen för programmet. Några exempel på sådana rekommendationer är EPDS⁴ från nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, rådgivande samtal till unga som är

⁴ EPDS = Edinburgh postnatal depression scale, är en självskattningsskala för att upptäcka nyblivna mammor med tecken på depression.

otillräckligt fysiskt aktiva från nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor och rekommendationer om att fråga om våld från vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet [55-57].

Socialstyrelsen håller för närvarande på att ta fram ett kunskapsstöd om graviditet och förlossning. Det kommer också att innehålla rekommendationer som skulle kunna utgöra väsentliga byggstenar i hälsovårdsprogrammet.

Därtill kommer det att behövas ytterligare kunskapsstöd och metodstöd för att komplettera hälsovårdsprogrammet. Sådana kunskapsstöd och metodstödkan tas fram av myndigheter eller inom organisationen för kunskapsstyrning. En viktig förutsättning för att styrningen av det nationella hälsovårdsprogrammet ska fungera, är en tydlig struktur för förvaltning och utveckling av programmet. Denna struktur behöver formas parallellt med att programmet tas fram.

Gemensamma mål anger riktningen

I utredningen *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* beskrivs att det saknas en gemensam målbild hos de ingående verksamheterna mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan [3]. Ett nationellt hälsovårdsprogram kan bidra med en sådan gemensam målbild. Målbilden kan brytas ned i delmål, som i ett senare skede kan användas vid uppföljningen av det nationella hälsovårdsprogrammet. Detta behöver dock utredas närmare.

Det kan behövas fler aktörer för att kunna erbjuda hälsofrämjande och förebyggande insatser

I Socialstyrelsens dialoger har det framkommit synpunkter om att programmet borde breddas till att omfatta fler aktörer än enbart hälso- och sjukvården. Det skulle öka möjligheterna att ge hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga.

Även utredningen om God och nära vård beskrev att det breda hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet måste inkludera andra områden än enbart hälso- och sjukvården [58].

Det finns forskning som pekar på att program som syftar till att hälsofrämjande och förebyggande för barn och deras familjer, bäst kommer till sin rätt om de ges i partnerskap mellan hälso-, utbildnings- och sociala sektorer i samhället [26].

Med en behovsbaserad utgångspunkt som grund för utformningen av programmet, som beskrivits ovan, så kan det också framkomma behov av insatser som inte tydligt faller inom hälso- och sjukvårdens traditionella ansvarsområde.

Socialstyrelsen föreslår därför att det behöver utredas om nedanstående verksamheter bör ingå i utformningen av programmet. Fördelar, nackdelar och vilka förutsättningar som skulle krävas, behöver klargöras. Ambitionen är att göra detta inom ramen för uppdraget.

Berörda verksamheter är:

- *Hela elevhälsan, inte enbart den medicinska insatsen*
Det har framkommit synpunkter från bland andra företrädare för elevhälsan, Statens skolverk och Sveriges kommuner och regioner, att elevhälsan arbetar bäst som en samlad funktion, utan tydliga gränser mellan den medicinska, den psykologiska, den psykosociala och den specialpedagogiska insatsen.
- *Skolan*
I dialogerna framkommer att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i stor utsträckning pågår i klassrummet och i skolan som helhet. Detta arbete är inte enbart elevhälsans ansvar. Pedagogerna är viktiga vuxna, och närvarande i barns och ungas vardag, i större utsträckning än elevhälsans personal.
- *Förskolan*
De flesta barn i Sverige går i förskolan, men det finns inte någon funktion som motsvarar elevhälsan för förskolebarn. På motsvarande sätt som skolbarn, behöver barn i förskoleålder få sina behov av hälsofrämjande stöd tillgodosedda i sin dagliga miljö.
- *Socialtjänsten*
Hur en individ mår beror i stor utsträckning på hur den sociala situationen ser ut. Ett hälsofrämjande och förebyggande arbete behöver därför även handla om att stödja och stärka barns och ungas sociala förutsättningar och hälsa.
- *Tandvården*
Programmet behöver omfatta tandvården, vilket vi har beskrivit under rubriken innehåll utefter barns och ungas behov, tidigare i förstudien.

Socialstyrelsen utesluter inte att det kan tillkomma ytterligare aktörer och verksamheter utöver de ovan nämnda, som behöver inkluderas i utformningen och utförandet av ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga.

Parter och verksamheter som bör ingå i arbetet med att ta fram och implementera programmet

Ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga behöver involvera många parter och verksamheter, eftersom programmet spänner över hela uppväxten från fosterlivet till vuxen ålder. Ett bredare grepp om hälsofrämjande och förebyggande insatser för barns och ungas hälsa, än enbart hälso- och sjukvårdens ansvar, skulle dessutom engagera ytterligare aktörer i arbetet med att ta fram och implementera programmet.

De verksamheter som identifierats som centrala i programmet är mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsan, ungdomsmottagningar, tandvården och socialtjänsten. Även förskolan och skolan är verksamheter som kan vara lämpliga att inkludera som aktiva aktörer i programmet.

Det är angeläget att programmet grundas på vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap, och att det bidrar till en jämlik och jämställd

hälsa för barn och unga. Många relevanta kompetenser med olika perspektiv behöver därför delta i arbetet.

Barn, unga och vårdnadshavare har värdefull och unik kunskap om sina behov och hur de kan mötas. De behöver engageras på lämpligt sätt. Det gäller även patient- brukar och anhörigorganisationer, som har god kunskap om dessa perspektiv.

De professioner som är verksamma inom respektive verksamhet har också värdefull kunskap som behöver tillvaratas. Professionsföreningar som företräder dessa professioner bör därför bjudas in att delta i arbetet.

Regionernas kunskapsstyrningsorganisation med nationella programområden och nationella arbetsgrupper, är centrala för ett ändamålsenligt arbete med att ta fram och implementera programmet och behöver därför medverka.

Det finns även ett antal andra nationella organisationer som har värdefull kompetens och perspektiv på barns och ungas hälsa och välmående, som behöver beaktas i arbetet.

Därtill är det nödvändigt med ett nära samarbete mellan flera myndigheter, för att på ett ändamålsenligt sätt ta fram ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga.

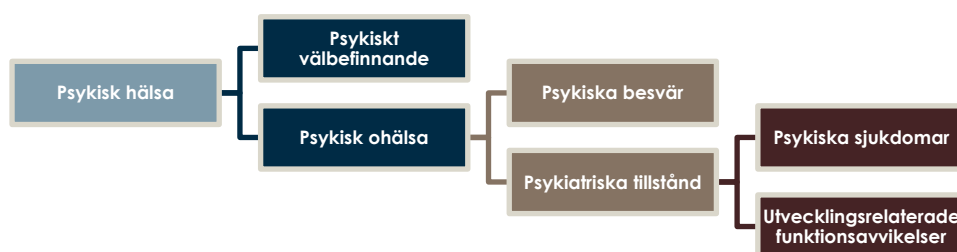
I slutrapporten återkommer vi i viss mån till de olika aktörernas roller och omfattning i arbetet, där förslag på tidsplan för att ta fram och implementera programmet ska redovisas.

Barns och ungas psykiska hälsa

Psykisk hälsa är ett paraplybegrepp som inbegriper dimensionerna psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa [59]. Psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är olika dimensioner och inte varandras motsatser. Även om det finns samband mellan dimensionerna så kan exempelvis personer som inte har någon psykisk ohälsa uppleva ett lågt psykiskt välbefinnande. På samma sätt kan personer med psykiatriska tillstånd uppleva psykiskt välbefinnande. Psykisk ohälsa delas in i psykiska besvär och psykiatriska tillstånd beroende på om den psykiska ohälsan uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos. Psykiatriska tillstånd delas i sin tur in i psykiska sjukdomar och syndrom respektive utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser (i vardagligt tal kallat neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) beroende på när i ålder som de debuterar. Psykiatriska tillståndens allvarlighetsgrad kan i sin tur variera från milda, måttliga till svåra.

Psykiska besvär kan betraktas som ett viktigt hälsoproblem, samtidigt är de vanligt förekommande bland barn och unga och handlar ofta om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Besvärerna kan vara mildare eller svårare och de kan pågå under kortare eller längre perioder.

Figur 2. Definition av psykisk hälsa samt inbördes ordning av begrepp som rör området



Källa: Uppdrag psykisk hälsa, PM Begrepp inom området psykisk hälsa 2020

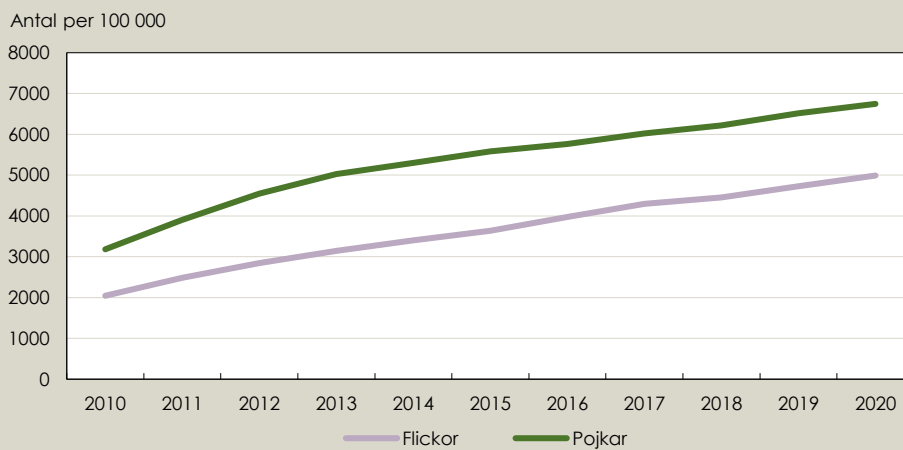
Hur vanligt är det med psykisk ohälsa hos barn och unga?

Sett över tid tycks andelen barn och unga med självrapporterade psykiska besvär ha ökat, framförallt de senaste 10 åren [60]. Andelen 11–15 åringar som uppgav sömnsvårigheter, nervositet och nedstämdhet dagligen var 9–13 procent bland flickor och 3–10 procent bland pojkar. Andelen 12–18 åringar som uppgav att de ganska ofta eller för det mesta varit ledsna, nedstämda och nervösa var 19–28 procent bland flickor och 5–15 procent bland pojkar.

Psykiatriska tillstånd som är vanligast förekommande bland barn och unga är ångesttillstånd, utagerande tillstånd såsom trotssyndrom, depressiva

tillstånd och adhd [61]. Antalet barn och unga som vårdats inom specialiserad hälso- och sjukvård för psykiatriska tillstånd har ökat från 2010 till 2020 bland både flickor och pojkar 5–17 år enligt data baserat på Socialstyrelsens patientregister. Bland både pojkar och flickor var vårdkontakter inom specialistvården för en utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse såsom autismspektrumtillstånd och adhd vanligast, efterföljt av ångest- och depressiva tillstånd. Data som återfinns i patientregistret är dock ej helt säkert. Den observerade ökningen kan vara ett uttryck för att fler söker vård jämfört med tidigare, eller att regionernas inrapportering till registret ökat. Dessutom innehåller registret endast data från den specialiserade vården, och inte barn och unga som får vård och insatser inom primärvården.

Figur 3. Antal barn och unga 5–17 år som vårdats för psykiatriskt tillstånd inom den specialiserade vården mellan åren 2010–2020



Olika psykiatriska tillstånd uppstår vid olika tidpunkter i livet

Psykiatriska tillstånd kan uppstå både i barndomen och i vuxen ålder. Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser, specifika fobier och separationsångest, social ångest samt trots- och uppförandestörningar debuterar oftast i barndomen medan förstämningssyndrom, psykossjukdomar och personlighetssyndrom oftast debuterar senare [62, 63]. Det finns viss kunskap om att vissa psykiatriska tillstånd i barndomen kan leda till andra psykiatriska tillstånd i vuxen ålder. Till exempel har man funnit att specifika fobier och separationsångest i barndomen är associerat med ökad risk för att utveckla mer svårbehandlade ångesttillstånd senare i livet [64].

Screening av barns och ungas psykiska hälsa

Bedömning av möjligheter till screening av barns och ungas psykiska hälsa:

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

Med screening avses en systematisk undersökning av en population för att identifiera personer som har ett visst tillstånd eller en viss sjukdom, eller som löper en ökad risk att få tillståndet eller sjukdomen [65, 66]. Syftet är att upptäcka en sjukdom eller ett tillstånd tidigt, för att förhindra mer allvarliga eller omfattande konsekvenser för både den enskilda individen och samhället. Screening ska prioriteras med hänsyn till samhällets begränsade resurser och behöver därför bedömas i relation till dess kostnadseffektivitet i relation till behovet. Enligt denna definition är en grundläggande förutsättning för screening att det finns ett tillstånd eller sjukdom som kan och bör upptäckas, samt att det finns åtgärder som då kan sättas in.

Mäta psykisk ohälsa hos barn och unga

Vid mätning av psykisk ohälsa kan information om både problematiska och oönskade beteenden, psykiska besvär eller avsaknad av adaptiva beteenden och välbefinnande samlas in. Syftet med dessa instrument kan vara olika, såsom att mäta och följa upp psykisk hälsa eller ohälsa över tid. Det kan också vara att få ett underlag att samtala kring, eller att få stöd och vägledning i att upptäcka individer som löper risk att utveckla psykiatriska tillstånd.

I förstudien har vi avgränsat frågan till mätinstrument i syfte att ge stöd och vägledning i att upptäcka individer som löper risk att utveckla psykiatriska tillstånd. När man mäter psykisk hälsa hos barn och unga kan underlag inhämtas från barnet, vårdnadshavarna, lärarna, eller andra vuxna i barnets omgivning. Det finns idag flera olika typer av mätinstrument för screening av psykisk hälsa hos barn och unga i skolan [67] men ingen vägledning i vad som bör mätas vid vilken ålder som är ändamålsenligt utifrån kostnadseffektivitet i relation till behov.

Screena för ångest- och depressionstillstånd i skolåldern

Ångeststillstånd är ett psykiatriskt tillstånd som debuterar i tidig skolålder [62, 63] och som riskerar att leda till mer svårbehandlade psykiatriska tillstånd och utanförskap senare i livet [64, 68]. Ångest- och depressionstillstånd är dessutom mer svårupptäckta jämfört med andra tillstånd som kan inbegripa beteendeproblem och utagerande, vilket skulle kunna indikera att det är särskilt angeläget att tidigt upptäcka denna grupp [69].

Även om depressiva tillstånd oftast debuterar i vuxen ålder kan tidiga tecken redan uppstå i senare skolålder. Självordstankar förekommer till exempel hos 20–25 procent av barn mellan 12–17 år, men det finns inga bra metoder att skilja individer vars tankar är övergående från dem som riskerar att utveckla depressionstillstånd eller att ta sitt liv [70-72].

Det saknas också mätinstrument för att urskilja ångest- och depressionstillstånd från psykiska besvär bland barn och unga [73, 74]. Den största risken med nuvarande instrument är att de är överinkluderande, det vill säga riskerar att leda till ”falskt positiva utfall”. Detta problem skulle kunna åtgärdas genom att samla in underlag från flera personer istället för endast från barnet, till exempel genom att komplettera med underlag från lärare och vårdnadshavare. Det skulle dock behöva utvärderas närmare om en sådan modell skulle skapa en bättre balans mellan instrumentets sensitivitet och specificitet.

Kunskap om samhällsvinster för tidig upptäckt och insatser för ångest- och depressionstillstånd bland barn är begränsade då få studier utvärderat frågan [75]. Fler studier behövs kring kostnadseffektiviteten av att behandla ångest- och depressionstillstånd hos barn och unga. Utöver detta saknas även kunskap om hur stor andel av barn och unga i Sverige som idag inte får den vård de skulle behöva, samt om barn med ångest- och depressionstillstånd är överrepresenterade ibland dessa. I en rapport från Stockholm har yngre barn, jämfört med äldre, samt barn i utsatta områden visat sig vara mindre benägna att söka vård [76]. Mer kunskap behövs inom detta område.

Förutsättningar för screening inom ramen för elevhälsans arbete

Elevhälsans arbete och uppdrag kopplat till barns och ungas psykiska hälsa finns beskrivet i en vägledning framtagen i samarbete mellan Skolverket och Socialstyrelsen [77]. I nuvarande vägledning framgår att hälsobesök- och samtal ska innehålla frågor och uppföljning av barnets hemsituation, levnadsvanor och psykiska hälsa. Däremot ges ingen vägledning i hur dessa frågor ska utformas och det är idag en stor spridning i utformningen av frågor som rör levnadsvanor, psykosocial miljö och psykisk hälsa i samband med hälsokontrollerna. Utformningen av dessa samtal, samt frågor om psykisk hälsa, har utvecklats på lokal nivå. Elevhälsans personal uttrycker själva att de har metoder för att upptäcka psykiska besvär, men att det största bekymret är svårigheten att slussa vidare elever som har behov av vård och insatser, till

rätt instanser som är villiga att ta emot. Det uttrycks ett behov av att tydliggöra elevhälsans roll, inom ramen för skolans uppdrag, för att lättare kunna samverka med hälso- och sjukvården när behovet uppstår. Just bristande samordning och samverkan för barn och unga med psykisk ohälsa har lyfts fram som ett särskilt utsatt område som riskerar leda till försenade insatser, negativa upplevelser och lägre kvalitet i vård och insatser [78].

Samlad bedömning kring screeningfrågan

Förstudien ger en preliminär indikation på om screening kan vara ändamålsenligt och kostnadseffektivt inom ramen för elevhälsans nuvarande arbete. Den samlade bedömningen är att det idag inte är ändamålsenligt att screena för varken psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd inom ramen för elevhälsans arbete. Den samlade bedömningen kring frågan om screening baseras på kunskap från experter och sakkunniga samt inspel från målgrupper som jobbar inom elevhälsa och första linjens psykiatri.

Screening för psykiska besvär bedöms inte vara genomförbar eftersom:

- naturalförloppet inte är känt och varierar beroende på typ av besvär.
- det inte finns någon förutsägbar symtomfri fas som går att upptäcka [enligt kriterium 2 och 3 i Socialstyrelsens kriterier för ändamålsenlig screening; 79].

Screening för psykiatriska tillstånd bedöms inte vara genomförbar eftersom:

- det saknas säkra metoder att mäta och urskilja psykiatriska tillstånd från psykiska besvär för barn i skolålder.
- det inte finns vetenskapligt stöd för kostnadseffektiviteten av tidiga insatser för dessa psykiatriska tillstånd.

Elevhälsan bedöms idag ha ändamålsenliga strukturer för att fråga om och följa upp både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd på individnivå, även om formerna för detta skiljer sig åt över landet. En större enhetlighet på nationell nivå kring frågor om, bedömning och uppföljning av elevers psykiska hälsa i samband med hälsokontroller skulle kunna ha betydelse för en mer jämlik vård, men behöver utredas vidare.

Det är viktigt att beakta att elevhälsan upplever att det är svårt att slussa vidare barn och unga med misstänkta vårdbehov till hälso- och sjukvården, där de behöver följas upp och omhändertas.

Screening av psykisk ohälsa, utöver det som redan görs inom ramen för elevhälsans arbete, bedöms sammantaget inte vara av avgörande betydelse för en mer jämlik vård för barn och ungas psykiska hälsa.

Ändamålsenligt stöd till barn och unga med lättare psykisk ohälsa inom primärvården

Förslag på ändamålsenligt stöd vid lättare psykisk ohälsa hos barn och unga inom primärvården och beskrivning av nuläget:

Möjligheterna till att arbeta hälsofrämjande och förebyggande i de hälsovårdande verksamheterna behöver utredas vidare i samband med utformningen av ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Hälsobesök med hälsoundersökningar och hälsosamtal ger en bild av individens hälsa, och är exempel där hälsofrämjande och förebyggande insatser kan vara möjliga.

Stöd och behandling vid lättare psykisk ohälsa erbjuds bland annat inom primärvården, och äger vanligen rum inom första linjens insatser. Första linjen är organiserad på olika sätt i landet med olika ansvarsfördelning och vårdnivåer.

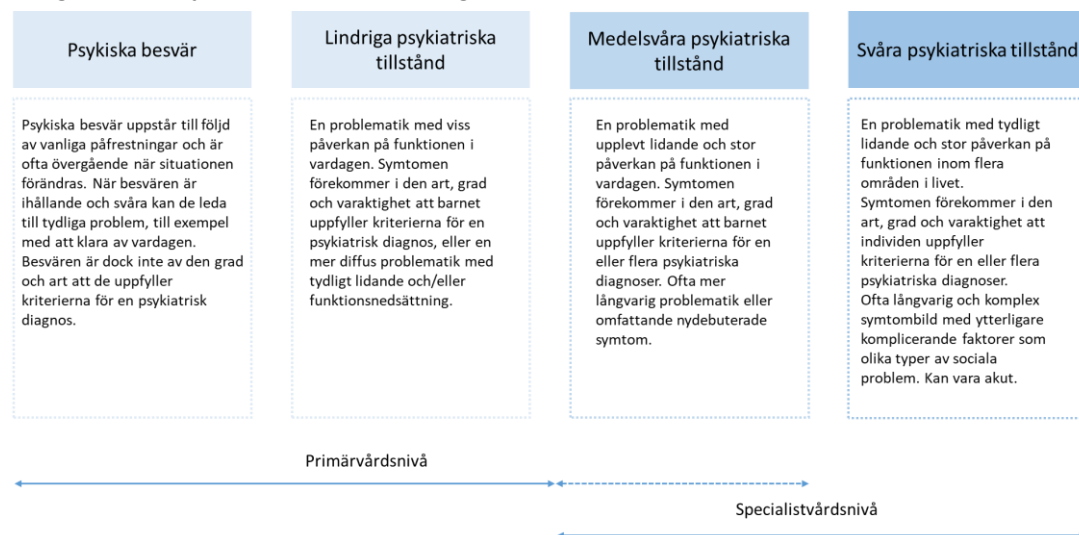
Det finns riktlinjer, nationella vård- och insatsprogram samt kompletterande regionala vårdprogram och medicinska riktlinjer för stöd och behandling vid milda till måttliga psykiatriska tillstånd. Det är angeläget att de implementeras och utvecklas i samband med omställningen till en god och nära vård med primärvården som nav.

Vård och insatser för barn och unga med lättare psykisk ohälsa ges idag inom olika verksamheter inom första linjen. Med begreppet första linjen menas i regel den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot barn, unga eller föräldrar som söker hjälp för att ett barn har behov av stöd, oavsett om problemen har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker. Första linjens vård vid psykisk ohälsa bedrivs inom olika verksamheter såsom ungdomsmottagningar, vårdcentraler, socialtjänst, familjecentraler, elevhälsoenheter och barn- och ungdomspsykiatri, men är organiserad på olika sätt hos regioner och kommuner. Det finns idag ingen nationellt framtagen riktlinje för vilken vård som ska erbjudas på vilken vårdnivå och hur första linje-uppdraget ska formuleras inom respektive region, vilket leder till stor variation avseende hur och av vilken aktör vården erbjuds [80].

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beskriver att den bristande samordningen mellan och inom olika verksamheter runt ett barn med vård- och omsorgsbehov, kan leda till försenade insatser, negativa upplevelser och lägre kvalitet i vård och insatser som ges [78]. SKR lyfter fram behov av att förtydliga första linjens uppdrag, ta fram tydliga överenskommelser för samarbete över huvudmannagränser och erbjuda en lättillgänglig och sammanhållen ingång som viktiga vägar framåt för att öka tillgången till god

och jämlik vård för barn och ungas psykiska ohälsa [81]. Barn och unga är själva också kritiska till hur hälso- och sjukvården fungerar och upplever den som ineffektiv och otillgänglig [82].

Figur 4. Vårdsnivå för psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, enligt första linjen-nätverkets förslag



Källa: SKR, Första linjen-nätverket (arbetsmaterial)

För psykiska besvär och milda till måttliga psykiatriska tillstånd finns det kunskapsstöd att tillgå, exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer, nationella vård- och insatsprogram, nationellt kliniskt kunskapsstöd och regionala vårdprogram och riktlinjer. Det finns en viss bristande kunskap om framför allt stöd vid psykiska besvär i en primärvårdskontext. Det ändamålsenliga stödet vid lättare psykisk ohälsa bör bygga på evidens och riktlinjer, men för att åstadkomma ett gott stöd behövs det också en ökad tydlighet kring vem som har ansvar för och hur man arbetar med stöd vid psykiska besvär inom första linjen.

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

Exempel på stödjande insatser kan vara att primärvården erbjuder stödsamtal, krisstöd och psykopedagogiskt stöd för barn och unga inklusive stöd till närstående – såsom exempelvis framgår tydligt i regionala riktlinjer i Västra Götalandsregionen och Region Stockholm med flera [83].

Stödjande insatser består ofta av validering eller normalisering av symtom, problemlösning eller stöd i att hantera tillfälliga kriser eller förändringar i livssituationen. Dessa insatser syftar till att ge ett kortare stöd och ska inte förväxlas med psykologisk behandling och kan vara viktiga för att förebygga utveckling av psykiatriska tillstånd för vissa individer.

Inom ramen för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga kan det finnas utrymme för att arbeta mer hälsofrämjande vad gäller psykisk hälsa. Behandling av milda till måttliga psykiatriska tillstånd bör dock inte inrymmas i ett nationellt hälsovårdsprogram.

Det finns idag initiativ och arbeten som gäller barns och ungas psykiska hälsa, som behöver beaktas vidare vid utveckling av ett nationellt hälsovårdsprogram [84-86], och där utkomsten av dessa kan komma att bidra stort till kunskapsläget inom området [87, 88].

Nästa steg i uppdraget

Nu fortsätter arbetet med återstående delar av uppdraget som ska slutredovisas i oktober 2022. Dessa är:

- Göra 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.
- Analysera och lämna förslag på hur hälsovårdsprogrammet kan implementeras.
- Lämna förslag på en tidsplan för hälsovårdsprogrammets framtagande och implementering.
- Lämna förslag till struktur- och processindikatorer som kan användas för att bedöma implementeringen av och följsamheten till hälsovårdsprogrammet.
- Lämna förslag på hur en uppföljning av barn och ungas fysiska, psykiska och sexuella hälsa, genom nya och befintliga datakällor och indikatorer, kan ske kopplat till en samlad uppföljning av det nationella hälsovårdsprogrammet. Socialstyrelsens förslag ska förhålla sig till utredningens förslag avseende uppföljning.
- Ge förslag på hur de kunskapsnoder som finns över landet i form av centrala mödrahälsovårdsenheter och centrala barnhälsovårdsenheter kan beaktas när hälsovårdsprogrammet för barn och unga ska genomföras och förvaltas
- Plan för långsiktig förvaltning och utveckling av såväl hälsovårdsprogrammet som kunskapsstöd som stödjer användningen av hälsovårdsprogrammet i de aktuella verksamheterna
- Redovisa styrkor och eventuella risker med förslagen, samt i den mån det är möjligt, konsekvenser och kostnadsberäkning av förslagen, som inkluderar en analys av hur förslagen kan bidra till att uppnå de folkhälsopolitiska och jämställdhetspolitiska mål respektive delmål om en jämlik och jämställd hälsa, och att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.
- Analysera och redovisa för övriga avvägningar som myndigheten bedömer ändamålsenliga utifrån syftet med förstudien

I arbetet med förstudien till delrapporteringen har det också framkommit vissa områden som behöver ytterligare utredning och fördjupning, och som nämnts i denna rapport. Vi kommer även att arbeta vidare med dessa, i så stor utsträckning som är möjligt under tiden som återstår till slutrapporteringen.

Referenser

1. Regeringen. Uppdrag att genomföra en förstudie avseende ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga 2021:
2. Regeringen. Kommittédirektiv. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga 2019:
3. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. SOU 2021:34. 2021.
4. Köhler L. Health indicators for Swedish children. A contribution to a municipal index. 2006.
5. Lagercrantz H. Child health in Sweden is characterised by good health and low accidents, but rising psychological problems. *Acta Paediatrica*. 2017; (106):860-3.
6. Wettergren B, Blennow, M., Hjern, A., Söder, O., Ludvigsson, J.F. Child Health Systems in Sweden. *The Journal of Pediatrics*. 2016; (177S):187-202.
7. 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.
8. Flodmark C-E. Prevention Models of Childhood Obesity in Sweden. *Obes Facts*. 2018; 11(3):257-62.
9. 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.
10. SFOG Ifmi. Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa; 2008.
11. barnhälsovård RfRi. Rikshandboken. Barnhälsovård. 2021. Hämtad 2021 3 november från: <https://www.rikshandboken-bhv.se/>
12. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården; 2014.
13. SKR. Metodstöd för elevhälsan. Hämtad från: <https://metodstod.se/>
14. Socialstyrelsen, Skolverket. Vägledning för elevhälsan; 2016.
15. Johansson H. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Umeå: Umeå Universitet; 2010.
16. Haglund BJA, Tillgren, P. Från Ottawa charter till Shanghai Statement - en 30 årig resa i hälsofrämjande arbete. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2016; 93(2):128-37.
17. Nations U. The 17 goals. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development; 2015.
18. WHO. Promoting health in the SDGs; 2017.
19. 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.
20. Gluckman PD, Hanson, M.A. Living with the Past: Evolution, Development, and Patterns of Disease. *Science*. 2004; 305:1733-6.
21. 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.
22. 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.
23. Barnkonventionen och svensk rätt Volym 2 SOU 2020:63. 2020.
 24. Skolverket. Sex och samlevnad. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/skolutveckling/inspiration-och-stod-i-arbetet/stod-i-arbetet/sex-och-samlevnad>
 25. Kuo AA, Inkelas, M., Lotstein, D.S., Samson, K., Schor, E.L., Halfon, N. Rethinking Well-Child Care in the United States: An International Comparison. *Pediatrics*. 2006; 118(4):1692-702.
 26. 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.
 27. Salut-satsningen - för barn och ungas hälsa. 2021. Hämtad 2022 22 februari från: <https://www.regionvasterbotten.se/folkhalsa/salut-satsningen-for-barn-och-ungas-halsa>
 28. hälsovårdsministeriet S-o. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga. Finland; 2011.
 29. Mäki P, Wikström, K., Hakulinen, T., Laatikainen, T. Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen & inom skolhälsovården; 2018.
 30. GOV.UK. Healthy child programme 0 to 19: health visitor and school nurse commissioning. 2021. Hämtad från: <https://www.gov.uk/government/publications/healthy-child-programme-0-to-19-health-visitor-and-school-nurse-commissioning>
 31. Shribman SB, K. Healthy Child Programme. Pregnancy and the first five years of life; 2009.
 32. DH/DCSF. Healthy Child Programme: From 5-19 years old; 2009.
 33. Ohrnberger J, Fichera, E., Sutton, M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*. 2017:42-9.
 34. Starrs AM, Ezeh, A.C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J.T., Bum R., Coll-Seck, A.M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z.A., Say, L., Serour, G.I., Singh, S.S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summer, C., Ashford, L.S. Accelerate progress - sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018; 391:2642-92.
 35. Folkhälsomyndigheten. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR); 2020.
 36. Stern J, Larsson, M., Kristiansson, P., Tydén, T. Introducing reproductive life plan-based information in contraceptive counselling: an RCT. *Hum Reprod*. 2013; 28(9):2450-61.
 37. Skogsdal Y, Fadl, H., Cao, Y., Karlsson, J., Tydén, T. An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health - a randomized controlled trial. *Ups J Med Sci*. 2019; 124(3):203-12.
 38. Leal SC, Bronkhorst, E.M., Fan, M. Frenken, J.E. Untreated cavitated dentine lesions: impact on children's quality of life. *Caries Res*. 2012; 46:102-6.
 39. Kramer A. 2013.

40. André Kramer AC SM, Skaare AB, Espelid I, Östberg AL. Caries increment in primary teeth from 3 to 6 years of age: a longitudinal study in Swedish children. *Eur Arch Paediatr*. 2014.
41. Alm A. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers.: University of Gothenburg; 2008.
42. 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 Res*. 2013; 47:234-42.
43. Stensson M. Oral Health in Young People with asthma. Göteborg, Sweden: Univesity of Gothenburg; 2010.
44. Rosén L. Dental caries and background factors in children with heart disease. Umeå: Umeå University; 2011.
45. Uerlich MF BS, 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):12561.
46. Costacurta M DL, 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.
47. Borssén E, Stecksén-Blicks, C. Risk factors for dental caries in 2-year-old children. *Swed Dent J*. 1998; 22:9-14.
48. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld. Ett utbildningsmaterial. Stockholm; 2021.
49. regioner Sko. Hälso- och sjukvård för våldsutsatta. Så kan arbetet utvecklas. . Stockholm; 2021.
50. kvinnofrid Ncf. Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala; 2014.
51. rådet B. Våld i ungas parrelationer. Stockholm; 2021.
52. Marmot M, Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., Geddes, I. Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review); 2010.
53. 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.
54. E-hälsomyndigheten. Sammanhållen journalföring. Möjligheter till digital informationsförsörjning på hälsodataområdet.; 2022.
55. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2021.
56. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018.
57. Socialstyrelsen. Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Stockholm; 2014.
58. God och nära vård SOU 2019:29. Stockholm; 2019.
59. Begrepp inom området psykisk hälsa (Version 2020). 2021:
60. Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst (En kunskapsöversikt). Stockholm: Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2021. Report No.: 978-91-88561-40-4.
61. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental

- disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2015; 56(3):345-65.
62. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*. 2021:1-15.
 63. Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, Copeland WE, Odgers CL, Franke B, et al. Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2019; 5(1):1-25.
 64. Lieb R, Miché M, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Meyer AH, Wittchen HU. Impact of specific phobia on the risk of onset of mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults. *Depression and Anxiety*. 2016; 33(7):667-75.
 65. Screening programmes: a short guide - Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe; 2020. Report No.: 978 92 890 5478 2.
 66. Speechley M, Kunnilathu A, Aluckal E, Balakrishna M, Mathew B, George EK. Screening in Public Health and Clinical Care: similarities and differences in definitions, types, and aims—a systematic review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*. 2017; 11(3):LE01.
 67. Burns JR, Rapee RM. From barriers to implementation: Advancing universal mental health screening in schools. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*. 2021; 31(2):172-83.
 68. Långsiktiga konsekvenser av att få depression eller ångestsyndrom som ung. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Report No.: 2021-12-7721.
 69. Merikangas KR, He J-p, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B, et al. Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey—Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011; 50(1):32-45.
 70. Cha CB, Franz PJ, M. Guzmán E, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth—epidemiology,(potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and psychiatry*. 2018; 59(4):460-82.
 71. Instrument för bedömning av suicidrisk. Stockholm: Statens beredning för medicinskt upplysning; 2015. Report No.: 242.
 72. Carter T, Walker GM, Aubeeluck A, Manning JC. Assessment tools of immediate risk of self-harm and suicide in children and young people: a scoping review. *Journal of child health care*. 2019; 23(2):178-99.
 73. Creswell C, Waite P, Cooper PJ. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*. 2014; 99(7):674-8.
 74. Schniering CA, Hudson JL, Rapee RM. Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*. 2000; 20(4):453-78.
 75. Knapp M, Wong G. Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*. 2020; 19(1):3-14.
 76. Förekomst av psykisk ohälsa och vårdkonsumtion i Stockholms län bland ungdomar och vuxna - Geografisk variation och samband med bostadsområdets socioekonomiska struktur. Stockholm Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Report No.: 2021:4.

77. Vägledning för elevhälsan. Stockholm: Skolverket och Socialstyrelsen; 2016. Report No.: 2016-11-4.
78. De tar inte hand om hela mig Samordning av insatser för barn med psykisk ohälsa behöver förbättras. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg 2021. Report No.: 2021:6.
79. Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Report No.: 2019-4-12.
80. Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa
Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Report No.: 2021-3-7284.
81. Första linjen 2020 - Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
82. Ungas förväntningar på vården Undersökning genomförd av Demoskop på uppdrag av Forum för Health Policy. Forum för health policy 2022.
83. Psykisk hälsa. Hämtad 2022 29 mars från:
<https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/styrande-dokument-inom-halso--och-sjukvard/amnesomraden/psykiatri/>
84. SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska/ekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm; 2021.
85. Regeringen. Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerad barn och unga får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång 2020:
86. Regeringen. Uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020-2023 2020:
87. SBU. Främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och unga. 2021. Hämtad 2021 28 mars från: <https://www.sbu.se/sv/pagaende-projekt/framjande-av-psykiskt-valbefinnande-hos-barn-och-unga/>
88. Forte. Barns och ungas psykiska hälsa 2022. 2022. Hämtad 2022 28 mars från: <https://forte.se/utlysning/barns-och-ungas-psykiska-halsa-2022/>

Bilaga 1. Aktörer som deltagit i samverkan och dialog

Lista i bokstavsordning på de aktörer som har deltagit i samverkan och dialog. Fler har varit inbjudna och ytterligare fler kommer att bjudas in att delta i det fortsatta arbetet.

Akademikerförbundet
Autism- och aspergerförbundet
BLF:s delförening för allmänpediatrik och hälsovård
Barnens rätt i samhället - BRIS
Centrala barnhälsovårdsrådet
Dietisternas riksförbund
Distriktssköterskeföreningen
E-hälsomyndigheten
Elevhälsonätverket (SKR samordnar)
Folkhälsomyndigheten
Fysioterapeuterna
Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar
Föreningen Sveriges skolkuratorer
Maskrosbarn
Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd
Mödrahälsovårdsöverläkarna inom SFOG
Mötesforum barnhälsovård (SKR samordnar)
NAG BHV (nationell arbetsgrupp barnhälsovården)
Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
Nationella primärvårdsrådet
NPO barns och ungdomars hälsa
NPO kvinnosjukdomar och förlossning
NPO levnadsvanor
NPO psykisk hälsa
NPO rehabilitering och habilitering
NPO tandvård
Privattandläkarna
Psifos (Psykologer i förskola och skola)
Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård
Riksföreningen för barnsjuksköterskor
Riksföreningen för skolsköterskor
Rädda barnen
Samordningsbarnmorskorna för mödrahälsovården
Skolinspektionen
Skoliosföreningen Sverige
Specialpedagogiska myndigheten
Statens skolverk
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 skulläkarföreningen
Sveriges arbetsterapeuter
Sveriges kommuner och regioner (SKR)
Sveriges skolläraryrkeförbund
Sveriges tandhygienistförening
Sveriges tandläkarförbund
Sveriges ögonläkarförening
Unga Allergiker