

# Nationellt hälsoprogram för barn och unga

Plan för att ta fram hälsoprogrammet och  
kartläggning av uppskattade kostnader för  
nuvarande verksamhet

Delredovisning 2

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

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

Artikelnummer: 2024-9-9212

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), september 2023

## Förord

Socialstyrelsen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering fått i uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga till och med 20 års ålder. Uppdraget ska slutredovisas i oktober 2026.

Detta är den andra delredovisningen i uppdraget. Redovisningen innehåller en plan för hur myndigheterna ska bedriva arbetet med att ta fram det nationella hälsoprogrammet och en kartläggning av uppskattade kostnader för motsvarande verksamhet som för närvarande utförs av de identifierade kärnverksamheterna i hälsoprogrammet. Utredarna Klara Granat, Ylva Malmquist, Christina Emilson, Anna Backman, Maria Silfverschiöld, och Mimmi Åström på Socialstyrelsen har tagit fram rapporten i samarbete med medarbetare från de samverkande myndigheterna.

Ansvarig enhetschef på Socialstyrelsen är Maria A Hilberth.

Björn Eriksson  
Generaldirektör  
Socialstyrelsen

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
Bakgrund till uppdraget .....	5
Plan för att ta fram hälsoprogrammet .....	5
Kartläggning av uppskattade kostnader .....	7
<b>Nationellt hälsoprogram för barn och unga .....</b>	<b>9</b>
<b>Plan för uppdraget att ta fram ett nationellt hälsoprogram ....</b>	<b>10</b>
Principer för arbetssätt .....	10
Hälsoprogrammet byggs upp stegvis .....	10
Barn, unga, föräldrar och professioner är delaktiga .....	11
Samverkan med aktörer på nationell, regional och lokal nivå .....	12
Organisation för arbetet med att ta fram hälsoprogrammet .....	13
Översikt och tidsplan för uppdraget .....	14
Pågående och planerat arbete i delprojekten .....	15
<b>Kartläggning av uppskattade kostnader .....</b>	<b>21</b>
Metod för att beräkna kostnader .....	21
Begränsningar av tillgängliga data och redovisning av kostnader .....	22
Beräkning av totala kostnader per verksamhetsområde .....	22
Mödrahälsovård .....	23
Barnhälsovård .....	26
Tandvård .....	28
Elevhälsan .....	30
Socialtjänstens öppna insatser .....	35
Ungdomsmottagningar .....	36
Familjecentraler .....	37
Föräldraskapsstöd och föräldrastödsprogram .....	38
Kostnader för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring .....	40
Kommentarer om redovisade kostnader .....	40
<b>Referenser .....</b>	<b>44</b>
<b>Bilaga 1. Kostnad för elevhälsa per kommun .....</b>	<b>47</b>
<b>Bilaga 2. Kostnad för social-tjänstens övriga insatser per kommun .....</b>	<b>57</b>

# Sammanfattning

## Bakgrund till uppdraget

Regeringen har gett sex myndigheter i uppdrag att ta fram ett hälsoprogram för barn och unga. Hälsoprogrammet ska bland annat främja barns och ungas hälsa och utveckling och förebygga ohälsa. Hälsoprogrammet syftar till att uppnå en sammanhållen, regelbunden och jämlik hälsouppföljning för barn och unga upp till och med 20 års ålder. Kärnan i hälsoprogrammet är hälsobesök med hälsoundersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd. Hälsoprogrammet riktar sig främst till mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna samt tandvården.

Denna delredovisning innehåller

- en plan för hur myndigheterna ska bedriva arbetet med att ta fram hälsoprogrammet.
- en kartläggning av beräknade kostnader för respektive kärnverksamhet i hälsoprogrammet.

Socialstyrelsen ska även lämna en delredovisning av uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 september 2025 och en slutredovisning senast den 31 oktober 2026.

## Plan för att ta fram hälsoprogrammet

En grundläggande princip för hälsoprogrammet är att innehållet utformas efter vad barn och unga behöver för att utvecklas väl och må bra. Arbetet sker i en utforskande utvecklingsprocess tillsammans med företrädare för professioner, barn, unga och föräldrar för att bättre förstå barns och ungas behov. Det ska bidra till ett innehåll som främjar hälsa och utveckling och förebygger ohälsa.

Arbetet med att ta fram hälsoprogrammet är omfattande och sker stegvis. Under uppdragstiden tas basen i hälsoprogrammet fram. Den utgörs av ett antal hälsobesök med hälsoundersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd vid definierade åldrar, från före födelsen till och med 20 års ålder. Flera delar i hälsoprogrammet kommer att fortsätta att bearbetas enligt den utvecklings- och förvaltningsplan som presenteras i slutredovisningen.

Företrädare för barn, unga och föräldrar samt flera professioner är delaktiga i arbetet med att ta fram hälsoprogrammet. Samverkan sker med offentliga aktörer på nationell, regional och lokal nivå samt med civilsamhällets

organisationer som på olika sätt arbetar med frågor som rör barns och ungas hälsa och utveckling.

De samverkande myndigheterna genomför uppdraget i fem delprojekt som beskrivs nedan och som vardera innehåller flera arbetsgrupper:

**Delprojekt utforma** handlar om struktur och form för hälsoprogrammet och om att få ihop de olika delarna. Där ingår till exempel att ta fram ett ramverk med frisk-, risk- och skyddsfaktorer som stödjer innehållet i hälsoprogrammet. Där ingår också att analysera hur övergångarna kan förbättras mellan verksamheterna som utför insatser i hälsoprogrammet. Dessutom ingår att undersöka möjligheterna att publicera hälsoprogrammet i sin helhet digitalt. Idag publiceras befintliga basprogram, kunskapsstöd och liknande material på olika digitala plattformar, beroende på vilken aktör som är upphovsman. De samverkande myndigheterna bedömer att en sampublicering av olika aktörers kunskapsstödjande material förutsätter en nationell samordning.

**Delprojekt bästa tillgängliga kunskap utifrån temaområden** handlar om att säkerställa att innehållet i hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskapsstöd utgår från bästa tillgängliga kunskap om barns och ungas behov. I det ingår bland annat att kartlägga vad som görs idag, att identifiera behov och att bedöma vad hälsoprogrammet ska innehålla och när hälsobesöken bör erbjudas. Det ingår även att vid behov ta fram nya kunskapsstöd.

**Delprojekt följa barns och ungas hälsa och följa upp hälsoprogrammet** handlar om att lämna förslag på en långsiktig och ändamålsenlig uppföljning av barns och ungas hälsa och utveckling, samt av implementering och utvärdering av hälsoprogrammet. Där ingår att ta fram ett förslag till ramverk med indikatorer.

**Delprojekt kostnader** handlar dels om att kartlägga uppskattade nuvarande kostnader, vilket redovisas i kapitlet om Kartläggning av uppskattade kostnader i denna delredovisning, dels om att analysera och beräkna eventuella förändrade kostnader för det kommande hälsoprogrammet.

**Delprojekt strategi för implementering och plan för utveckling och förvaltning** handlar om att ta fram en strategi som har fokus på det stöd och den styrning som kan ske på nationell nivå. Centralt för strategin är att analysera vilka behov av implementeringsstöd som finns på lokal och regional nivå. Det handlar också om att ta fram en struktur och en tidsplan för långsiktig utveckling och förvaltning av hälsoprogrammet.

## Kartläggning av uppskattade kostnader

Kartläggningen av uppskattade kostnader för hälsofrämjande och förebyggande insatser, som idag utförs av de identifierade kärnverksamheterna i hälsoprogrammet, ska tjäna som utgångspunkt för beräkning av kostnader för planerade insatser i det kommande hälsoprogrammet för barn och unga. I nästa delredovisning, den 30 september 2025, ska en analys redovisas av vilka eventuella förändrade kostnader hälsoprogrammet kan komma att medföra.

Den totala nettokostnaden på riksnivå uppskattas till 2 508 000 000 kronor för mödrahälsovården, 3 279 000 000 kronor för barnhälsovården, 3 637 000 000 kronor för tandvården och 746 000 000 kronor för socialtjänstens förebyggande insatser (tabell 1). För den samlade elevhälsan redovisas bruttokostnaden på 6 305 000 000 kronor (tabell 1). De kostnader som redovisas är baserade på publicerad statistik för år 2022 från Statistiska centralbyrån (SCB) [1] och från Skolverkets officiella statistik [2].

## Rapportering och uppföljning av kostnader behöver utvecklas och stärkas

Kommuner och regioner organiserar kärnverksamheterna olika, vilket kan medföra skillnader i hur och var insatser prioriteras och erbjuds samt hur kostnader registreras och rapporteras. Det finns sannolikt också skillnader mellan kommuner och regioner i vad som ingår i kostnaden per barn för en viss verksamhet.

De samverkande myndigheterna konstaterar att det finns stora utmaningar med att beräkna kostnaderna för enskilda hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges till barn och unga, eftersom de inte går att separera från kostnader för riktade insatser till riskgrupper och för behandling. Kartläggningen visar att data saknas helt i vissa fall, och att den data som finns inte alltid är tillförlitlig eller på den detaljnivå som behövs för att kunna beräkna kostnader för specifika insatser. Kostnadsberäkningarna måste därför tolkas och användas med försiktighet när beräkningar av kostnader görs för planerade insatser i det kommande nationella hälsoprogrammet.

En förutsättning för rapportering och uppföljning av hälsoprogrammets kostnader är att det finns system och strukturer, enhetligt över hela landet, som stödjer sådan registrering och inrapportering till SCB, Skolverkets officiella statistik och nationella kvalitetsregister.

Tillförlitliga och tillgängliga data bidrar till att insatser kan följas upp bättre, nationellt, regionalt och kommunalt. Det skulle även kunna skapa bättre förutsättningar för att göra hälsoekonomiska beräkningar och analyser av vilka insatser som är mest effektiva och ändamålsenliga. System för registrering och inrapportering samt strukturer för ledning och styrning behöver därför utvecklas. En sådan utveckling kan medföra kostnader, till exempel i form av tid och IT-investeringar, vilket är viktigt att ta hänsyn till.



# Nationellt hälsoprogram för barn och unga

Socialstyrelsen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF), Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Statens skolverk, fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga till och med 20 års ålder. Socialstyrelsen ansvarar för att i samverkan med dessa myndigheter ta fram programmet. Myndigheterna i uppdraget benämns härnäst efter de samverkande myndigheterna.

Utgångspunkten för uppdraget är Socialstyrelsens slutredovisning av regeringsuppdraget att genomföra en förstudie avseende ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga (S2021/06171).

I februari lämnade Socialstyrelsen den första delredovisningen Hälsoprogram för barn och unga – Delredovisning om förutsättningar för uppföljning (S2023/02379).

Hälsoprogrammet är en del i arbetet med att genomföra arbetet med omställning till en god och nära vård för barn och unga.

Denna delredovisning innehåller

- en plan för hur myndigheterna ska bedriva arbetet med att ta fram hälsoprogrammet.
- en kartläggning av beräknade kostnader för respektive kärnverksamhet i hälsoprogrammet.

Socialstyrelsen ska även lämna en delredovisning av uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 september 2025 och en slutredovisning senast den 31 oktober 2026.

# Plan för uppdraget att ta fram ett nationellt hälsoprogram

Ett nationellt, standardiserat och kunskapsbaserat hälsoprogram skapar förutsättningar för att alla barn och unga får det stöd de behöver för att utvecklas väl och må bra.

Kärnan i hälsoprogrammet är hälsobesök med hälsoundersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd. Programmet riktar sig främst till mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna samt tandvården. Vård- och hälsocentraler samt delar av förebyggande socialtjänst och delar av den övriga elevhälsan kan också komma att beröras. En annan viktig del i arbetet är en ökad samverkan mellan dessa verksamheter och andra centrala aktörer, till exempel förskolan och skolan. Det är även viktigt att föra dialog med det civila samhället.

## Principer för arbetsätt

En grundläggande princip för hälsoprogrammet är att innehållet utformas efter vad barn och unga behöver för att utvecklas väl och må bra. Arbetet sker i en utforskande utvecklingsprocess tillsammans med företrädare för professioner, barn, unga och föräldrar [3, 4]. Syftet är att förstå barns och ungas behov för att ta fram ett innehåll som på bästa sätt främjar hälsa och utveckling och förebygger ohälsa.

Innehållet i hälsoprogrammet ska baseras på bästa tillgängliga kunskap, evidens när sådan finns, eller erfarenhetsbaserad kunskap. De samverkande myndigheternas befintliga processer för att ta fram kunskapsunderlag och kunskapsstöd kommer att användas. Befintliga kunskapsstöd som är tillämpliga inom hälsoprogrammet kommer att beaktas.

Hälsoprogrammet byggs i en tredelad modell enligt principen för proportionell universalism. Den innebär att universella insatser ges till alla men tillåts variera efter behov. Det kan bidra till ökade förutsättningar för en mer jämlik hälsa [5, 6] .

## Hälsoprogrammet byggs upp stegvis

Arbetet med att ta fram hälsoprogrammet sker stegvis. Det beror på att innehållet är omfattande, och det är nödvändigt att prioritera och dela upp arbetet.

Under uppdragstiden kommer basen i hälsoprogrammet att tas fram med störst fokus på del ett i den tredelade modellen som nämns ovan. I del ett

ingår att definiera innehållet i de hälsobesök med hälsoundersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd som erbjuds standardiserat till alla i ett basprogram, oavsett individuella behov.

I modellen framgår även hur ytterligare behov identifieras, som kan vara både tillfälliga eller bestå över tid, och hur de kan tillgodoses. Det kan handla om kompletterande besök och andra insatser anpassade efter behov eller samverkan mellan olika verksamheter, vilket framgår i del två och tre i modellen. Innehållet i del två och tre i modellen bearbetas stegvis därefter. Lämpliga delar i hälsoprogrammet kommer att fortsätta att bearbetas enligt den utvecklings- och förvaltningsplan som presenteras i slutredovisningen 2026.

Innehållet tas fram och utvecklas med utgångspunkt i befintliga basprogram. I arbetet ingår att ta ställning till vad av det som görs idag som behöver fortsätta göras, vad som behöver sluta göras och vad som inte görs, men behöver göras.

## Barn, unga, föräldrar och professioner är delaktiga

### Barn och unga

De samverkande myndigheterna inhämtar barns och ungas åsikter och självuttryckta behov. Ambitionen är att de barn och unga som medverkar ska känna till, engageras i och bidra till utformandet av hälsoprogrammet. Resultatet ska vägas samman med resultat från andra delprojekt och arbetsgrupper. Följande huvudsakliga aktiviteter pågår:

1. Fem grupper med barn och unga i åldrarna 4–20 år från olika delar av Sverige, arbetar utifrån olika frågeställningar som handlar om vad barn och unga behöver för att utvecklas och må bra.
2. Socialstyrelsens Råd för barn och unga bidrar med synpunkter till uppdraget om hälsoprogrammet. Rådet består av representanter från 17 civilsamhällsaktörer<sup>1</sup> som arbetar med och för barn och unga.
3. SPSM:s ungdomsnätverk bidrar med synpunkter till uppdraget om hälsoprogrammet utifrån perspektivet barn och unga med funktionsnedsättning. Nätverket består av representanter från ungdomsorganisationer som företräder personer med funktionsnedsättning.

---

<sup>1</sup> Attention ung, Barnrättsbyrån, Barnens rätt i samhället (BRIS), Förbundet vi unga, Junis, Knas hemma, Maskrosbarn, Nätverket unga för tillgänglighet (Nuft), RFSU Ungdom, Right by me, Rädda barnens riksförbund, Rädda barnens ungdomsförbund, SOS barnbyar, Stiftelsen 1825, Sveriges ungdomsråd, Unizon, Youth 2030 movement.

4. Befintlig kunskap om barns och ungas självuttryckta behov om hälsa har sammanställts. Sammanställningen bygger på studier och kartläggningar på både nationell och regional nivå där barn och unga har fått komma till tals.
5. Praoelever från Socialstyrelsens praoprogram involveras i arbetet med hälsoprogrammet. Tolv elever i årskurs 8 från skolor i Rinkeby, Hässelby och Salem ingick i 2024 års prao. Eleverna fick bland annat arbeta med frågor om aktiv fritid i ett innovationslabb.

## Föräldrar

De samverkande myndigheterna inhämtar även föräldrars åsikter och behov genom föräldraorganisationer. Det handlar dels om utformningen av hälsoprogrammet, dels om föräldrars behov av universellt föräldraskapsstöd.

## Professioner

Företrädare för professioner inom hälso- och sjukvård, tandvård, förskola, skola och socialtjänst är representerade som experter i arbetet. Under 2024 bidrar experterna främst med att identifiera barns och ungas behov och att kartlägga vad som görs idag för att tillgodose dessa behov samt att bedöma vad hälsoprogrammet ska innehålla. Under 2025 och 2026 kommer experter att bidra i det fortsatta arbetet.

## Samverkan med aktörer på nationell, regional och lokal nivå

Samverkan sker med offentliga aktörer på nationell, regional och lokal nivå samt civilsamhällets organisationer som på olika sätt arbetar med frågor som rör barns och ungas hälsa och utveckling. Dessa aktörer har värdefull kunskap som kan bidra till utformningen och implementeringen av hälsoprogrammet och för att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa hos barn och unga.

De samverkande myndigheterna erbjuder möten för information och samtal med professions- och civilsamhällesorganisationer samt beslutsfattare inom kommuner och regioner under uppdragstiden.

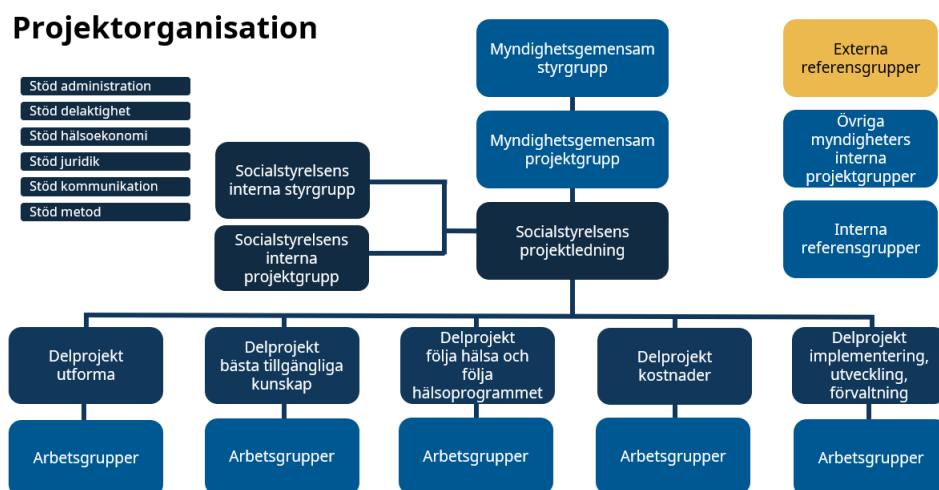
I syfte att utforska möjligheten att samordna och stödja implementering på regional och kommunal nivå kan även länsstyrelser komma att involveras. Samverkan med närsamhället är en viktig del i det hälsofrämjande arbetet och länsstyrelsen har kunskap om närsamhällets förutsättningar. Samarbetet har sitt ursprung i den nu avslutade Agenda 2030-piloten för regional samordning, där flera av de samverkande myndigheterna och fem länsstyrelser medverkade.

Gemensamma budskap om arbetet med hälsoprogrammet har tagits fram för att skapa en enhetlig information om arbetet vid kommunikationsaktiviteter. De samverkande myndigheterna medverkar på olika sätt vid konferenser, möten och nätverk som är relevanta för uppdraget. Socialstyrelsen har upprättat en webbsida för löpande information om det pågående arbetet och projektorganisationen är tillgänglig via en funktionsbrevlåda.

## Organisation för arbetet med att ta fram hälsoprogrammet

Socialstyrelsen har byggt en projektorganisation som motsvarar uppdragets omfattning och komplexitet, som bas för samarbetet mellan de samverkande myndigheterna och beslutsgången i projektet, se figur 1. En myndighetsgemensam styrgrupp med chefer från de samverkande myndigheterna fattar beslut om övergripande styrning av projektet och en myndighetsgemensam projektgrupp med projektledare från respektive myndighet träffas regelbundet för dialog om uppdragets utveckling. Uppdraget är uppdelat i delprojekt och arbetsgrupper, som i olika utsträckning bemannas av medarbetare från de samverkande myndigheterna.

**Figur 1. Projektorganisation nationellt hälsoprogram**



**Folkhälsomyndigheten** bidrar med kompetens om vad som påverkar hälsa i befolkningen, på samhälls-, grupp-, och individnivå, utifrån ett främjande och förebyggande perspektiv. Folkhälsomyndigheten bidrar även med kompetens kring perspektiv såsom jämlikhet och hbtqi. Därutöver bidrar Folkhälsomyndigheten med kompetens inom området uppföljning och utvärdering. Folkhälsomyndigheten är ansvarig för den officiella statistiken inom folkhälsans utveckling och hanterar uppföljning av befolkningens

hälsa och har mångårig kunskap och kompetens om nationell uppföljning inom folkhälsopolitiken.

**MFoF** bidrar med kompetens inom området hälsofrämjande och förebyggande föräldraskapsstöd och frisk-, -risk- och skyddsfaktorer. Myndigheten har skapat en intern referensgrupp med utredare och en extern grupp av forskare och experter som stödjer arbetet med att utveckla föräldraskapsstöd inom hälsoprogrammet samt använder sig av sin befintliga referensgrupp av forskare.

**SBU** bidrar med kompetens genom att ta fram kunskapsunderlag. Det är i första hand sammanställningar av publicerad vetenskaplig forskning som rör området hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade mot barn och unga till och med 20 år samt föräldrar och blivande föräldrar. Myndigheten involverar medarbetare med sak- och metodkunskap samt sakkunniga inom relevanta områden.

**Skolverket** bidrar med kompetens om hälsofrämjande och förebyggande arbete i förskolan och skolan samt hur denna verksamhet kan inkluderas i hälsoprogrammet för att stödja elevernas lärande, hälsa och utveckling i syfte att nå utbildningens mål. Skolverket har kontinuerlig samverkan med SPSM i syfte att ha en gemensam ingång i hälsoprogrammet utifrån skolväsendets roll och uppdrag.

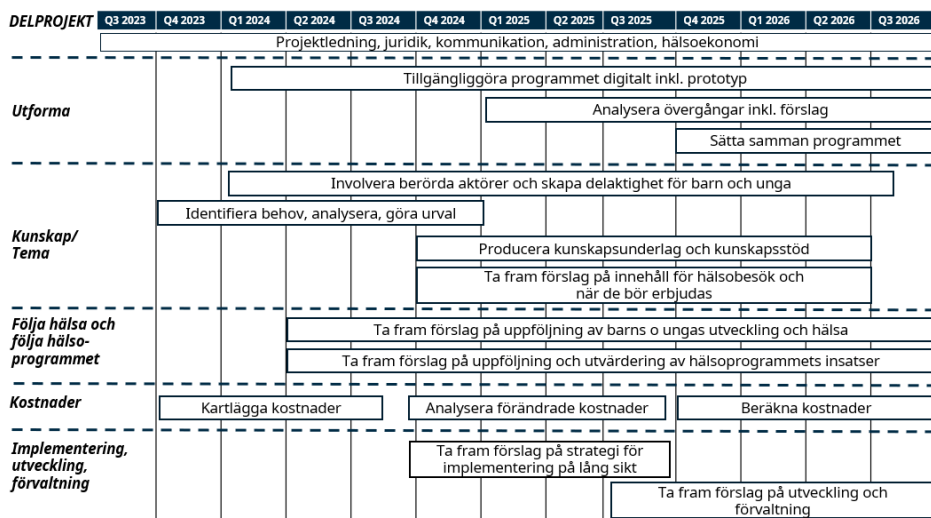
**Socialstyrelsen** leder arbetet med uppdraget och bidrar med kompetens inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, juridiskt stöd, kommunikationsstöd, stöd med metod för uppföljning och utvärdering samt stöd med hälsoekonomiska beräkningar från flera avdelningar inom Socialstyrelsen. Sammantaget ska detta lägga grunden för ett effektivt arbetssätt som svarar mot uppdragets bredd och komplexitet.

**SPSM** bidrar med kompetens om barn och unga med funktionsnedsättning samt specialpedagogik och elevhälsoarbete. SPSM har kontinuerlig samverkan med Skolverket enligt ovan.

## Översikt och tidsplan för uppdraget

De samverkande myndigheterna genomför uppdraget i flera delprojekt, se figur 2. I delprojekten finns arbetsgrupper som tar fram underlag. Mycket av arbetet i de olika delprojekten och arbetsgrupperna sker parallellt, men också under olika tidsperioder.

Figur 2. Översikt och tidsplan för att ta fram nationellt hälsoprogram



## Pågående och planerat arbete i delprojektet

### 1. Delprojekt utforma

Delprojektet handlar om struktur och form för hälsoprogrammet och om att få ihop de olika delarna till ett heltäckande och sammanhållet hälsoprogram från före födelsen till och med 20 års ålder.

#### Ta fram en gemensam målbild för att definiera vad hälsoprogrammet ska uppnå

Den information som projektet samlat in i samtal och arbetsgrupper med olika experter under 2024, kommer att vägas samman till ett förslag till gemensam målbild. Målbilden ska konkretiseras i delmål, som bidrar till ökad tydlighet om vad hälsoprogrammet ska uppnå. Delmålen kan sedan användas vid utformningen av indikatorer för uppföljning, med både process, struktur och resultatmått.

#### Ta fram ett ramverk med frisk-, risk- och skyddsfaktorer som stödjer innehållet i hälsoprogrammet

Kunskapen om frisk-, risk- och skyddsfaktorer för barns och ungas hälsa ska utgöra en grundstomme i hälsoprogrammet. Syftet är att innehållet i hälsoundersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd ska vara utformat så att det stärker frisk- och skyddsfaktorer för barns och ungas hälsa och utveckling samt identifierar och reducerar riskfaktorer. De samverkande

myndigheterna har tagit fram ett ramverk med frisk-, risk- och skyddsfaktorer, som bygger på sociala bestämningsfaktorer för barns och ungas hälsa [7].

Hösten 2024 och våren 2025 ska ramverket kvalitetssäkras. Ramverket ska i nästa steg kopplas ihop med resultatet från delprojekt bästa tillgängliga kunskap.

## Undersöka möjligheterna att publicera hälsoprogrammet i sin helhet digitalt

Det nationella hälsoprogrammet behöver tillgängliggöras i sin helhet på en gemensam digital yta, för att kunna implementeras på ett effektivt sätt. De ingående aktörerna, barn, unga och föräldrar behöver lätt kunna hitta kvalitetsgranskad och samlad information. Det ger en ökad tydlighet om vad som gäller nationellt och förbättrar förutsättningarna för verksamheterna att arbeta mer likvärdigt och i samverkan [8].

Det är en utmaning att publicera hälsoprogrammet på en gemensam digital yta, eftersom hälsoprogrammet omfattar aktörer från olika huvudmän och myndigheter. Idag publiceras och administreras befintliga basprogram, kunskapsstöd och liknande material på olika plattformar, beroende på vilken aktör som är upphovsman. De samverkande myndigheterna bedömer att en sampublicering av olika aktörers kunskapsstödjande material förutsätter en nationell samordning.

Under 2025 kommer de samverkande myndigheterna bedöma var en gemensam digital yta bör vara placerad och hur den bör utformas. Ett samarbete med E-hälsomyndigheten har initierats för att kartlägga vilka plattformar och tekniska lösningar som är möjliga för att publicera hälsoprogrammet digitalt utifrån användarnas behov.

Under hösten 2024 och våren 2025 tas en prototyp fram för hur hälsoprogrammet kan visualiseras digitalt. Arbetet med prototypen är möjligt att genomföra trots nämnda utmaningar och förbereder delvis för en kommande digital sampublicering.

Nästa steg är att säkerställa förutsättningar för att tillgängliggöra interaktiva stöd för professionen, för barn, unga och deras föräldrar. Där ingår också att utforska möjligheterna för ökad digital informationsdelning mellan berörda verksamheter och mellan dessa verksamheter och barn, unga samt föräldrar.

## Analysera hur övergångarna kan förbättras mellan verksamheterna

Arbetet med att analysera hur övergångar kan förbättras mellan de olika verksamheterna som utför insatser dels inom hälsoprogrammet, dels mellan dessa och angränsande verksamheter ska pågå under 2025 och 2026. Det



kan till exempel handla om att ta fram kunskapsstöd som vägleder om vilken information som kan och behöver överföras mellan de berörda aktörerna.

## Sätta samman alla delar till ett sammanhållet och standardiserat hälsoprogram

Arbetet med att sätta samman alla delar av hälsoprogrammet, som identifierats och bearbetats på olika sätt under uppdragstiden, ska inledas i slutet av 2025.

## 2. Delprojekt bästa tillgängliga kunskap utifrån temaområden

Delprojektet handlar om att säkerställa att innehållet i hälsobesök med hälsoundersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd utgår från bästa tillgängliga kunskap.

### Kartlägga vad som görs idag, identifiera behov och bedöma vad hälsoprogrammet ska innehålla

Hösten 2023 kartlades de temaområden som identifierades i förstudien [8], för att få en bild av vad som görs inom respektive temaområde på nationell, regional och lokal nivå. Se faktaruta nedan.

#### **Temaområden**

- Tillväxt
- Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter
- Munhälsa och tandvård
- Psykisk hälsa
- Språk- och kommunikations-utveckling
- Livssituation och social hälsa
- Psykomotorisk utveckling
- Säkerhet och förebygga våld
- Syn och hörsel
- Levnadsvanor
- Fysisk hälsa
- Föräldraskapsstöd

Under 2024 medverkar ett stort antal experter i fyra arbetsgrupper: före födelsen, 0–5 år, 6–12 år och 13–20 år. Syftet är att fördjupa förståelsen om vad barn och unga behöver för att utvecklas och må bra, och vad hälsoprogrammet behöver innehålla för att stödja det. Den hälsovård som finns idag är utgångspunkten för arbetsgruppernas arbete. Arbetet genomförs i en workshopserie om fem tillfällen, med totalt cirka 80 deltagare som företrädare professionerna och de samverkande myndigheterna. Vid det första

workshoptillfället medverkade även representanter från flera civilsamhällesorganisationer, för att ytterligare bredda perspektiven.

Hösten 2024 vägs kunskapen om barns och ungas behov samman med kunskapen om den hälsovård som finns idag, för att ta ställning till vilka kunskapsstöd som bör prioriteras och om det behövs andra insatser för att utveckla innehållet i hälsoprogrammet. En inventering görs av vilka kunskapsunderlag som finns, till exempel sammanställningar av publicerad forskning, och vilka kunskapsunderlag som kommer att vara möjliga att ta fram under uppdragstiden. Kunskapsunderlagen kommer att ligga till grund för de prioriterade kunskapsstöden.

Vissa kunskapsstöd bearbetas under uppdragstiden, medan andra sorteras till arbetet i fortsatt utveckling och förvaltning efter uppdragstiden.

## Ta fram kunskapsstöd och underlätta användning av befintliga kunskapsstöd

Från hösten 2024 och under 2025 genomförs arbetet med att ta fram nya kunskapsunderlag och kunskapsstöd, att uppdatera de befintliga kunskapsstöd som prioriterats och att underlätta användning av befintliga kunskapsstöd.

## Ta fram förslag på innehåll för hälsobesök och när de bör erbjudas

Under 2025 och 2026 genomförs arbetet med att bedöma vilket innehåll hälsobesöken med hälsoundersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd bör ha och vid vilka åldrar det bör ske. Relevanta aktörer och experter kommer att vara delaktiga, med kompetens om behov, förutsättningar och kostnader med mera. Samverkan genomförs med utredningen om en förbättrad elevhälsa (U2024:01).

## Stödja delprojektet med metod för att ta fram bästa tillgängliga kunskap

De samverkande myndigheterna har tillsammans god kompetens och erfarenhet av att ta fram bästa tillgängliga kunskap, utifrån olika perspektiv och med olika processer som grund. Arbetet med att ta fram bästa tillgängliga kunskap är omfattande, komplext och tidskrävande, varför en metodgrupp under SBU:s ledning bildas för att stödja arbetet.

### 3. Delprojekt följa barns och ungas hälsa och följa upp hälsoprogrammet

I delprojektet ingår att lämna förslag på en långsiktig och ändamålsenlig uppföljning av barns och ungas hälsa och utveckling samt att följa upp implementeringen av och utvärdera hälsoprogrammets insatser.

Uppföljningen ska bidra till att hälsoprogrammets innehåll kommer till så stor nytta som möjligt för barn och unga samt att hälsoprogrammet kan bidra till att motverka skillnader i barns och ungas hälsa och tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser. När hälsoprogrammets innehåll utvecklas behöver därför hänsyn tas till möjligheten att följa upp hälsoprogrammet.

I februari 2024 lämnade de samverkande myndigheterna en delredovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet): *Hälsoprogram för barn och unga - Delredovisning om förutsättningar för uppföljning av barns och ungas hälsa och utveckling samt att följa upp och utvärdera det nationella hälsoprogrammet* (dnr 2012-2-8960). I delredovisningen ingick att identifiera datakällor och att kartlägga förutsättningar för datainsamling samt att bedöma på vilket sätt det är lämpligt att samla in data och följa barns och ungas hälsa och utveckling och elevhälsans medicinska insatser. I samband med delredovisningen inledde de samverkande myndigheterna en kartläggning av möjliga indikatorer som kan användas när hälsoprogrammet och barns och ungas hälsa ska följas upp. I delredovisningen tydliggjordes ett behov av att stärka förutsättningarna att följa barns och ungas allmänna hälsa och utveckling. Vidare tydliggjordes det att frågor som rör sådan uppföljning kan behöva utredas i särskild ordning för att det ska vara möjligt att följa barns och ungas hälsa och hälsoprogrammet mer effektivt.

Hösten 2024–2026 kommer ett förslag till ramverk med struktur-, process- och resultatindikatorer att tas fram för att följa barns och ungas hälsa och för att bedöma implementering av och följsamhet till hälsoprogrammet.

Förslaget ska i möjligaste mån samordnas med uppföljning som sker inom andra näraliggande områden, till exempel strategin för psykisk hälsa och suicidprevention, omställningen till en god och nära vård och arbetet med att införa utökade hembesöksprogram i barnhälsovården [9-11].

### 4. Delprojekt kostnader

I delprojektet ingår att kartlägga, beräkna och analysera kostnader för hälsoprogrammet.

## Kartlägga uppskattade kostnader för insatser som för närvarande utförs av kärnverksamheterna

I ett första steg har uppskattade kostnader kartlagts för insatser som för närvarande utförs av de identifierade kärnverksamheterna i hälsoprogrammet. Se kapitlet Kartläggning av uppskattade kostnader.

## Kartlägga, analysera och beräkna förändrade kostnader för det kommande hälsoprogrammet

Under hösten 2024 påbörjas nästa steg med att analysera och beräkna eventuella förändrade kostnader för det kommande hälsoprogrammet. I detta arbete ingår att analysera och beräkna eventuella hälsoekonomiska vinster med en standardiserad och kunskapsbaserad hälsouppföljning. Hänsyn ska tas till berörda myndigheters, kommuners, regioners och andra berörda aktörers samlade administrativa börda.

## 5. Delprojekt strategi för implementering och plan för utveckling och förvaltning

I delprojektet ingår att ta fram en strategi för implementering och en plan för utveckling och förvaltning.

### Ta fram strategi för implementering

Under 2025 kommer en strategi för implementering att tas fram tillsammans med berörda aktörer. Strategin bör ha huvudfokus på det stöd och den styrning som kan ske på nationell nivå. Centralt för strategin är att analysera vilka behov av implementeringsstöd som finns på lokal och regional nivå samt vilka nyckelaktörer som behöver involveras i att stödja implementering på de olika nivåerna. Implementeringsforskning ska tillämpas.

### Ta fram plan för utveckling och förvaltning

Under 2026 kommer en plan för utveckling och förvaltning att tas fram med berörda aktörer. I planen ska det framgå en struktur för långsiktig utveckling och förvaltning av hälsoprogrammet och vilka aktörer som bör involveras i arbetet med att förvalta hälsoprogrammet. En tidsplan ska också tas fram för fortsatt utveckling av hälsoprogrammets innehåll, till exempel ytterligare kunskapsstöd.

# Kartläggning av uppskattade kostnader

I uppdraget ingår att kartlägga uppskattade kostnader för motsvarande verksamhet som för närvarande utförs av de identifierade kärnverksamheterna i hälsoprogrammet. Socialstyrelsen har uppskattat kostnaderna för mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna, tandvården, elevhälsan och delar av socialtjänstens förebyggande insatser.

Kartläggningen av kostnader för nuvarande insatser ska tjäna som utgångspunkt för beräkning av kostnader för planerade insatser i det kommande hälsoprogrammet för barn och unga. I nästa delredovisning, den 30 september 2025, ska en analys redovisas av vilka eventuella förändrade kostnader hälsoprogrammet kan komma att medföra.

I uppdraget nämns även vård- och hälsocentralerna som centrala aktörer. De har ett ansvar för barns och ungas hälsa och utveckling. Vård- och hälsocentraler erbjuder också hälso- och sjukvård på indikerad och selektiv nivå.<sup>2</sup>

## Metod för att beräkna kostnader

Uppskattade kostnader för de identifierade kärnverksamheterna i hälsoprogrammet redovisas både på aggregerad nivå och som kostnad per individ (tabell 1). Kostnader per individ för mödrahälsovården, barnhälsovården, tandvården och elevhälsan har tagits fram genom att dividera de aggregerade kostnaderna med antal individer i respektive verksamhet (tabell 1). För socialtjänstens öppna insatser saknas data om antalet individer eftersom insatser inte systematiskt registreras på individnivå.

Beräkningarna är baserade på uppgifter från 2022, som är det senaste helåret där uppgifter finns tillgängliga för samtliga kärnverksamheter. För verksamheterna mödrahälsovård, barnhälsovård och tandvård är aggregerade kostnadsdata hämtade från publicerad statistik från SCB och Regionernas finanser och räkenskapsammandrag 2022 där kostnaderna för hälso- och sjukvården är uppdelade per verksamhetsområde. För socialtjänstens öppna insatser har aggregerade kostnadsdata hämtats ur SCB:s Kommunernas räkenskapsammandrag 2022, Fördjupningar inom verksamhetsblocken Pedagogisk verksamhet och Vård och omsorg. Från

---

<sup>2</sup> Universell: Insatser som erbjuds till alla.

Selektiv: Insatser som erbjuds till dem som är särskilt utsatta för riskfaktorer.

Indikerad: Riktade insatser som erbjuds till dem där problem har identifierats.

räkenskapssammandragen har uppgifter hämtats om nettokostnader, vilket innebär bruttokostnaden (till exempel kostnader för lokaler, material och personal samt kostnader för av- och nedskrivningar) minus bruttointäkten. För elevhälsan har aggregerade kostnadsdata samlats in från Skolverkets officiella statistik som sammanställs med stöd av SCB.

## Begränsningar av tillgängliga data och redovisning av kostnader

Uppgifter om kostnader varierar mellan kärnverksamheterna, både avseende tillförlitligheten i inrapporterade data och vilka insatser som ingår i de inrapporterade uppgifterna. För verksamheter som samordnas mellan regioner och kommuner, exempelvis familjecentraler, saknas uppgifter om kostnader för verksamheten som helhet. Även för ungdomsmottagningar är kostnadsdata generellt sett bristfälliga, vilket gör att kostnadsberäkningarna för dessa verksamheter är osäkra. Uppgifter om enskilda medicinska eller hälsofrämjande insatser inom elevhälsan saknas i den officiella statistiken, men ingår sannolikt i totalkostnaden.

Inom mödrahälsovård, barnhälsovård och tandvård är möjligheterna större att uppskatta kostnaderna med hjälp av uppgifter i SCB:s databas. Men det finns osäkerheter när det gäller bortfall av inrapporterade data även inom dessa områden. Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga beskriver också brister när det gäller insamlade data [12, 13]. Det förekommer sannolikt även hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga inom den del av primärvården som bedrivs på vård- och hälsocentraler, men uppgifter om kostnader för dessa insatser finns inte tillgängliga och ingår därför inte i denna kartläggning.

Ett första läkarbesök och nyföddhetscreening genomförs de första dygnet efter födelsen [14]. Dessa insatser genomförs inom den specialiserade sjukvården och ingår inte i kartläggningen, men kan komma att ingå i det kommande hälsoprogrammet.

Insatser som ingår i kostnadsberäkningen samt andra faktorer som har betydelse för kostnaderna beskrivs för varje verksamhetsområde.

## Beräkning av totala kostnader per verksamhetsområde

I tabell 1 redovisas de totala nettokostnaderna för respektive kärnverksamhet och datakälla. De aggregerade kostnaderna innefattar en stor del av insatserna på universell och sannolikt, till viss del, även på selektiv och indikerad nivå. För elevhälsan visas endast bruttokostnader eftersom

uppgifter om nettokostnader saknas i Skolverkets officiella statistik. I tabellen redovisas även uppskattade genomsnittskostnader per individ för mödrahälsovården, barnhälsovården, tandvården och elevhälsan. För mödrahälsovården har antal förlossningar använts för att uppskatta antalet individer. För barnhälsovården och tandvården har antalet barn inom respektive ålderskategori tagits fram med hjälp av SCB:s befolkningsstatistik. Avseende elevhälsan har uppgifter om antal elever hämtats från Skolverket. Uppgifter på individnivå saknas för socialtjänstens öppna insatser.

**Tabell 1. Uppskattade totala nettokostnader på riksnivå och genomsnittskostnader per individ för respektive kärnverksamhet år 2022.**

Kärnverksamhet	Kostnad, miljoner kr*	Källa	Antal individer***	Uppskattad genomsnittskostnad per individ, kr
<b>Mödrahälsovård</b>	2 508	SCB, Regionernas finanser Räkenskaps-sammandrag	104 340	24 037
<b>Barnhälsovård</b>	3 279	SCB, Regionernas finanser Räkenskaps-sammandrag	697 915	4 698
<b>Elevhälsa</b>	6 305**	SCB, Skolverket officiell statistik	1 488 702	4 235**
<b>Tandvård (0-23 år)</b>	3 637	SCB, Regionernas finanser Räkenskaps-sammandrag	2 898 538	1 255
<b>Socialtjänstens öppna insatser</b>	746	SCB, Kommunernas Räkenskaps-sammandrag	n/a	n/a

Förkortningar: n/a, uppgift saknas.

Kostnader för hela riket. \*\* Avser endast bruttokostnaden. \*\*\* SCB:s befolkningsstatistik.

## Mödrahälsovård

### Beräkning av kostnader för mödrahälsovården

Den totala nettokostnaden för mödrahälsovården var 2 508 000 000 kronor år 2022 (tabell 1). Antalet förlossningar har använts för att uppskatta kostnaden per individ, eftersom det på nationell nivå saknas information om det totala antalet vårdkontakter inom mödrahälsovårdens nationella basprogram (tabell 1). Under år 2022 registrerades 104 340 förlossningar i Sverige [15], vilket skulle innebära en uppskattad genomsnittskostnad för mödrahälsovården per individ på 24 037 kr (tabell 1). Mödravården erbjuder

utöver graviditetsövervakning till exempel även rådgivning kring familjeplanering och gynekologisk cellprovtagning. Det kan innebära en viss överskattning av kostnaden per förlossning och individ och en underskattning av det totala antalet vårdtillfällen.

Kostnader för insatser där riskfaktorer och komplikationer har identifierats och som kräver kompletterande vård och stöd, ingår inte i kartläggningen. Flera regioner erbjuder, utöver basprogrammet för graviditetsövervakning, särskilda insatser till gravida med exempelvis psykisk ohälsa eller obesitas. Kostnader för dessa insatser ingår inte heller i kartläggningen.

## Nationellt basprogram för graviditetsövervakning

Alla gravida erbjuds mödrahälsovård enligt det nationella basprogrammet för graviditetsövervakning (tabell 2) [16]. Syftet är att främja hälsa, upptäcka tidiga tecken på sjukdom och risker för den gravida och barnet, samt att stärka det framtida föräldraskapet. Basprogrammet består av hälsofrämjande och förebyggande insatser med erbjudande om ett visst antal besök. Antal besök under graviditeten var i genomsnitt nio på riksnivå med ett intervall mellan 6–10 i regionerna år 2022 [17]. Antalet eftervårdsbesök till barnmorska varierar mellan från ett och två besök.

I basprogrammet ingår som regel inte besök till läkare eller andra professioner förutom barnmorska. Vid behov konsulteras läkare i samband med besök eller för rådgivning. Utöver besöken som ingår i basprogrammet väljer de flesta att genomgå ultraljudsundersökning, men kostnader för dessa undersökningar ingår inte i kartläggningen.

Rekommenderade insatser i basprogrammet:

- Anamnes inklusive bedömning av fysisk, psykisk, sexuell, reproduktiv och psykosocial hälsa samt läkemedelsanvändning.
- Samtal och råd vid ohälsosamma levnadsvanor när det gäller mat, alkohol, tobak och nikotin, narkotika och fysisk aktivitet.
- Provtagningar och undersökningar, exempelvis blodprover, blodtryck och BMI.
- Undersökningar, fosterdiagnostik och kontroller av fostret.
- Erbjudande om föräldraskapsstöd kring till exempel amning, förlossningsrädsla och omställning till att bli förälder.
- Eftervård inklusive hälsouppföljning av mor och barn samt preventivmedelsrådgivning.



**Tabell 2. Nationellt basprogram för graviditetsövervakning inom mödrahälsovården.**

Besöks- Intervaller	Fram till v 12	v 14- 16	v 18- 20	v 24- 25	v 29- 30	v 32- 35	v 36- 40	ev. v 41	Efter- vård
Besök, antal	1	1	1	1	2	2	2	1	2
Tidsåtgång totalt, min	60	30	30	30	30	30	30	30	60
Personal- kategori	bm	bm	bm	bm	bm	bm	bm	bm	bm

Förkortningar: v, graviditetsvecka; bm, barnmorska; ev, eventuellt; min, minuter.

## Skillnader i mödrahälsovården

Det förekommer skillnader mellan olika regioner när det gäller både erbjudandet och befolkningens följsamhet till erbjudandet inom mödrahälsovården, vilket kan påverka kostnaden. Åldersfördelning, socioekonomiska faktorer, geografiska faktorer och skillnader avseende hälsa är några orsaker. Digitala vårdkontakter erbjöds av 51 procent av alla mottagningar år 2022. Tre regioner erbjöd inte några digitala kontakter alls [17].

Eftervårdsbesök efter förlossning genomfördes för 84 procent av alla nyblivna mödrar, med en regional variation mellan 75–96 procent. Omfödernor, kvinnor med lägre utbildningsnivå och kvinnor födda utanför Norden kommer i lägre utsträckning till eftervårdsbesöken [17].

Föräldraskapsstöd är en del av mödrahälsovårdens uppdrag och syftar till att stärka blivande föräldrar under graviditet, inför förlossningen och det blivande föräldraskapet.<sup>3</sup> Andelen förstfödernor som tog del av olika former av föräldraskapsstöd år 2022 var 49 procent, med en regional variation mellan 9–81 procent. Motsvarande siffra för partner till förstfödernor var 41 procent, med en regional variation mellan 8–73 procent. Stödet minskade drastiskt under pandemin och har inte hämtat sig till 2019 års nivåer, då 64 respektive 51 procent tog del av stödet [17].

## Organisationstillhörighet

Enligt Graviditetsregistrets årsrapport 2022 [17] tillhörde cirka 60 procent av mödrahälsovården primärvården inom regionens regi, antingen som en fristående enhet eller integrerad i en vård- eller hälsocentral. Mottagningar i

<sup>3</sup> Ytterligare information om föräldraskapsstöd finns under rubriken ”Kostnader för familjecentraler”

privat regi utgjorde 20 procent av all verksamhet och lika stor andel var organiserade inom länssjukvården, exempelvis på kvinnokliniker.

Av mottagningarna ingick 36 procent i familjecentraler och 13 procent i familjecentralsliknande verksamhet. En familjecentral definieras som en samlokalisering av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med förebyggande basverksamhet [18]. Se även avsnitt om familjecentraler.

## Barnhälsovård

### Beräkning av kostnader för barnhälsovården

Den totala nettokostnaden för barnhälsovården var 3 279 000 000 kronor år 2022 (tabell 1). Uppskattade kostnader för basprogrammet inom barnhälsovården är beräknade utifrån antal besök per barn som rekommenderas i Rikshandboken [19]. Enligt populationsdata från SCB fanns det år 2022 totalt 697 915 barn i Sverige i åldrarna 0–5 år [20]. Baserat på antagandet att alla barn i åldern 0–5 år har besökt barnhälsovården år 2022 blir den uppskattade genomsnittskostnaden 4 698 kr per barn (tabell 1).

### Det nationella barnhälsovårdsprogrammet

Barnhälsovården riktar sig till barn mellan 0–5 år och deras vårdnadshavare. Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn genom att främja barns hälsa och utveckling och förebygga ohälsa. Barnhälsovården erbjuder insatser för att tidigt identifiera behov av åtgärder. Insatser som rekommenderas inom barnhälsovården finns beskrivna i barnhälsovårdens nationella program (tabell 3) [19]. Programmet innehåller en regelbunden uppföljning av barnets hälsa, utveckling och livsvillkor över tid, hälsosamtal, föräldraskapsstöd och andra hälsofrämjande och förebyggande insatser samt samverkan med andra vårdgivare, förskolan och socialtjänsten med flera. Barnhälsovården ansvarar också för vaccinationer enligt det allmänna vaccinationsprogrammet för barn [21]. Inom barnhälsovården arbetar distriktsköterskor eller specialistsjuksköterskor inom barn och ungdom och specialläkare inom allmänmedicin eller barn- och ungdomsmedicin. Ofta finns det även tillgång till andra professioner, exempelvis psykologer, logopedier och dietister, men det varierar mellan regioner i vilken utsträckning dessa professioner är direkt knutna till barnhälsovården.

Programmet består av tre nivåer som beskriver vilka insatser som ska erbjudas utifrån varje barns och förälders aktuella situation och behov. Insatserna riktas till alla barn, men med en intensitet och omfattning som är

proportionell mot barnets medicinska och psykosociala behov. Syftet är att skapa goda förutsättningar för en jämlik och rättvis barnhälsovård.

- **Nivå 1** utgör basprogrammet och består av insatser som ska erbjudas till alla för att följa upp hälsa, utveckling och livsvillkor samt hälsosamtal om till exempel levnadsvanor, säkerhet och tandhälsa.
- **Nivå 2** består av samtal, vägledning och andra insatser som ska erbjudas till alla med behov. Det kan vara aktuellt när riskfaktorer för ohälsa har identifierats, till exempel föräldraoro, emotionella och psykiska problem, eller avvikelse avseende hälsa och utveckling.
- **Nivå 3** består av fördjupade insatser som ska erbjudas vid behov, till exempel utökade besök i barnhälsovården eller utökad samverkan med andra vårdgivare och andra aktörer.

**Tabell 3. Basprogram för barnhälsovården.**

Besöksintervaller, barnets ålder	1-3 v	4 v	6-8 v	3-5 mån	6 mån	8 mån	10 mån	12 mån	18 mån	2,5-3 år	4 år	5 år
Besök, antal	3	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1
Tidsåtgång totalt, min	120	20	90	150	20	45	45	20	45	20	60	45
Personal-kategori	ssk	ssk +läk	ssk	ssk	ssk +läk	ssk	ssk	ssk +läk	ssk	ssk +läk	ssk	ssk

Förkortningar: v, vecka; mån, månad; min, minuter; ssk, sjuksköterska; läk, läkare.

## Skillnader i barnhälsovården

Det finns skillnader mellan regionerna i hur barnhälsovårdens nationella program genomförs, exempelvis omfattning av insatser och vilka insatser som erbjuds, vilket kan påverka kostnaderna. Även bemanningen inom barnhälsovården varierar. Skillnader kan bero på att barnhälsovården organiseras på olika sätt, att behoven ser olika ut eller att den prioriteras olika [22].

Regeringen har avsatt medel för att stödja utvecklingen av utökade hembesök i barnhälsovården [11]. Barnhälsovårdens föräldraskapsstöd i grupp under småbarnsåren minskade drastiskt under pandemin och är ännu inte tillbaka på 2019 års nivå [23].

## Organisationstillhörighet

Barnhälsovården ingår vanligtvis i primärvårdens uppdrag och regionerna har det övergripande ansvaret. Verksamheten organiseras i de flesta fall i

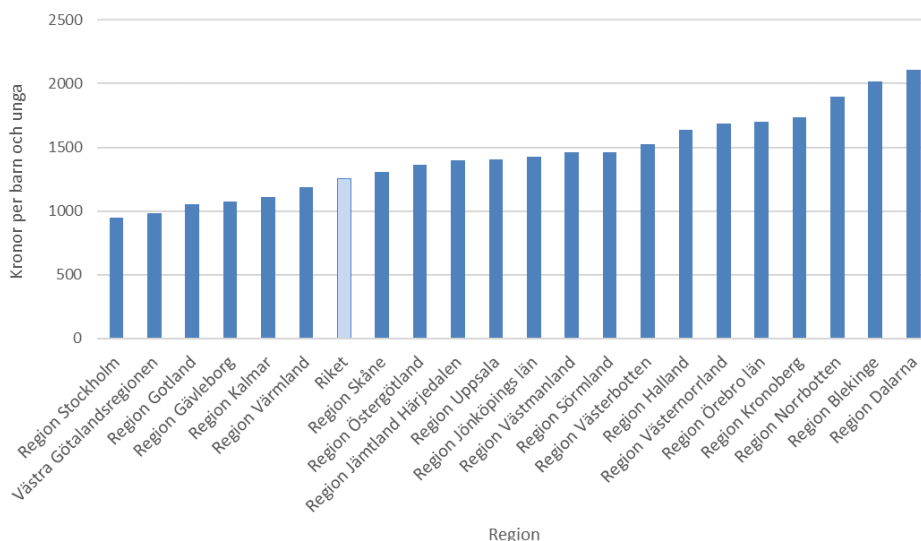
form av en barnvårdscentral (BVC),<sup>4</sup> men kan också ingå som en del i en familjecentral [24]. Barnhälsovård drivs både i regionens och i privat regi [24]. Socialstyrelsens nationella kartläggning av barnhälsovård från år 2020 [22], visar att tre regioner drev verksamheten i egen regi, två regioner som egna vårdval och i 16 regioner ingick barnhälsovården som en del i vård- eller hälsovalet för primärvården. Andelen verksamheter i privat regi uppgick sammanlagt till 34 procent. Samlokalisering med vård- eller hälsocentral förekom i 79 procent av fallen och 39 procent uppgav att de tillhörde en familjecentral.

## Tandvård

### Beräkning av kostnader för allmäntandvården för barn och unga

Den totala nettokostnaden för allmäntandvården för barn och unga uppgick år 2022 till 3 637 000 000 kronor (tabell 1), vilket utgjorde 48,5 procent av den totala tandvårdskostnaden och 1,1 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. Detta är en minskning med 2,4 procent jämfört med år 2021. Genomsnittskostnaden för alla barn i åldern 0–23 år är 1 255 kr per barn (tabell 1). Denna kostnad skiljer sig mellan regionerna (figur 3).

**Figur 3. Genomsnittskostnad för allmäntandvård per barn uppdelat per region för år 2022.**



Källa: Kolada.se

<sup>4</sup> Den lokal där barnhälsovård utförs benämns på olika sätt i landet, vanligen barnvårdscentral eller barnhälsovårdsmottagning. I denna delredovisning används barnvårdscentral.

## Allmäntandvård för barn och unga

Enligt tandvårdslagen (1985:125), TvL, har barn och unga rätt till regelbunden och avgiftsfri tandvård till och med det år de fyller 23 år.<sup>5</sup> Regeringen avser dock att sänka åldern för fri tandvård till 19 år med start år 2025.<sup>6</sup> Det finns inget standardiserat program och besöksintervall kan variera i regionerna. Första besöket sker vanligen det år barnet fyller 3 år och sedan blir barnet kallat med olika revisionsintervaller utifrån barnets behov (tabell 4).

**Tabell 4. Allmäntandvård för barn och unga mellan 0–23 år.**

Besöksintervall, barnets ålder, år	3	4,5	6	7,5	9	11	12–13	15	17	19	21	23
Tidsåtgång, min	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Personal-kategori	tsk+ tläk	tsk+ tläk	tsk+ tläk	tsk+ tläk	tsk+ tläk	tsk+ tläk	tsk+ tläk	tsk+ tläk	tsk+ tläk	tsk+ tläk	tsk+ tläk	tsk+ tläk

Förkortningar: min, minuter; tsk, tandsköterska; tläk, tandläkare

Med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan.<sup>7</sup> Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.<sup>8</sup> Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god tandvård vilket innebär att tandvården ska

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder
- tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
- vara lätt tillgänglig
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

## Skillnader i tandhälsa

Munhälsan är generellt god i Sverige och har förbättrats för de flesta grupper sedan början av 2000-talet, men det finns fortfarande skillnader mellan regioner och mellan områden och grupper inom samma region. Dålig upplevd munhälsa har ofta samband med demografiska och

<sup>5</sup> 15 a § tandvårdslagen (1985:125) TvL.

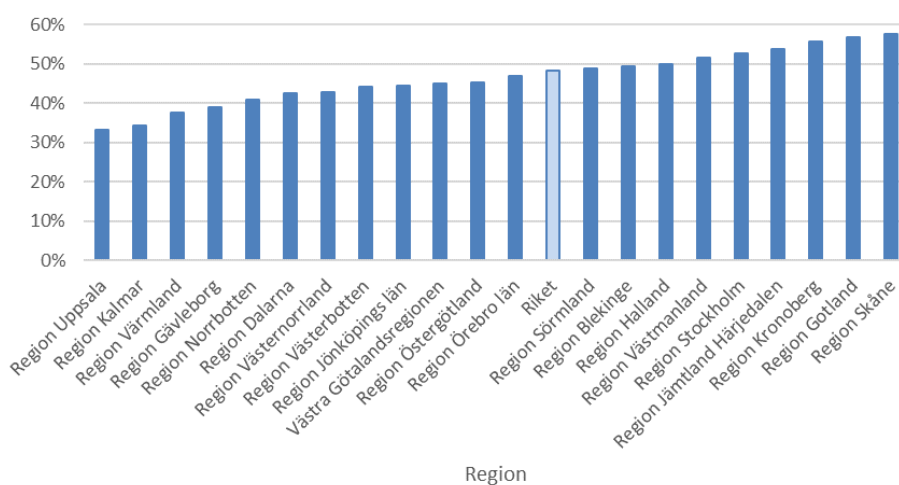
<sup>6</sup> Prop. 2023/24:158 Ändrad åldersgräns för avgiftsfri tandvård s 8.

<sup>7</sup> 1 § TvL.

<sup>8</sup> 2 § TvL.

socioekonomiska förutsättningar, nedsatt allmän hälsa och olika funktionsnedsättningar [25]. Risken för karies har ökat bland förskolebarn och är högst bland barn till utlandsfödda föräldrar och i familjer med låg inkomst och kort utbildning. Skillnader i munhälsa kan dessutom riskera att befästa på grund av en ökad ojämlikhet i samhället [26]. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för tandvården i syfte att bidra till en god och mer jämlik munhälsa och tandvård [27]. Andelen barn och unga (unika personer) som besökt tandläkare eller tandhygienist per år varierar mellan regionerna. Genomsnittssiffran för riket 2022 var 48 procent (figur 4).

**Figur 4. Antalet barn och unga som besökte en tandläkare under år 2022 dividerat med det totala antalet barn och unga per region.**



Källa: Kolada.se

## Elevhälsan

### Beräkning av kostnader för den samlade elevhälsan, för olika skolformer

Den totala bruttokostnaden för den samlade elevhälsan inom grundskolan, specialskolan, anpassade grundskolan, gymnasieskolan och anpassade gymnasieskolan var 6 305 000 000 kronor år 2022 (tabell 1). Totalkostnad samt kostnaden per elev för elevhälsa skiljer sig mellan de olika skolformerna (tabell 5). Kostnad per elev för samtliga kommuner redovisas i bilaga 1.

**Tabell 5. Total bruttokostnad och kostnad per elev för den samlade elevhälsan inom grundskola, specialskola, anpassad grundskola, anpassad gymnasieskola och gymnasieskola för år 2022.**

Skolform	Total kostnad, tkr	Kostnad per elev, kr
Grundskola	4 785 101	4 320
Specialskola*	29 006	37 820
Anpassad grundskola*	105 378	8 310
Anpassad gymnasieskola	62 298	10 210
Gymnasieskola	1 323 054	3 660
<b>Samtliga skolformer:</b>	<b>6 304 837</b>	<b>4 235</b>

Källa: Skolverket. Officiell statistik

\* Notera att kostnader för specialskolans elevhälsa också innefattar kostnader för specialpedagoger, logopedier och sjukgymnaster.

## Beräkning av kostnader för den samlade elevhälsan i grundskolan

Den totala kostnaden för elevhälsan i grundskolan för riket uppgick år 2022 till 4 785 000 000 kronor, vilket motsvarar 3,4 procent av de totala kostnaderna för grundskolan. Detta är en minskning med 2,5 procent jämfört med år 2021 [2]. Sammantaget för alla huvudmän, motsvarar detta en kostnad på 4 320 kr per elev på riksnivå. Kostnader för samtliga huvudmän för olika skolformer samt andelen av den totala kostnaden för grundskolan varierar (tabell 6).

**Tabell 6. Kostnader för den samlade elevhälsan i grundskolan och andel av den totala kostnaden för grundskolan för år 2022.**

Huvudman	Total kostnad, tkr	Andel (%), av totalkostnad för grundskolan	Kostnad per elev, kr
<b>Samtliga huvudmän</b>	4 785 101	3,4	4 320
<b>Kommun</b>	4 109 907	3,5	4 430
<b>Sameskolan</b>	1 640	4,2	8 960
<b>Fristående skolor</b>			
<b>Allmän</b>	595 022	3,2	3 660
<b>Konfessionell</b>	39 039	3,5	4 350
<b>Waldorf</b>	26 237	3,6	4 690
<b>Internationella skolor</b>	13 256	2,2	3 460

Källa: Skolverket. Officiell statistik.

Kostnaden för elevhälsan per elev i grundskolan skiljer sig mellan kommunala och fristående skolor. I genomsnitt var kostnaden 710 kr högre för grundskolor med kommunal huvudman jämfört med skolor med enskild huvudman [2].

## Beräkning av kostnader för den samlade elevhälsan i gymnasieskolan

För gymnasieskolan var kostnaden för elevhälsan i genomsnitt 3 660 kr per elev år 2022 [2]. I tabell 7 presenteras kostnader för samtliga huvudmän samt uppdelat för kommunala och fristående skolor (allmän, konfessionell, Waldorf och internationella skolor).

**Tabell 7. Kostnader för den samlade elevhälsan i gymnasieskolan år 2022.**

Huvudman	Total kostnad, tkr	Andel (%), av totalkostnad för gymnasieskolan	Kostnad per elev, kr
<b>Samtliga huvudmän</b>	1 323 054	2,8	3 660
<b>Kommun</b>	915 187	2,7	3 680
<b>Fristående skolor:</b>			
<b>Allmän</b>	389 166	2,9	3 570
<b>Konfessionell</b>	1 694	1,8	2 050
<b>Waldorf</b>	1 410	4,2	5 090
<b>Internationella skolor</b>	1 796	1,8	3 170

Källa: Skolverket. Officiell statistik.

## Beräkning av kostnader för den samlade elevhälsan i anpassade grundskolan, anpassade gymnasieskolan och specialskolan

Kostnaden för elevhälsan per elev i anpassade grundskolan, anpassade gymnasieskolan och specialskolan var lägre år 2022, jämfört med år 2021 (tabell 8). I kostnaden för anpassade grundskolan och anpassade gymnasieskolan ingår kommunala ersättningar till regioner och fristående skolor. För anpassad gymnasieskola ingår även statsbidrag till regioner för riksrekryterande utbildningar. För kostnaden per elev i specialskolan ingår kostnader för skolläkare, skolsköterska, logoped, psykolog, fysioterapeut och specialpedagog. Detta innebär att kostnaderna inte är jämförbara.



**Tabell 8. Kostnader för den samlade elevhälsan i anpassade grundskolan, anpassade gymnasieskolan och specialskolan per elev år 2021 och år 2022.**

Skolform	Kostnad per elev år 2021, kr	Kostnad per elev år 2022, kr
Anpassad grundskola	8 470	8 310
Anpassad gymnasieskola	11 700	10 210
Specialskola*	42 080	37 820

Källa: Skolverket, officiell statistik.

\* Notera att kostnader för specialskolans elevhälsa också innefattar kostnader för specialpedagoger logopedier och sjukgymnaster.

## Elevhälsan regleras i skollagen (2010:800)

För elever i förskoleklass, grundskolan, anpassad grundskola, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och anpassad gymnasieskola ska det finnas elevhälsa. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Verksamheten ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande, med syfte att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Elevhälsans arbete ska bedrivas på individ-, grupp- och skolenhetsnivå i samverkan med lärare och övrig personal. Vid behov ska elevhälsan samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten.<sup>9</sup>

För medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog, kurator och specialpedagog eller speciallärare.<sup>10</sup> Huvudmannen ansvarar för att organisera elevhälsan så att det finns tillgång till de olika yrkeskategorierna i den omfattning som behövs för att eleverna ska få det stöd de behöver.<sup>11</sup>

Varje elev i grundskolan, anpassade grundskolan och specialskolan ska erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller. Elever i sameskolan ska erbjudas minst två hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden. Eleven ska dessutom mellan hälsobesöken erbjudas undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller. Varje elev i gymnasieskolan och anpassade gymnasieskolan ska erbjudas minst ett hälsobesök som innefattar en allmän hälsokontroll.<sup>12</sup>

<sup>9</sup> 2 kap. 25 § första stycket skollagen (2010:800).

<sup>10</sup> 2 kap. 25 § andra stycket skollagen.

<sup>11</sup> Proposition 2009/10:165 Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet s. 275-276 och 656-657.

<sup>12</sup> 2 kap. 27 § skollagen.

## Elevhälsans organisation

Skolhuvudmannen ansvarar för att organisera elevhälsan och har vissa valmöjligheter i att anställa egen personal eller lägga ut uppdraget på entreprenad<sup>13</sup> [28, 29]. Att lägga ut på entreprenad innebär att någon annan utför elevhälsan men det är skolhuvudmannen som ansvarar för att elevhälsan blir integrerad i övrigt hälsofrämjande och förebyggande arbete. Huvudmannen ansvarar för att eleverna ska ha tillgång till elevhälsan och beslutar om innehållet och omfattning av elevhälsan [30]. Det finns också möjlighet att överlåta ansvaret för de medicinska insatserna inom elevhälsan till en region eller kommun genom samverkan [28, 29].

Socioekonomisk bakgrund har betydelse för elevers skolresultat [31]. Det finns verktyg som kommunen kan använda för att fördela resurser med hänsyn till elevsammansättning. Resultat från en enkätundersökning från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) visar att 157 av 277 svarande kommuner har en socioekonomisk resursfördelningsmodell för grundskolan [32]. Det saknas dock information om hur detta påverkar fördelning av resurser för elevhälsa.

## Skillnader i elevhälsan mellan kommuner

SKR genomförde 2021 en enkätundersökning inom kommunal skolverksamhet i syfte att undersöka elevhälsan utifrån personalsituationen, kvaliteten och utmaningar från ett huvudmannaskapsperspektiv. Resultaten visar att nästan hälften av huvudmännen uppskattar att det finns kvalitetskillnader i elevhälsan mellan skolor, vilket är en ökning från tidigare enkäter [33]. Att hantera ökad psykisk ohälsa hos barn och ungdomar och möta behoven hos elever med långvarig frånvaro identifierades som stora utmaningar för elevhälsan. Det finns organisatoriska skillnader som gör det svårt att jämföra elevhälsan, till exempel storlek på kommun och skola och geografisk lokalisering [33].

## Rapportering av kostnader varierar

Vid inrapportering av kostnader för elevhälsan ingår kostnader för medicinska, psykologiska och psykosociala insatser, men inte kostnader för specialpedagogiska insatser med undantag för specialskolan där kostnader för specialpedagogers lön också räknas med. Kostnaden för elevhälsan består bland annat av lönekostnader för skolläkare, skolsköterskor, skolkuratorer och skolpsykologer samt kostnader för köpta tjänster från till exempel regionen. Kostnader för elevhälsan täcker även bland annat hälsofrämjande och förebyggande insatser på individ-, grupp- och skolenhetsnivå. Även vacciner och annat material som behövs för att utföra

---

<sup>13</sup> 23 kap, 25 § skollagen.

arbetet med de medicinska insatserna ingår, till exempel engångshandskar och plåster. Kostnader för lokaler, elevassistenter, personliga assistenter, skolvårdar och elevförsäkringar ingår inte i kostnaderna [34]. Specificerade kostnadsuppgifter för de olika insatserna inom elevhälsan saknas.

På uppdrag av Skolverket samlar SCB sedan år 2010 in uppgifter om skolkostnader [34]. Kostnaderna samlas in på huvudmannanivå för hela kommunen som i sin tur rapporterar in uppgifterna till SCB. Rektorn på respektive skola har en budget i vilken elevhälsan ingår, och rapporterar resultatet till huvudmannen. Ibland saknas uppgifter om kostnader från enskilda huvudmän, vilket bidrar till ökad osäkerhet avseende data från SCB. Det är viktigt att framhålla att kostnaderna per kommun för elevhälsa kan påverkas av skillnader i hur respektive kommun rapporterar kostnaderna.

## Socialtjänstens öppna insatser

### Beräkning av kostnader för Socialtjänstens öppna insatser

Den totala nettokostnaden för Socialtjänstens öppna verksamheter var 746 000 000 kronor år 2022 (tabell 1). Det är insatser som ges till barn och ungdomar utan individuellt biståndsbeslut och utan krav på inskrivning, till exempel familjecentraler, ungdomsmottagningar, föräldraskapsstöd, öppna träfflokaler eller övrig riktad verksamhet så som fältverksamhet.

Redovisning av kostnader saknas för specifika insatser inom de ovan nämnda verksamheterna och för socialtjänstens övriga insatser.

Kommunernas kostnad per invånare för de öppna insatserna (även kallade övriga insatser) varierar mellan 0–1407 kr per invånare (bilaga 2). Denna stora diskrepans mellan kommuner kan bero på hur kommunen redovisat sina verksamheter och insatser och om barnunderlaget i kommunen inneburit att vissa av de nämnda verksamheterna inte erbjuds.

### Socialtjänstens ansvar för insatser för barn och unga

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att alla enskilda, såväl barn som vuxna, som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.<sup>14</sup> I socialtjänstens uppdrag ingår att främja människors ekonomiska och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet.<sup>15</sup> Vidare ska socialnämnden verka för att barn och unga växer upp under

<sup>14</sup> 2 kap. 1 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

<sup>15</sup> 1 kap. 1 § första stycket SoL.

trygga och goda förhållanden. I uppdraget ingår dessutom att i nära samarbete med hemmen främja en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och unga med särskilt fokus på barn och unga som riskerar en ogynnsam utveckling. När det gäller barn och unga som riskerar en ogynnsam utveckling ska socialtjänsten se till att de får det skydd och stöd som de behöver.<sup>16</sup>

Socialnämndens ansvar att arbeta uppsökande och förebyggande med barn och unga är tydliggjort i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Kommuner kan organisera, planera och genomföra arbetet på många olika sätt, och kommunernas erbjudande till invånarna kan därför variera. Variationen av erbjudna insatser är störst inom området barn och unga [35]. 18 procent (mellan 9–32 procent) av insatserna var utan biståndsbeslut.

Socialt fältarbete är ett av flera sätt att arbeta uppsökande och förebyggande. [36]. Barn och unga mellan 12 och 18 år utgör den huvudsakliga målgruppen för kommunernas fältarbete. Fältarbetare<sup>17</sup> möter ett brett spann av ungdomar, från de med vanliga tonårsbekymmer till de som är påverkade av våld i nära relationer och kriminalitet. Omkring 60 procent av landets kommuner hade minst en fältverksamhet i juni 2021. Tillgängliga data saknas för kostnader för socialt fältarbete, eftersom dessa insatser inte registreras på individnivå.

## Ungdomsmottagningar

### Beräkning av kostnader för ungdomsmottagningar

I den totala kostnaden för socialtjänstens öppna insatser för barn och unga ingår kostnaden för ungdomsmottagningar. Det saknas specificerade kostnader för ungdomsmottagningar och det är därför inte möjligt att uppskatta kostnaden på ett tillförlitligt sätt.

År 2016 genomfördes en kartläggning av landets ungdomsmottagningar inom projektet Uppdrag psykisk hälsa, med syfte att beskriva ungdomsmottagningarnas arbetssätt och vilka förutsättningar som finns för att arbeta med psykisk ohälsa [37]. Utifrån kartläggningen uppskattades kostnaden för ungdomsmottagning per ungdom och år mellan 59 kr och 1 714 kr med en genomsnittskostnad på 519 kr. Dessa kostnader är framtagna genom att dividera budgeten för ungdomsmottagning med antal

---

<sup>16</sup> 5 kap. 1 § SoL.

<sup>17</sup> Det finns olika benämningar på dem som arbetar i fältverksamheterna, till exempel fältsekreterare, fältassistenter och ungdomscoacher.

unga som bor i upptagningsområdet. Uppgifter saknas om kostnader senare än år 2016 och det är rimligt att anta att kostnaderna sedan dess har ökat.

Det finns skillnader på hur ungdomsmottagningar organiseras och drivs, till exempel när det kommer till öppettider och personaltillgänglighet, vilket påverkar kostnaden för verksamheten.

## Ungdomsmottagningars mål och organisation

Ungdomsmottagningarnas mål är att främja fysisk och psykisk hälsa, med särskilt fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och de ungas rättigheter (SRHR). Målgruppen är ungdomar och unga vuxna 12–25 år [38] och arbetet sker genom att beakta medicinska, psykologiska och psykosociala aspekter. Ungdomsmottagningen är en lågröskelverksamhet, som inte är uppsökande, inte har besöksintervall eller tar emot remisser. Ambitionen är att ungdomsmottagningen ska vara lättillgänglig och öppen för spontana och frivilliga besök. För en del ungdomar innebär det ett eller ett par besök och för andra kan det vara en långvarig kontakt.

Det finns cirka 267 ungdomsmottagningar, varav majoriteten har region som huvudman [39, 40]. Även om regionen är huvudman för ungdomsmottagningen kan kommunen stå för en del av kostnaderna. Den organisatoriska tillhörigheten påverkar vilka yrken och tjänster som erbjuds. Ungdomsmottagningar med regionen som huvudman erbjuder samtal om sexuella frågor, könsidentitet, gynekologiska undersökningar, tester av könssjukdomar eller graviditet samt råd och recept på preventivmedel. Inom vissa regioner finns ett tilläggsuppdrag om att erbjuda första linjen för psykisk hälsa. I och med det breda uppdraget är de flesta ungdomsmottagningar en tvärprofessionell verksamhet med allmänläkare, gynekologer, barnmorskor och kuratorer eller psykologer [40].

Enligt Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) behövs minst en heltidsanställd barnmorska och en heltidsanställd kurator eller psykolog samt tio timmar läkare per vecka för ett befolkningsunderlag på 3 000 ungdomar för att ungdomsmottagningen ska fungera väl. I kommuner med färre ungdomar behöver andra beräkningsmodeller användas [38].

## Familjecentraler

### Beräkning av kostnader för familjecentraler

Det har inte gått att identifiera datakällor där en nationell bild över kostnader för familjecentraler finns tillgängliga. I tidigare avsnitt har kostnader redovisats för mödrahälsovården, barnhälsovården och socialtjänstens öppna insatser (tabell 1). Sannolikt finns även kostnader för samlokalisering och samverkanstid inbegripet i de redovisade siffrorna, vi kan dock inte särskilja

vilja budgetposter som inkluderats i de aggregerade kostnaderna. Vi har inte heller kunnat särskilja budget- eller årsredovisningsposter för familjecentraler ur kommunernas rapporter (genomgång av 20 slumpmässigt utvalda kommuner, fördelade på små, mellanstora, stora och storstäder).

## Familjecentralers organisation

En familjecentral riktar sig till barn, blivande föräldrar, föräldrar och andra närstående kring barnet. Den är en hälsofrämjande, universell, tidigt förebyggande och stödjande verksamhet och mötesplats. På familjecentraler arbetar personal på barnmorskemottagningen, barnvårdscentralen, öppen förskolan och den förebyggande socialtjänsten tillsammans kring barnfamiljen, men även andra samhällsaktörer kan ingå [18]. Det finns även familjecentralsliknande verksamheter som innebär att barnhälsovården är samlokaliserad med minst en kommunal verksamhet, öppen förskola eller förebyggande socialtjänst [24]. Därmed arbetar flera olika yrkeskategorier arbetar tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, barnsjuksköterskor eller distriktssköterskor, förskollärare och socionomer kan det även finnas andra yrkesgrupper representerade såsom familjerådgivare, tandvårdspersonal och psykolog. Syftet med familjecentralerna och de familjecentralsliknande verksamheterna är att öka jämlikheten i hälsa bland barn och möjligheten för att barnet får rätt stöd i rätt tid.

År 2023 fanns det omkring 240 familjecentraler i Sverige, i 158 av landets kommuner [18]. Beroende på kommunernas erbjudande varierar deras kostnader för familjebaserade öppna insatser. Resurserna för personalbemanning är fördelade ojämlikt och anpassas inte alltid utifrån familjecentralens storlek, antal besökare eller psykosociala belastning. Familjecentralerna arbetar med olika metoder för att främja barns hälsa och utveckling, däribland genom föräldraskapsstöd. Det finns skillnader i vilka familjecentraler som erbjuder föräldrastödjande insatser i grupp och gemensamma gruppinsatser [41].

## Föräldraskapsstöd och föräldrastödsprogram

### Beräkning av kostnader för föräldrastödsprogram

Det finns universella program för föräldrastöd, samt riktade (selektiva och indikerade) program som vänder sig till föräldrar som har begynnande eller redan konstaterade problem i sitt föräldraskap. Det saknas nationell, uppdaterad redovisning av kostnaden för programmen. Kommunernas drifts-

och utbildningskostnader för föräldrastödsprogram uppskattas till cirka 120 kr–7 600 kr per barn [42]. Skillnader i kostnader mellan kommuner och program kan till exempel bero på tid per tillfälle, antal tillfällen, arbetstid för ledarna, lokalkostnader, och antal deltagare. Utbildningskostnaderna är 5 000 kr–50 000 kr per utbildningsplats. De flesta program kräver två ledare, vilket påverkar kostnaderna [42]. 94 procent av kommunerna erbjuder någon form av föräldrastöd, som inte nödvändigtvis är manualbaserade program [35]. En uppskattning för de regionala verksamheter som erbjuder liknande föräldrastödsprogram finns inte tillgänglig. I tidigare utvärderingar har både de universella och de riktade föräldrastödsprogrammen visat sig vara kostnadseffektiva [43, 44].

## Föräldraskapsstöd erbjuds inom flera verksamhetsområden

Olika insatser kan ingå i föräldraskapsstöd med syfte att stärka föräldraförmågan och relationen mellan förälder och barn. Det kan innebära kunskap om barnets behov och rättigheter, barnets hälsa och utveckling, samt att stärka föräldrars relation till varandra eller deras sociala nätverk [43, 45]. En del av föräldrastödjande insatser sker spontant eller inom ramen för andra insatser och besök inom kärnverksamheterna. Det är därför svårt att beräkna kostnaderna eftersom det inte går att särskilja dessa insatser ur de sammanhang de ges. Föräldraskapsstödjande insatser kan till exempel vara

- föräldragrupper inom mödra- och barnhälsovården (regionen) samt kommunala verksamheter så som öppen förskola och socialtjänsten
- föräldragrupper inom civilsamhällesorganisationer, religiösa samfund eller genom andra sammanhang
- individuella hälsosamtal och hembesök
- familjerådgivning
- föräldramöten på olika teman inom förskola och skola
- universella, selekterade och indikerade föräldrastödsprogram som oftast är manualbaserade.

Föräldrastödsprogram bedrivs ofta såväl i grupp som individuellt. Det gruppbaseade stödet möjliggör erfarenhetsutbyte föräldrarna emellan [43]. Det går att uppskatta kostnader för manualbaserade föräldrastödsprogram, eftersom det finns data om kostnaden för att utbilda personal i programmen och information om antalet träffar, tidsåtgång och antal föräldrar som kan närvara under träffarna.

Huvuddelen av de föräldrastödsprogram som utvecklats och erbjuds i Sverige syftar till att minska stressen och förbättra föräldrars emotionella reglering, att minska barnets beteendeproblem, att minska negativa och

besträffande föräldrareaktioner, samt att öka positiva föräldrabetenden [46]. Programmen kan även vara inriktade på generellt föräldrakunskap, parrelationen, amning och tillmatning, levnadsvanor, samt anknytnings- eller samspeletsstöd [47]. Vanligast är program som inkluderar föräldrar till barn i åldrarna 2 till 13 år, men det finns flera program även för föräldrar till tonåringar. Programmen finns inom socialtjänsten och andra kommunala verksamheter som erbjuder främjande och förebyggande insatser till barn, unga och deras föräldrar och i mindre omfattning inom mödrahälsovård och barnhälsovården. De vanligast förekommande programmen i Sverige kan erbjudas av olika professioner som genomgått den programspecifika utbildningen. Det genomsnittliga antalet sessioner i programmen är runt 7, oftast 3–8 stycken [46].

När det gäller föräldraskapsstöd till pappa/icke-födande förälder, samt riktade föräldragrupper både enskilt och i grupp, har nivåerna varit mycket låga över tid. Knappt var tredje mamma/födande förälder och knappt var tionde pappa/icke-födande förälder har deltagit minst en gång i föräldraskapsstöd i grupp enligt Barnhälsovårdsregistret BHVQs data från 2022, i 12 av 21 inrapporterade regioner [48].

## Kostnader för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring

I uppdraget att ta fram ett nationellt hälsoprogram ingår också att ge förslag på en långsiktig och ändamålsenlig uppföljning av barns och ungas hälsa och utveckling samt utvärdering av programmets insatser. Uppgifter om administrativa kostnader för uppföljning och utvärdering av de olika verksamheterna saknas och kan därför inte redovisas specifikt, men ingår sannolikt i den totala kostnaden. Det är av stor vikt att kostnader för uppföljning av barns och ungas hälsa och utveckling samt utvärdering av hälsoprogrammets insatser finns med i framtida kostnadsberäkningar.

## Kommentarer om redovisade kostnader

### De uppskattade kostnaderna är osäkra på grund av brister i registerdata

Sammantaget finns det brister i registerdata över kostnader för de identifierade kärnverksamheterna i hälsoprogrammet. I vissa fall saknas data helt, är otillförlitlig, eller saknas på den detaljnivå som behövs för att kunna beräkna kostnader för specifika insatser.



Kostnaderna för specifika hälsofrämjande insatser som för närvarande genomförs inom kärnverksamheterna kan inte redovisas på grund av att uppgifterna helt saknas. Det innebär att uppskattade kostnader per individ inte kan beräknas för exempelvis det totala antalet vårdkontakter inom den basala mödrahälsovården på nationell nivå. Det går inte heller att redovisa tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) i samverkan mellan skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten, eller kostnader för insatser som erbjuds på ungdomsmottagningar, familjecentraler eller annan riktad verksamhet. Ett hinder för att kunna följa upp verksamhetsöverskridande insatser på individnivå, exempelvis familjecentraler och ungdomsmottagningar är att det saknar stöd i den nuvarande socialtjänstlagen.

Det är därför inte möjligt att redovisa kostnader för specifika hälsofrämjande och förebyggande insatser som genomförs i de identifierade kärnverksamheterna på detaljerad nivå, eftersom dessa inte går att separera från kostnader för selektiva och indikerade insatser.

På grund av redovisade brister är det rimligt att anta att de uppskattade kostnaderna i kartläggningen är lägre än de faktiska kostnaderna för de hälsofrämjande och förebyggande insatserna. En del regioner erbjuder till exempel insatser för gravida med psykisk ohälsa som ett komplement till det medicinska basprogrammet inom mödrahälsovården, vilket inte ingår i de beräknade kostnaderna. Rådande lagstiftning försvårar möjligheten till gemensam uppföljning på individnivå, vilket också kan påverka hur kostnader redovisas [49].

Kostnader för insatser där riskfaktorer och komplikationer har identifierats och som kräver kompletterande vård och stöd, ingår inte i kartläggningen. Kostnader för dessa åtgärder kan i enstaka fall ha inkluderats i beräkningarna, eftersom data oftast är aggregerad och specifika åtgärder inte är redovisade. Det är även svårt att dra en skarp gräns mellan vad som bedöms vara insatser på basnivå och på indikerad nivå i det enskilda fallet. Utifrån resultatet i denna delrapport går det heller inte att dra några slutsatser om relationen mellan kostnad och kvalitet på insatser.

De samverkande myndigheterna vill understryka att det finns stora utmaningar med att beräkna kostnaderna för hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges till barn och unga. Resultatet av kartläggningen måste därför användas med försiktighet som utgångspunkt för beräkning av kostnader för planerade insatser i det kommande hälsoprogrammet för barn och unga. Det är av stor vikt att ta hänsyn till de brister och osäkerhetsfaktorer som beskrivs i kartläggningen av uppskattade kostnader för de insatser som genomförs idag.

## Orsaker till brister och skillnader i rapportering

Kommuner och regioner organiserar kärnverksamheterna olika, vilket kan medföra skillnader i hur och var insatser erbjuds samt hur kostnader registreras och rapporteras. Det finns sannolikt också skillnader mellan kommuner och regioner i vad som ingår i kostnaden per barn för en viss verksamhet. Det är inte möjligt att dra slutsatser om vad exempelvis en högre kostnad per barn innebär, eftersom rutiner för kostnadsrapportering skiljer sig åt och även kan påverkas av andra faktorer.

## Faktorer som påverkar kostnaderna

Förutsättningarna för att bedriva hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga skiljer sig åt mellan kommuner och regioner, vilket påverkar kostnader och möjligheter att göra jämförelser på nationell nivå. Faktorer som kan påverka kostnaderna är till exempel:

- befolkningsmängd
- geografiska förutsättningar
- personalresurser och bemanning
- lokalkostnader
- demografi
- socioekonomisk sammansättning
- omfattning av hur många digitala besök som erbjuds

Kommuner och regioner prioriterar i vissa fall olika gällande vilka insatser de erbjuder och i vilken verksamhet de erbjuds. Det kan innebära en lägre kostnad för en viss verksamhet och samtidigt medföra en högre kostnad i en annan beroende på hur verksamheterna är organiserade, vilket försvårar nationella jämförelser. För andra verksamheter där insatserna som erbjuds inte varierar i lika hög grad är förutsättningarna för att göra jämförelser bättre, till exempel inom tandvården.

När det gäller tandvård har kostnader upp till 23 års ålder inkluderats eftersom de aggregerade kostnaderna i räkenskapssammandragen baseras på kostnader för barn och unga upp till och med det år de fyller 23 år. I propositionen för år 2024 framgår det att regeringen vill sänka åldersgränsen för fri tandvård från 23 års ålder till 19 år under år 2025. Regeringen uppskattar att reformen skulle innebära minskade kostnader för staten på cirka 450 000 000 kronor om året.<sup>18</sup> Den nya socialtjänstlagen som innebär att socialtjänsten ska arbeta mera förebyggande kan också komma att påverka kostnaderna på sikt [50].

---

<sup>18</sup> Sid. 17 Prop. 2023/24:158. Regeringens proposition. Ändrad åldersgräns för avgiftsfri tandvård.

## Kostnader för den enskilde

Denna kartläggning innefattar inte kostnader som belastar individen för insatser inom kärnverksamheterna. Det varierar mellan regionerna vad som är kostnadsfritt för den enskilde. I Region Stockholm och Region Gotland är den öppna hälso- och sjukvården avgiftsfri fram till att en person fyller 18 år. I övriga regioner är den avgiftsfri fram till 20 års ålder [51]. Besök inom mödrahälsovården, elevhälsan och ungdomsmottagningar är avgiftsfria för dem som omfattas av uppdraget. Viss fosterdiagnostik är avgiftsbelagd i vissa regioner. Variation finns även avseende preventivmedelskostnad för dem som besöker ungdomsmottagningar. I vissa regioner är den avgiftsfri och i andra regioner subventioneras preventivmedlen i viss utsträckning [51]. Bastandvård är avgiftsfri till och med det år man fyller 23 för alla personer som är bosatta i Sverige.<sup>19</sup>

## Rapportering och uppföljning av kostnader behöver utvecklas och stärkas

En förutsättning för rapportering och uppföljning av kostnader är att det finns system och strukturer, enhetliga över hela landet, som stödjer registrering och inrapportering till SCB, Skolverkets officiella statistik och nationella kvalitetsregister.

Som visat ovan saknas tillgängliga data för flera väsentliga delar av de hälsofrämjande och förebyggande insatser som de identifierade kärnverksamheterna utför, vilket försvårar uppföljning av kostnader i de olika verksamheterna. System för registrering och inrapportering samt strukturer för ledning och styrning behöver utvecklas för att möjliggöra uppföljning av enskilda insatser. En sådan utveckling kan dock medföra kostnader, till exempel i form av tid och IT-investeringar, vilket är viktigt att ta hänsyn till.

Tillförlitliga och tillgängliga data skulle bidra till att insatser kan följas upp bättre, nationellt, kommunalt och regionalt. Det skulle även skapa bättre förutsättningar för att göra hälsoekonomiska beräkningar och analyser av vilka insatser som är mest effektiva och ändamålsenliga.

---

<sup>19</sup> 5 § och 15 a § TvL.

## Referenser

1. SCB. Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner. 2024.
2. Skolverket. Kostnader för skolväsendet och annan pedagogisk verksamhet. 2022.
3. Malmberg L. Building Design Capability in the Public Sector: Expanding the Horizons of Development. Linköping Studies in Science and Technology Dissertations. Linköping; 2017.
4. Innovationsguiden. Om Innovationsguiden. 2022. Hämtad 2024-08-16 från:  
<https://innovationsguiden.se/innovationsguiden/ominnovationsguiden.67031.html>
5. Canning D, Bowser D. Investing in health to improve the wellbeing of the disadvantaged: Reversing the argument of Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). *Social science & medicine* 2010/01/01/2010; Great Britain: Elsevier Science B.V., Amsterdam. s. 1223-6.
6. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. The Marmot Review. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post. 2010; 2010.
7. Pearce A, Dundas R, Whitehead M, Taylor-Robinson D. Pathways to inequalities in child health. *Archives of disease in childhood*. 2019; 104(10):998-1003.
8. Socialstyrelsen. Slutrapport - Förstudie avseende ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Report No.: 2022-10-8175.
9. Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930). Stockholm: Regeringskansliet; 2023.
10. Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention Stockholm: Regeringskansliet; 2020.
11. Uppdrag att stödja och stimulera barnhälsovårdens förebyggande arbete med hembesöksprogram (S2023/01608). Stockholm: Regeringskansliet; 2023.
12. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34). Stockholm: Regeringskansliet; 2021. Report No.: SOU 2021:34.
13. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:78). Stockholm: Regeringskansliet; 2021. Report No.: SOU 2021:78.
14. Socialstyrelsen. Nationella screeningprogram för nyfödda - Modell för bedömning, införande och uppföljning. 2023.
15. Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2022. 2023.
16. Socialstyrelsen. Kunskapsunderlag för Nationellt basprogram för graviditetsövervakning - Graviditet, förlossning, och tiden efter. 2023.
17. Skogsdal Y, Conner P, Elvander L, Storck Lindholm E, Kloow M, Algovik M, et al. Graviditetsregistrets Årsrapport. 2022.

18. Socialstyrelsen. Familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter - Kartläggning, analys och förslag. 2023.
19. BHV R. Barnhälsovårdens nationella program. 2018.
20. SCB. Folkmängden efter ålder och kön. År 1860 - 2023. 2023.
21. Folkhälsomyndigheten. Vaccination av barn och ungdomar – Vägledning för vaccination enligt föreskrifter och rekommendationer. 2023.
22. Socialstyrelsen. Nationell kartläggning av barnhälsovården - En jämlik och tillgänglig barnhälsovård. 2020.
23. SKR. Covidpandemins påverkan på barnhälsovården.; 2021.
24. FFFF. Vad är en familjecentral? 2023. Hämtad 2024-04-29 från: <https://familjecentraler.se/foreningen/vad-ar-en-familjecentral/>
25. Folkhälsomyndigheten. Jämlik tandhälsa - En analys av självs kattad tandhälsa i Sveriges befolkning. 2019.
26. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Betänkande av utredningen om jämlik tandhälsa. (SOU 2021:8). 2021. Report No.: SOU 2021:8.
27. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård - Stöd för styrning och ledning. 2022.
28. Socialstyrelsen, Skolverket. Elevhälsans uppdrag. Vägledning för elevhälsan 2023. Hämtad 2024-05-17 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/vagledning-for-elevhalsa/halsoframjande-skola/elevhalsans-uppdrag/>
29. Socialstyrelsen, Skolverket. Vägledning för elevhälsa - Driftsformer. 2023.
30. Skolverket. Elevhälsan. 2024. Hämtad 2024-07-04 från: <https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/elevhalsa>
31. Skolverket. Analyser av familjebakgrundens betydelse för skolresultaten och skillnader mellan skolor - En kvantitativ studie av utvecklingen över tid i slutet av grundskolan. 2018.
32. SKR. Socioekonomisk resursfördelning i skola och förskola. 2018.
33. SKR. Nuläge och utmaningar i elevhälsan 2021 - Elevhälsoundersökning 2021. 2021.
34. Centralbyrån S. Skolkostnader 2022 - Regionernas skolor; 2022.
35. SKR. Kartläggning av socialtjänstens insatser. 2022.
36. Socialstyrelsen. Socialt fältarbete med barn och unga - Kartläggning av uppsökande och förebyggande socialt fältarbete i kommunal regi. 2022.
37. SKR. Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen - en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar. Uppdrag Psykisk Hälsa; 2016.
38. FSUM. Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar; 2018.
39. FSUM. Medlemsmottagningar. 2024. Hämtad 2024-05-02 från: <https://fsum.nu/medlemsmottagningar/>
40. SKR. Ungdomsmottagningars arbete med psykisk hälsa - En kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar; 2024.
41. FFFF. Kvalitetsuppföljning av familjecentraler - Sammanställning av verksamhetsåret 2022. Föreningen för familjecentralers främjande; 2022.
42. Folkhälsomyndigheten. Föräldrastöd –är det värt pengarna? Hälsoekonomiska analyser av föräldrastödsprogram. 2014.
43. Föräldraskapsstöd MfFo. Struktur och indikatorer för uppföljning av föräldraskapsstöd (MFOF). I: RISE, red.; 2022.

44. Nystrand C, Hultkrantz L, Vimefall E, Feldman I. Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems. *Adm Policy Ment Health*. 2020; 47(2):300-15.
45. En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd (S2018.013). 2018.
46. Enebrink P, Stattin H. Föräldrastöd på universell nivå: En forskningsöversikt : Tema: Psykisk hälsa hos unga. *Socialmedicinsk tidskrift*; 2020. s. 888-909.
47. Socialstyrelsen. Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård. 2015.
48. BHVQ. Utdataportal. Svenska Barnhälsovårdsregistret; 2022.
49. Socialstyrelsen. Satsa tidigt, tänk långsiktigt! Stöd för sociala investeringar i arbetet med barn och unga. 2023.
50. Socialdepartementet. En förebyggande socialtjänstlag - för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter. Lagrådsremiss 2024:
51. SKR. Patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård år 2022. 2022.

# Bilaga 1. Kostnad för elevhälsa per kommun

Kostnader för elevhälsa per elev uppdelat per kommun år 2022, endast kommunal huvudman

Kommun	Kostnad per elev, kr
Knivsta	2 030
Tomelilla	2 330
Gagnef	2 470
Tidaholm	2 630
Växjö	2 770
Vallentuna	2 810
Grums	2 830
Svalöv	2 870
Upplands Väsby	2 890
Danderyd	2 930
Lidingö	2 930
Katrineholm	2 940
Norrköping	3 010
Aneby	3 070
Ulricehamn	3 070
Ovanåker	3 130
Ydre	3 130
Karlskoga	3 230
Nacka	3 250
Tierp	3 250
Svedala	3 260
Helsingborg	3 280
Robertsfors	3 280
Svenljunga	3 290
Haninge	3 350
Kristianstad	3 350

Nationellt hälsoprogram för barn och unga

Kommun	Kostnad per elev, kr
Boden	3 360
Vännäs	3 360
Södertälje	3 410
Kungsör	3 430
Åtvidaberg	3 430
Kungsbacka	3 440
Salem	3 470
Staffanstorps	3 480
Åmål	3 480
Ödeshög	3 490
Östhammar	3 520
Örnsköldsvik	3 530
Heby	3 550
Kristinehamn	3 560
Alvesta	3 580
Kävlinge	3 600
Linköping	3 600
Ljungby	3 620
Söderhamn	3 620
Köping	3 660
Hultsfred	3 670
Avesta	3 680
Gullspång	3 680
Lund	3 700
Täby	3 700
Härryda	3 730
Karlsborg	3 730
Botkyrka	3 740
Ludvika	3 740
Uppsala	3 740
Tingsryd	3 750



<b>Kommun</b>	<b>Kostnad per elev, kr</b>
<b>Tyresö</b>	3 750
<b>Essunga</b>	3 760
<b>Vaggeryd</b>	3 760
<b>Arvidsjaur</b>	3 790
<b>Umeå</b>	3 800
<b>Alingsås</b>	3 810
<b>Olofström</b>	3 820
<b>Osby</b>	3 820
<b>Stockholm</b>	3 840
<b>Jönköping</b>	3 850
<b>Värnamo</b>	3 850
<b>Västervik</b>	3 870
<b>Arboga</b>	3 880
<b>Fagersta</b>	3 880
<b>Kramfors</b>	3 900
<b>Gnesta</b>	3 910
<b>Bengtstors</b>	3 920
<b>Kalmar</b>	3 930
<b>Lessebo</b>	3 940
<b>Hudiksvall</b>	3 950
<b>Ekerö</b>	3 970
<b>Sigtuna</b>	3 980
<b>Hammarö</b>	4 000
<b>Nässjö</b>	4 000
<b>Lidköping</b>	4 010
<b>Karlshamn</b>	4 020
<b>Lomma</b>	4 020
<b>Övertorneå</b>	4 020
<b>Härjedalen</b>	4 030
<b>Trelleborg</b>	4 030
<b>Kungälv</b>	4 040

<b>Kommun</b>	<b>Kostnad per elev, kr</b>
<b>Storfors</b>	4 060
<b>Vellinge</b>	4 060
<b>Rättvik</b>	4 070
<b>Dorotea</b>	4 080
<b>Askersund</b>	4 100
<b>Höör</b>	4 110
<b>Malung-Sälen</b>	4 110
<b>Falun</b>	4 120
<b>Kil</b>	4 120
<b>Orust</b>	4 120
<b>Partille</b>	4 120
<b>Skövde</b>	4 120
<b>Mark</b>	4 130
<b>Hässleholm</b>	4 140
<b>Munkfors</b>	4 140
<b>Bollnäs</b>	4 150
<b>Norsjö</b>	4 150
<b>Sölvesborg</b>	4 150
<b>Eskilstuna</b>	4 160
<b>Västerås</b>	4 160
<b>Boxholm</b>	4 170
<b>Möndal</b>	4 170
<b>Enköping</b>	4 180
<b>Sundsvall</b>	4 180
<b>Berg</b>	4 190
<b>Borlänge</b>	4 190
<b>Motala</b>	4 190
<b>Värmdö</b>	4 190
<b>Forshaga</b>	4 200
<b>Mellerud</b>	4 200
<b>Sollentuna</b>	4 200

<b>Kommun</b>	<b>Kostnad per elev, kr</b>
<b>Töreboda</b>	4 200
<b>Lycksele</b>	4 210
<b>Smedjebacken</b>	4 210
<b>Leksand</b>	4 220
<b>Arvika</b>	4 230
<b>Kumla</b>	4 230
<b>Falköping</b>	4 240
<b>Söderköping</b>	4 240
<b>Torsås</b>	4 250
<b>Bjurholm</b>	4 280
<b>Falkenberg</b>	4 280
<b>Habo</b>	4 290
<b>Tibro</b>	4 310
<b>Vansbro</b>	4 310
<b>Upplands-Bro</b>	4 320
<b>Östersund</b>	4 320
<b>Sävsjö</b>	4 360
<b>Halmstad</b>	4 380
<b>Mönsterås</b>	4 390
<b>Lekeberg</b>	4 400
<b>Ängelholm</b>	4 410
<b>Eksjö</b>	4 420
<b>Huddinge</b>	4 420
<b>Varberg</b>	4 430
<b>Piteå</b>	4 440
<b>Vetlanda</b>	4 440
<b>Sunne</b>	4 450
<b>Borås</b>	4 460
<b>Laxå</b>	4 460
<b>Solna</b>	4 460
<b>Borgholm</b>	4 470

<b>Kommun</b>	<b>Kostnad per elev, kr</b>
Örebro	4 480
Hagfors	4 490
Karlskrona	4 500
Åstorp	4 510
Pajala	4 520
Mjölby	4 540
Årjäng	4 540
Mörbylånga	4 550
Bollebygd	4 590
Gävle	4 610
Lerum	4 620
Mora	4 650
Surahammar	4 690
Nynäshamn	4 700
Landskrona	4 710
Ånge	4 720
Gislaved	4 730
Norberg	4 740
Tjörn	4 740
Skellefteå	4 750
Tanum	4 770
Nykvarn	4 780
Ljusdal	4 790
Tranås	4 790
Strömsund	4 800
Sollefteå	4 810
Karlstad	4 820
Sjöbo	4 830
Tranemo	4 840
Håbo	4 850
Hallstahammar	4 870

<b>Kommun</b>	<b>Kostnad per elev, kr</b>
Ronneby	4 870
Ljusnarsberg	4 890
Storuman	4 920
Vindeln	4 920
Ale	4 960
Strömstad	4 960
Kiruna	4 990
Strängnäs	4 990
Vimmerby	5 000
Dals-Ed	5 010
Lysekil	5 010
Örkelljunga	5 030
Sundbyberg	5 050
Uddevalla	5 060
Trollhättan	5 070
Malmö	5 100
Nordmaling	5 100
Skinnskatteberg	5 110
Bräcke	5 120
Gotland	5 120
Timrå	5 120
Stenungsund	5 130
Krokom	5 180
Nyköping	5 180
Hofors	5 190
Vårgårda	5 200
Järfälla	5 210
Kinda	5 230
Åsele	5 230
Emmaboda	5 250
Hedemora	5 250

Nationellt hälsoprogram för barn och unga

Kommun	Kostnad per elev, kr
Älmhult	5 280
Hörby	5 300
Eslöv	5 340
Nybro	5 360
Ystad	5 370
Torsby	5 380
Nora	5 390
Mullsjö	5 400
Hallsberg	5 440
Vara	5 440
Filipstad	5 470
Skara	5 470
Munkedal	5 490
Österåker	5 490
Kalix	5 530
Oxelösund	5 530
Båstad	5 540
Perstorp	5 550
Vadstena	5 550
Hylte	5 560
Höganäs	5 570
Ockelbo	5 580
Finspång	5 600
Hällefors	5 620
Säter	5 690
Härnösand	5 700
Skurup	5 700
Trosa	5 710
Gnosjö	5 720
Åre	5 760
Luleå	5 890

<b>Kommun</b>	<b>Kostnad per elev, kr</b>
<b>Säffle</b>	5 890
<b>Orsa</b>	5 910
<b>Älvsbyn</b>	5 910
<b>Sandviken</b>	5 920
<b>Bromölla</b>	5 930
<b>Vänernborg</b>	5 930
<b>Lindesberg</b>	5 970
<b>Oskarshamn</b>	6 020
<b>Högsby</b>	6 030
<b>Göteborg</b>	6 150
<b>Bjuv</b>	6 290
<b>Mariestad</b>	6 310
<b>Överkalix</b>	6 310
<b>Sotenäs</b>	6 400
<b>Norrtälje</b>	6 420
<b>Vaxholm</b>	6 450
<b>Sala</b>	6 570
<b>Laholm</b>	6 580
<b>Vingåker</b>	6 610
<b>Götene</b>	6 640
<b>Gällivare</b>	6 690
<b>Vilhelmina</b>	6 840
<b>Burlöv</b>	6 950
<b>Grästorp</b>	7 080
<b>Färgelanda</b>	7 100
<b>Herrljunga</b>	7 100
<b>Valdemarsvik</b>	7 110
<b>Markaryd</b>	7 180
<b>Jokkmokk</b>	7 490
<b>Klippan</b>	7 500
<b>Lilla Edet</b>	7 620

Nationellt hälsoprogram för barn och unga

<b>Kommun</b>	<b>Kostnad per elev, kr</b>
<b>Uppvidinge</b>	7 760
<b>Öckerö</b>	7 850
<b>Eda</b>	8 120
<b>Östra Göinge</b>	8 200
<b>Älvdalen</b>	8 350
<b>Älvkarleby</b>	8 440
<b>Haparanda</b>	8 550
<b>Flen</b>	8 620
<b>Hjo</b>	8 790
<b>Nordanstig</b>	8 830
<b>Ragunda</b>	9 990
<b>Simrishamn</b>	10 870
<b>Malå</b>	10 970
<b>Degerfors</b>	11 350
<b>Sorsele</b>	11 870
<b>Arjeplog</b>	12 710

Källa: Skolverket. Officiell statistik



## Bilaga 2. Kostnad för socialtjänstens övriga insatser per kommun

Kostnader för socialtjänstens övriga insatser för barn och unga per invånare uppdelat per kommun år 2022, endast kommunal huvudman

Kommun	Kostnad per invånare, kr
Sölvesborg	0
Bjurholm	0
Boden	0
Bromölla	0
Filipstad	0
Färgelanda	0
Gnesta	0
Hylte	0
Hörby	0
Kävlinge	0
Malå	0
Munkfors	0
Sandviken	0
Skinnskatteberg	0
Sorsele	0
Älvdalen	0
Älvsbyn	0
Nordmaling	0
Dals-Ed	0
Solna	0
Malung-Sälen	1
Kungsbacka	3
Östra Göinge	5
Enköping	6
Krokom	7
Åstorp	8

Kommun	Kostnad per invånare, kr
Österåker	8
Vindeln	9
Gullspång	10
Vetlanda	10
Höganäs	14
Hällefors	15
Vansbro	15
Hallsberg	15
Norrköping	17
Varberg	18
Smedjebacken	18
Sundsvall	20
Sjöbo	20
Olofström	22
Oxelösund	23
Bollnäs	23
Vimmerby	23
Kungsör	23
Arboga	23
Tingsryd	24
Lerum	26
Ljungby	28
Svalöv	28
Lessebo	30
Eda	31
Rättvik	34
Vellinge	37
Surahammar	39
Värnamo	42
Lekeberg	43
Högsby	44
Timrå	46

Kommun	Kostnad per invånare, kr
Ljusdal	46
Luleå	46
Tibro	47
Hultsfred	49
Örnsköldsvik	50
Båstad	51
Vadstena	52
Vilhelmina	54
Arjeplog	54
Gnosjö	57
Norberg	58
Mora	59
Höör	62
Markaryd	63
Karlsborg	64
Köping	65
Alvesta	65
Kungälv	65
Mölnadal	66
Trelleborg	67
Kristinehamn	67
Åsele	69
Gotland	71
Bjuv	71
Härnösand	74
Eslöv	74
Arvika	75
Mark	75
Laholm	76
Hagfors	77
Övertorneå	77
Ulricehamn	77

<b>Kommun</b>	<b>Kostnad per invånare, kr</b>
<b>Finspång</b>	78
<b>Umeå</b>	79
<b>Norsjö</b>	82
<b>Alingsås</b>	83
<b>Heby</b>	84
<b>Älvkarleby</b>	85
<b>Leksand</b>	85
<b>Vingåker</b>	87
<b>Karlskoga</b>	90
<b>Piteå</b>	91
<b>Gävle</b>	93
<b>Hedemora</b>	94
<b>Ragunda</b>	94
<b>Lindesberg</b>	94
<b>Ydre</b>	97
<b>Mönsterås</b>	98
<b>Kumla</b>	99
<b>Gislaved</b>	99
<b>Sundbyberg</b>	100
<b>Söderköping</b>	100
<b>Helsingborg</b>	101
<b>Strömstad</b>	102
<b>Falköping</b>	102
<b>Örkelljunga</b>	103
<b>Bollebygd</b>	104
<b>Pajala</b>	105
<b>Ronneby</b>	105
<b>Östersund</b>	106
<b>Perstorp</b>	106
<b>Askersund</b>	108
<b>Mullsjö</b>	108
<b>Sotenäs</b>	111

<b>Kommun</b>	<b>Kostnad per invånare, kr</b>
<b>Forshaga</b>	113
<b>Lund</b>	114
<b>Simrishamn</b>	114
<b>Norrtälje</b>	115
<b>Vara</b>	116
<b>Storuman</b>	116
<b>Säter</b>	116
<b>Karlstad</b>	116
<b>Karlshamn</b>	117
<b>Munkedal</b>	121
<b>Haparanda</b>	123
<b>Berg</b>	124
<b>Kramfors</b>	125
<b>Vårgårda</b>	125
<b>Sävsjö</b>	126
<b>Arvidsjaur</b>	127
<b>Lycksele</b>	128
<b>Härjedalen</b>	128
<b>Nordanstig</b>	128
<b>Halmstad</b>	129
<b>Osby</b>	129
<b>Vaxholm</b>	129
<b>Kalix</b>	132
<b>Hjo</b>	134
<b>Mörbylånga</b>	134
<b>Tjörn</b>	135
<b>Götene</b>	135
<b>Lidköping</b>	137
<b>Vännäs</b>	137
<b>Åtvidaberg</b>	140
<b>Flen</b>	140
<b>Katrineholm</b>	140

Kommun	Kostnad per invånare, kr
Trollhättan	141
Ljusnarsberg	141
Klippan	142
Burlöv	143
Öckerö	143
Hammarö	143
Nora	144
Uppsala	144
Ystad	144
Vallentuna	145
Kristianstad	145
Håbo	145
Herrljunga	147
Ovanåker	150
Hässleholm	151
Karlskrona	151
Upplands-Bro	151
Täby	153
Lomma	153
Kiruna	155
Uddevalla	157
Svenljunga	160
Ödeshög	160
Säffle	160
Laxå	162
Trosa	163
Växjö	167
Hudiksvall	167
Danderyd	168
Kalmar	168
Falun	169
Tidaholm	170

Kommun	Kostnad per invånare, kr
Fagersta	170
Avesta	172
Ockelbo	173
Älmhult	179
Haninge	181
Ängelholm	182
Nässjö	183
Skövde	183
Västerås	184
Västervik	187
Robertsfors	187
Dorotea	188
Habo	188
Upplands Väsby	189
Kil	190
Sollefteå	191
Landskrona	193
Mellerud	195
Orust	203
Lidingö	203
Partille	206
Ånge	211
Jönköping	211
Valdemarsvik	215
Vänersborg	215
Bengtstors	216
Falkenberg	220
Staffanstorps	221
Nynäshamn	223
Sigtuna	223
Knivsta	225
Sollentuna	229

Kommun	Kostnad per invånare, kr
Tyresö	232
Linköping	233
Örebro	239
Aneby	250
Skurup	255
Storfors	257
Emmaboda	258
Eksjö	258
Uppvidinge	262
Strömsund	267
Kinda	267
Tranemo	267
Värmdö	271
Järfälla	277
Lilla Edet	278
Årjäng	278
Åre	279
Jokkmokk	281
Mariestad	282
Söderhamn	306
Eskilstuna	308
Motala	310
Essunga	311
Borås	312
Malmö	319
Södertälje	325
Huddinge	327
Tierp	333
Tomelilla	337
Botkyrka	337
Nyköping	338
Bräcke	340



Kommun	Kostnad per invånare, kr
Ale	340
Ekerö	343
Orsa	345
Stenungsund	350
Grästorp	353
Hofors	356
Östhammar	362
Överkalix	374
Oskarshamn	374
Nacka	378
Strängnäs	381
Degerfors	408
Sala	413
Skara	417
Lysekil	424
Torsås	432
Göteborg	433
Gällivare	446
Nykvarn	467
Åmål	484
Vaggeryd	485
Tanum	512
Salem	533
Borlänge	542
Ludvika	544
Skellefteå	553
Grums	570
Sunne	577
Mjölby	582
Härryda	597
Nybro	598
Svedala	614

Nationellt hälsoprogram för barn och unga

<b>Kommun</b>	<b>Kostnad per invånare, kr</b>
<b>Boxholm</b>	622
<b>Torsby</b>	628
<b>Hallstahammar</b>	674
<b>Gagnef</b>	746
<b>Stockholm</b>	937
<b>Borgholm</b>	950
<b>Töreboda</b>	1 031
<b>Tranås</b>	1 407





Nationellt hälsoprogram för barn och unga (artikelnr 2024-9-9212)  
kan laddas ner från [socialstyrelsen.se/publikationer](https://socialstyrelsen.se/publikationer).