



Barns och ungas hälsa i Sverige

EN BESKRIVNING AV NULÄGET



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Barns och ungas hälsa i Sverige

EN BESKRIVNING AV NULÄGET



Upplysningar om innehållet:
Karin Lindström, karin.lindstrom@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2017
ISBN: 978-91-7585-528-8
Text: Programberedningen för barns och ungas hälsa
Illustration: Daniel DePierre och Thomas Henriksson
Produktion: Advant Produktionsbyrå
Tryck: LTAB, 2017

Inledning

Barns och ungas hälsa utvecklas i positiv riktning inom flera områden idag samtidigt som hälsoklyftorna mellan olika grupper tenderar att öka i samhället, enligt nationella rapporteringar. En god psykisk och fysisk hälsa bland barn och unga är en viktig faktor för ett framgångsrikt samhälle och för att öka individens handlingsutrymme. Insikten om potentialen i främjande och förebyggande insatser, liksom politikens möjlighet att påverka dessa, var anledning till att en programberedning tillsattes inom Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.

Innehållet i föreliggande rapport är en sammanställning av aktuell kunskap och har utgjort underlag för diskussioner i programberedningen.

Programberedningens uppdrag

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting, tillsatte för perioden augusti 2015–maj 2017, en programberedning för barns och ungas hälsa.

Beredningens underlag skulle möjliggöra en samlad politisk diskussion och att det politiskt gick att bedöma:

- › Hur en gemensam kraftsamling skulle kunna göras av stat, kommuner, landsting och regioner samt andra berörda samhällsaktörer för att främja barns och ungas hälsa och möjlighet till en livssituation som främjar optimal utveckling.
- › Hur ett gemensamt utvecklingsarbete skulle kunna göras av stat, kommuner, landsting och regioner för att minska kvalitetskillnader i arbetet med barns och ungas hälsa och öka strävan efter en jämlik vård.
- › Hur innovativa och effektiva strategier ur ett mänskligt och samhälls-ekonomiskt helhetsperspektiv skulle kunna åstadkommas där hälsofrämjande och förebyggande arbete såväl som tidiga insatser och samverkan verksamheter och huvudmän emellan var centralt för att bygga vår framtida välfärd.

Ett flertal av förbundets beredningar och delegationer hanterar frågor som direkt eller indirekt berör barns och ungas hälsa, exempelvis Beredningen för utbildningsfrågor, Beredningen för socialpolitik och individomsorg, Beredningen för primärvård och äldreomsorg och Sjukvårdsdelegationen. Detta kunskapsunderlag kan därför förhoppningsvis vara till nytta för flera beredningar.

Rapporter

Programberedningen har tagit fram två rapporter:

- › Barns och ungas hälsa i Sverige. En beskrivning av nuläget
- › Helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa. Tvärsektoriella politiska arenor

Nulägesbeskrivningen innehåller ett urval av data kring hälsoläget bland barn och unga så som det presenteras i senare års rapporter. Beredningen har valt att göra nulägesbeskrivningen som en fristående rapport då innehållet snabbt förändras. Den andra rapporten redogör för beredningens analys och förslag på hur en förändring för främjande av barns och ungas hälsa kan komma till stånd.

Programberedningens avsikt är att båda rapporterna ska bidra till konstruktiva diskussioner och konkreta satsningar för att utveckla tvärsektoriella politiska strukturer på såväl nationell, regional som lokal nivå i syfte att främja barns och ungas hälsa.

Stockholm i april 2017

Hans Leghammar (*MP*)
Ordförande

Johanna Sjö (*M*)
Vice ordförande

Maria Nyman Stjärnskog (*S*)

Elin Norén (*S*)

Shakhlo Altieva (*MP*)

Thomas Lundberg (*V*)

Ida Legnemark (*V*)

Per Wahlberg (*M*)

Raymond Pettersson (*C*)

Anna Ågerfalk (*L*)

Marie Litholm (*KD*)

Innehåll

- 6 Kapitel 1. Barnkonventionen
- 8 Kapitel 2. Sverige dalar i internationella jämförelser
- 11 Kapitel 3. Så mår barn i olika åldrar
 - 11 Spädbarn (0-1 år)
 - 12 Småbarn och skolbarn (1-14 år)
 - 13 Ungdomar och unga vuxna (15-29 år)
 - 14 Utsatta grupper
- 19 Kapitel 4. Orsaker och samband
 - 19 Stress och sårbarhet
 - 19 Risk-och skyddsfaktorer
 - 20 Institutionsorsakad ohälsa
 - 21 Förskola och skola
 - 22 Genetisk och biologisk påverkan
 - 23 Socialt betingad ohälsa
 - 25 Kost, motion och övervikt
- 28 Kapitel 5. Kommissioner
- 30 Kapitel 6. Utmaningar och möjligheter
 - 30 Barns delaktighet
 - 31 Olika samhällsnivåer och samverkan
 - 33 Skyldighet att samverka
 - 34 Uppföljning
- 35 Kapitel 7. SKL:s arbete med att främja barns och ungas hälsa
- 39 Referenser

Barnkonventionen

FN:s konvention om barnets rättigheter, eller barnkonventionen¹ som den också kallas, innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn. Sverige undertecknade barnkonventionen 1990 varvid den blev ett rättsligt bindande avtal. Sveriges regering och riksdag ska ta ställning till om huruvida barnkonventionen ska bli svensk lag. I den utredning som gjorts föreslås att det ska ske år 2018.

Konventionen slår fast att barn är individer med egna rättigheter, inte föräldrars eller andra vuxnas ägodelar. Den har 54 artiklar och fyra grundläggande och vägledande principer som alltid ska beaktas när det handlar om frågor som rör barn.

Grundläggande principer:

- › Alla barn har samma rättigheter och lika värde
- › Barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som rör barn
- › Alla barn har rätt till liv och utveckling
- › Alla barn har rätt att få uttrycka sin mening och få den respekterad

Not. 1. Barnombudsmannen. 2015. Barnkonventionen. <https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen> [2017-03-13]

Några av barnkonventionens artiklar är av särskilt intresse:

- › **Artikel 2:** Alla barn är lika mycket värda och har samma rättigheter. Ingen får diskrimineras.
- › **Artikel 4:** Politiker som styr länder ska ansvara för att alla barn får det som de har rätt till. När det gäller barnets ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter ska staten utnyttja det yttersta av sina resurser. Där så behövs ska man samarbeta internationellt.
- › **Artikel 12:** Varje barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad.
- › **Artikel 17:** Varje barn har rätt att få tillgång till information via till exempel internet, radio och tv. Staten ska ta ansvar för massmediers roll när det gäller varje barns tillgång till information.
- › **Artikel 18:** Barnets föräldrar har gemensamt ansvar för barnets uppfostran och utveckling. Staten ska hjälpa föräldrarna.
- › **Artikel 23:** Ett barn med funktionsnedsättning har rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv och hjälp att delta i samhället på lika villkor.
- › **Artikel 24:** Varje barn har rätt till bra hälsa och rätt till sjukvård. Traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa ska avskaffas.
- › **Artikel 26:** Varje barn har rätt till social trygghet, och hjälp om föräldrarna till exempel har lite pengar.
- › **Artikel 27:** Varje barn har rätt till skälig levnadsstandard, en bostad, kläder, mat och rent vatten.
- › **Artikel 28:** Varje barn har rätt till utbildning. Grundskolan ska vara gratis.
- › **Artikel 29:** Skolan ska hjälpa barnet att utvecklas och lära sig om mänskliga rättigheter.

Barnombudsmannen är den myndighet i Sverige som har till uppdrag att bevaka hur barnkonventionen efterlevs i samhället, och driver på genomförandet i kommuner, landsting/regioner och myndigheter. I och med att konventionen ska bli svensk lag förväntas ett ökat tryck på utveckling i frågor om barns delaktighet och inflytande.

Sverige dalar i internationella jämförelser

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning.

Världshälsoorganisationens definition av hälsa (WHO, 1948)²

Barn och unga i Sverige mår bra och har goda sociala förhållanden, jämfört med barn i många andra välfärdsländer. När OECD 2009 presenterade villkoren för barn och unga i 30 OECD-länder i rapporten *Doing Better for Children* (2009), var det Sverige och Island som i genomsnitt rankades högst inom jämförda områden: Material well-being, housing and environment, educational well-being, health and safety, risk behaviours och quality of school life.³ De senaste årens internationella jämförelserapporter indikerar emellertid en nedåtgående trend för Sveriges position, och när en motsvarande jämförelse presenterades av Unicef två år senare (2011) låg Sverige på femte plats, efter Nederländerna och övriga nordiska länder undantaget Danmark.⁴

Förra årets (2016) UNICEF-rapport fokuserar på barns jämlika villkor genom att undersöka klyftorna mellan de tio procent av barnen som är mest utsatta i samhället och de barn som utgör genomsnittet inom områdena inkomst, utbildning, hälsa och välbefinnande. Här hamnar Sverige först på 23:e plats (av 35 länder), strax ovanför den sämsta gruppen av länder, och långt bakom Danmark, Finland och Norge som intar topplaceringarna.⁵ Rapporten visar att klyftorna mellan barnen ökat i flera länder men att Sverige tillhör de länder som fallit mest i rankingen.



Hälsa

Ojämligheten i hälsa har ökat i de flesta länder. I jämförelse av hur barn i åldrarna 11–15 år upplever att de mår intar Sverige plats 22 av 35. Nästan var femte barn i Sverige uppger att de dagligen har psykosomatiska besvär, som t.ex. huvudvärk och illamående, vilket är den högsta siffran i Skandinavien. I alla jämförda länder mår flickor överlag sämre än pojkar. Det enda område som förbättrats i Sverige sedan tidigare undersökning är att de mest utsatta barnen äter lite mer frukt och grönt.

Oroande om psykisk hälsa i skolbarns hälsovanor

Ovanstående ranking baseras på den internationella undersökningen Skolbarns hälsovanor⁶ som Sverige deltagit i sedan 1985. Enligt Folkhälsomyndighetens analys visar den senaste undersökningen (2013/2014) att de flesta skolbarn har det bra och skattar sin hälsa som god men att det finns en oroande ökning av nedstämdhet, magont, huvudvärk och andra psykosomatiska besvär hos tonåringarna. Bland flickor 15 år rapporterar 57 procent psykosomatiska besvär, vilket är högst sedan studien började. Man menar också att den psykiska ohälsan ökat mer i Sverige än i andra länder de senaste åren, från en genomsnittlig placering intar nu Sverige plats 8 av 42 i listan över störst förekomst av psykisk ohälsa. Motsatt utveckling ses i de andra nordiska länderna med Norge, Danmark och Finland bland de fem länder med lägst förekomst av psykisk ohälsa.⁷

Välbefinnande⁸

Området baseras på barns egen upplevelse av tillfredsställelse med livet på en skala från 0 (sämsta möjliga livstillfredsställelse) till 10 (bästa möjliga livstillfredsställelse). Sverige intar plats 17 av 35, lägst bland de Skandinaviska länderna.

Andra ojämlikhetsfaktorer i rapporten

När UNICEF tittar på ojämlika villkor så redovisas även skillnader som avser utbildning och inkomst. Man redovisar även andelen barn som ligger under genomsnittselevens nivå i läsförståelse, matematik och naturvetenskap vid 15 års ålder. Här placerar sig Sverige under medel bland OECD-länderna (plats 29 av 37). Typiskt för både Sverige och Finland är att kunskapsklyftorna ökar samtidigt som genomsnittresultaten försämrats. När gapet mellan de mest utsatta barnen och barn som lever i familjer med medianinkomst jämförs mellan länder hamnar Sverige i mittensskiktet (plats 16 av 41), medan övriga nordiska länder ligger i topp. Förklaringen för Sveriges del ligger i att medianinkomsten har ökat. Många andra länder uppvisar tvärtom minskade inkomstklyftor, såsom Finland där den mest utsatta gruppen fått ökade inkomster i snabbare takt än medianinkomsttagarna.⁹

Så mår barn i olika åldrar

Bäst mår barnen i spädbarns- och skolålder. Det finns tecken på att tonåringar och unga vuxna i Sverige upplever ett allt sämre psykiskt välbefinnande.

Spädbarn (0–1 år)

Sverige har bland den lägsta spädbarnsdödligheten i världen. När barn dör under det första året sker det oftast i samband med förlossningen eller till följd av komplikationer som huvudsakligen drabbar för tidigt födda eller barn med låg födelsevikt. Den näst vanligaste orsaken till spädbarnsdöd är medfödda fosterskador och kromosomrubbingar.

Fler för tidigt födda och tillväxthämmande barn överlever idag på grund av bättre sjukvård. Till skillnad från 1960-talet då över 90 procent av barn med en födelsevikt under 1 000 gram dog, överlever idag över 80 procent. Av dessa barn drabbas emellertid ungefär en femtedel av något eller några typer av allvarligare funktionshinder, till exempel CP-skada, synnedläggelse, ADHD¹⁰, autism eller astmaliknande problem. En stor andel har någon typ av inlärningssvårigheter. Förtidigt födda eller tillväxthämmande barn har också högre risk att drabbas av diabetes och högt blodtryck som vuxna.¹¹

Vanliga åkommor för barn 0–6 månader kan vara bristande viktökning vilket kan bero på kroppsliga och psykosociala faktorer som påverkar amning/uppfostring.¹² Även olika former av virusinfektioner varför det lönar sig att öka hygien i familjen när vuxna eller barn är infekterade.¹³

Småbarn och skolbarn (1–14 år)

Cancer och skador

Sannolikheten att ett barn dör är minst i åldrarna 1–14 år. Hälften av dödsfallen i åldersgruppen beror på tumörsjukdomar och skador. Överlevnaden i cancer har inte ökat de senaste 15 åren och sena negativa effekter av cancer-sjukdom och behandling är vanliga.

Solskador under barndomen kan resultera i malignt melanom som vuxen. Andelen barn som skyddas mot solen har dock ökat sedan 2003.

Olycksfallsdödligheten bland barn är låg och fortsätter minska.

Annan kroppslig sjukdom

Den vanligaste orsaken till sjukdom är infektioner (förkylningar, öroninflammationer och mag- och tarminfektioner). Vanliga och ökande kroniska sjukdomar är astma, allergisnuva och eksem. Förskrivning av antibiotika minskar i alla grupper.

Barn i Sverige har den näst högsta insjuknandefrekvensen i typ 1-diabetes i världen. Orsakerna till detta är inte kända. Typ 1-diabetes orsakas av en immunologisk reaktion mot de insulinproducerande cellerna. Det totala antalet insjuknade har inte ökat, men sjukdomen debuterar tidigare. Typ 2-diabetes är kopplad till barnfetma (om det kan du läsa under avsnittet övervikt).

Tandhälsan fortsätter att förbättras och allt fler är kariesfria.

Psykosocial ohälsa

Sedan 2003 ökar andelen barn som besväras av ljud från andra barn i skolan. Bullernivån under lektionstid kan ha effekter på inläringen genom att försvåra talförståelse, och under rasterna leda till otillräcklig återhämtning.

Den återkommande undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” visar att andelen 13-åringar som anger att de har minst två psykiska eller psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan har ökat under de senaste 20 åren. De senaste resultaten visar en fortsatt ökning, framför allt bland 13-åriga flickor, från 24 procent 1985/86–46 procent 2013/14. Bland pojkar har också en ökning skett, från 15–27 procent. Bland 11-åringar är nivån ungefär den samma som för 30 år sedan (ca 30 procent bland flickor och 20 procent bland pojkar).¹⁴

Antalet barn som söker vård inom öppenvårdspsykiatri ökar. Mest ökar andelen som söker för utredning av ADHD, och andelen som får den diagnosen har också ökat kraftigt. Andra tillstånd som föranleder långvariga kontakter är åttstörningsproblematik, självskadande beteende eller trauma efter övergrepp.

Ungdomar och unga vuxna (15-29 år)

Olyckor och självmord

Dödsrisken bland unga män stiger snabbt mellan 15 och 20-årsåldern och könsskillnaden blir tydlig. Tillsammans med olyckor står självmord för omkring 70 procent av dödligheten bland män och för drygt 50 procent bland kvinnor. Risken att dö av dessa orsaker är emellertid lägre i Sverige än i Norge och Finland.¹⁵

Psykosocial ohälsa

Undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” visar en påtaglig ökning av andelen 15-åriga flickor med minst två psykiska eller psykosomatiska besvär under de senaste 30 åren, från 29 procent 1985/86–57 procent 2013/14. Även bland 15-åriga pojkar har andelen med flera besvär ökat, från 15 procent till 31 procent.¹⁶

Mellan 1989 och 2005 tredubblades andelen som uppgav att de led av ängslan, oro eller ångest i åldersgruppen 16–24 år. Även ständig trötthet, sömnproblem och svår värk i nacke och skuldror ökade. Ökningen var oberoende av familjeförhållanden, arbetsmarknadsstatus, föräldrars socioekonomiska situation med mera.¹⁷

Sedan 1990-talet ökar andelen ungdomar som får vård för missbruk, ångest, depressioner, bipolär sjukdom, autism och ADHD. Däremot syns ingen ökning av vård för psykos och under senare år har vård för ätstörning och självskadebeteende minskat.¹⁸

Tidiga tecken på psykisk ohälsa är en väsentlig riskfaktor för psykiatrisk vård senare i livet.¹⁹

Alkohol, droger och rökning

Sedan 80-talet är rökning vanligare bland flickor än bland pojkar, både i årskurs 9 och i åldrarna 16–24.²⁰ Andelen rökare i undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” var vid senaste tillfället år 2013/2014 det lägst uppmätta; 6 procent bland 15-åriga flickor och 7 procent bland 15-åriga pojkar. Andelen snusare har också minskat till 5 procent bland pojkar och 1–2 procent bland flickor. Även andelen som druckit sig berusade är vid senaste undersökningstillfället (2013/14) det lägst uppmätta (29 procent av flickorna och 24 procent av pojkarna). Allt fler uppger att de inte dricker alls. Omkring 5 procent bland pojkar och flickor uppger att de prövat cannabis.²¹

Användningen av narkotika har inte visat någon minskning under 2000-talet. Mellan 2006–2011 fördubblades andelen som ”använt senaste månaden” från 3 procent till 6 procent bland pojkar i årskurs 2 i gymnasiet.²²

Den högsta genomsnittliga alkoholkonsumtionen har kvinnor och män i åldrarna 20–24. I denna grupp är det också vanligast att ha ett riskabelt dryckesmönster och att dricka mycket vid samma tillfälle. Jämfört med alkoholödrligheten har narkotikadödligheten ökat kraftigt sedan 1970-talet, trots senare års minskning bland män.

Sexuell hälsa

Klamydia är vanligast i åldrarna 15–19 år. Andelen smittade ökade markant från början av 90-talet men har avstannat under senare år. Från 90-talet fram till 2007 var det vanligt att inte använda kondom. Kondomanvändningen har under de senaste åren legat på oförändrad nivå.²³

Att föda barn i tonåren är ovanligt. Sedan år 1973 har andelen mammor som fått sitt första barn under tonåren har minskat från 15,3–2,4 procent.²⁴ Vanligast är aborter i gruppen 20–24 år (ca 30 per 1 000). Tonårsaborter, bland kvinnor 15–19 år, minskade mellan åren 2006–2014 från ca 25–15 aborter per 1 000 kvinnor (med förbehåll för ändringar i statistikinsamlingsmetod).²⁵ Däremot finns tendenser som tyder på att andelen tonåringar som gör upprepade aborter ökar.²⁶

Utsatta grupper

Barn placerade i HVB

Barn placerade i hem för vård eller boende, så kallade HVB, har sämre hälsa än andra barn. Till exempel är det vanligare att barn placerade där vårdas för självskadebeteende och/eller behandlas med psykofarmaka. Bland barn som behandlas med psykofarmaka är det vanligare att de HVB-placerade saknar psykiatrisk diagnos. Dödligheten bland barn och unga som varit placerade är högre. Placerade unga skyddar sig i mindre grad mot oönskade graviditeter, sexuellt överförbara infektioner och hiv än andra unga och gör sin sexdebut betydligt tidigare. Rättssäkerheten på HVB har förbättrats under senare år, men otillåtna skydds- och begränsningsåtgärder förekommer. Barn placerade i HVB faller ofta utanför reguljära hälsokontroller.²⁷

Den grupp elever som genomgående utmärker sig med att rapportera betydligt sämre psykisk hälsa är elever som anger att de inte bor hos någon av sina föräldrar. Gruppen rapporterar även lägst trivsel både i skolan, hemma

och under fritiden. Totalt rör det sig om ungefär 1 procent av de elever som deltagit i undersökningen. Bland barnen är det 44 procent som tillhör gruppen elever med betydande besvär inom dimensionen bristande välbefinnande (jämfört med 9 procent för barn som bor med båda föräldrar [inkl. växelvis boende] och 15–18 procent för barn som uppger att de bor endast med en förälder). Bland gruppen elever som bor ensamma eller tillsammans med någon annan än sina föräldrar är det 49 procent som har upplevt två eller fler psykosomatiska symtom ofta eller alltid under de senaste sex månaderna (jämfört med 31 respektive 19 procent för elever som bor tillsammans med båda eller en förälder).²⁸

Kroniskt sjuka barn

Under de delar av uppväxten som utvecklingen är som mest intensiv innebär en kronisk sjukdom med tillhörande fysiska funktionsnedsättning ofta en extra påfrestning. Trots detta fullföljer de flesta med kronisk sjukdom en gymnasieutbildning och flyttar hemifrån i samma takt som andra unga. Det är dock vanligare att unga med kroniska fysiska sjukdomar får en psykiatrisk diagnos om de vuxit upp i arbetarhem, haft en ensamstående eller arbetslös förälder eller har utländsk bakgrund.²⁹

Ekonomiskt utsatta barn

”Barn som lever i ekonomisk utsatthet löper mer än dubbelt så hög risk att dö under barndomen som andra barn. Detta motsvarar nästan 24 fler barn per 100 000. Den förhöjda risken att bli inskriven på sjukhus är cirka 40 procent. Detta motsvarar 20 fler barn per 1 000. Skillnaden mellan barn i och utanför ekonomisk utsatthet är allra störst när det gäller risken att bli inskriven med en diagnos relaterad till psykisk ohälsa. Här är risken nästan tre gånger så stor för dessa barn”.³⁰

Även om de flesta barnfamiljer fått det bättre har inkomstskillnaderna mellan familjer ökat sedan 2000-talets början. Mellan 100 000 och 200 000 barn (5–10 procent) har en ekonomisk situation som är tydligt sämre än andra barns, men i denna grupp har de flesta eget rum, dator och mobil. Ungefär 25 000 barn (1–1,5 procent) får inte näringsrik mat, saknar internetanslutning och fritidsutrustning. Ekonomisk utsatthet är vanligare hos barn som lever med en ensamstående eller utrikesfödda föräldrar eller där ingen förälder arbetar.³¹ Unga vuxna (20–29 år) är en annan grupp som påverkats av de ökade inkomstskillnaderna.³²

Barn till sjuka eller missbrukande föräldrar

När föräldrarna inte mår bra påverkar det barnen, som får en ökad risk att själva utveckla psykisk och fysisk ohälsa och olika former av missbruk. Generellt har ett barn av trettio minst en förälder som avlidit innan barnet hunnit fylla 18 år. Åtta procent av alla barn har minst en förälder som vårdats inlaggande på sjukhus på grund av psykisk sjukdom och/eller missbruk. Närmare var femte förälder lider av ångslan, ångest, oro eller annan psykisk ohälsa som inte är så allvarlig att den leder till sjukhusvård. Omkring 12–24 procent har en förälder med allvarlig fysisk sjukdom.³³

Våldsutsatta barn

Polisanmälningar om våld- och sexualbrott mot barn har ökat under en längre tid men avstannat under senare delen av 00-talet. Våld mot förskolebarn sker oftast från en vårdnadshavare. Våld mellan jämnåriga är vanligare i gruppen 7–14 år. När ett barn utsätts för våld sker det ofta upprepat. Barn som varit utsatta för våld har sämre psykisk hälsa som vuxna.³⁴

Nyanlända och asylsökande barn

Nyanlända barn, särskilt de som flytt eller är papperslösa, har stor risk att drabbas av ohälsa. Att vara på flykt är ofta traumatiskt i sig, och föregås vanligen av krig eller förföljelse och förluster av närstående. Under asylprocessen kännetecknas tillvaron av knappa ekonomiska och sociala resurser. Föräldrarnas hälsa och erfarenheter av psykiska problem, tortyr, trauma och framtidsoro påverkar barnens vardag, utveckling och tillit till vuxenvärlden. Uppgifter om dessa barns hälsa är bristfälliga, men erfarenheter från sjukvården visar att fysisk och psykisk ohälsa och psykosomatiska problem är vanligare bland dessa barn än bland andra.³⁵ Frekvensen av nästan alla redovisade indikatorer på psykisk ohälsa, som vård på psykiatrisk avdelning, insjuknande i schizofreni och andra psykoser, förstämningssyndrom, alkoholberoende och självmordsförsök samt självmord, tyder på att många invandrargrupper har betydligt sämre psykisk hälsa än Sverigefödda.³⁶

Under 2015 sökte 163 000 personer asyl i Sverige, varav cirka 70 000 var barn och unga under 18 år. Hälften av barnen kom till Sverige utan förälder eller legal vårdnadshavare (ensamkommande). Knappt 3 000 av de ensamkommande var flickor. De vanligaste ursprungsländerna bland samtliga asylsökande var Syrien, Afghanistan och Irak, även bland de ensamkommande barnen dominerade Afghanistan (23 000 barn) och Syrien (4 000 barn).

Enligt lag ska alla asylsökande erbjudas en hälsoundersökning som bl.a. ska omfatta vaccinationsstatus, behov av tandvård och barns utveckling. Under år 2014 genomgick endast cirka 40 procent av samtliga asylsökande en hälso-

undersökning; preliminära siffror visar på en oförändrad nivå 2015 till följd av ökade köer.³⁷ Detta innebär att det finns lite kunskap om hälsostatus och vårdbehov för gruppen asylsökande barn och unga. Folkhälsomyndighetens bedömning är att barn över fem år från Syrien är relativt väl vaccinerade men vaccinationstäckningen bland barn från Afghanistan och Irak bedöms som mer osäker. Ovaccinerade barn som har nära kontakt kan till exempel smittas av mässling eller hepatit B. Detta innebär enligt Folkhälsomyndigheten främst en risk för smittspridning mellan barn som flytt till Sverige, eftersom vaccinationstäckningen är hög bland barn som bor i Sverige.³⁸

Socialstyrelsen uppskattar att 20–30 procent av de asylsökande och flyktingar som kommer till Sverige lider av psykisk ohälsa. Deras kunskapsunderlag refererar till en metastudie som visar en förekomst av PTSS, posttraumatiskt stressyndrom, på 19–54 procent och depression på 3–30 procent bland flyktingbarn.³⁹ Det är inte ovanligt att asylsökande barn har stora tandvårdsbehov.

HBTQ-ungdomar

Unga HBTQ-personer⁴⁰, särskilt kvinnor, mår betydligt sämre än unga heterosexuella och unga cispersoner.^{41 42 43} Ungdomsstyrelsens rapport (2010) pekar på den sämre hälsan kan förklaras av att HBTQ-personer i större utsträckning än andra unga utsätts för diskriminering, hot om våld och våld. Bland kvinnor i åldrarna 16–29 år uppger 25 procent av unga homo- och bisexuella kvinnor att de någon gång har försökt begå självmord, jämfört med 8 procent bland heterosexuella kvinnor. I gruppen homo- och bisexuella har 20 procent av 16–25-åringar utsatts för fysiskt våld av en förälder, partner eller annan närstående vuxen. När det gäller hedersrelaterat våld och förtryck är unga homosexuella, bisexuella och transpersoner en särskilt utsatt grupp. Många upplever också ett negativt bemötande från samhällets institutioner, till exempel i skolan eller på arbetsplatsen.⁴⁴

Barn och unga med funktionsnedsättning

Det är något vanligare med långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar bland pojkar än bland flickor. De vanligaste funktionsnedsättningarna är astma och allergier, läs- och skrivsvårigheter och mag- och tarmbesvär.⁴⁵

Ingen exakt siffra finns på hur många barn som har en funktionsnedsättning i Sverige men en uppskattning är att cirka 15 procent (motsvarande cirka 300 000 barn) har någon form av funktionsnedsättning och det är vanligare i äldre åldrar än i yngre.⁴⁶

Enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor (2013/2014) visar att de flesta barn med funktionsnedsättning upplever att de har en god hälsa (mycket bra eller bra), 86 procent jämfört med 93 procent bland barn utan funktionsned-

sättning. Flera undersökningar har visat att funktionsnedsatta som grupp har sämre levnadsvillkor än andra barn. Till exempel skattar de sin hälsa sämre, trivs sämre med livet, trivs sämre i skolan, är mer utsatta för mobbning, deltar mer sällan i fritidsaktiviteter och använder mer läkemedel. I äldre åldrar har de också lägre utbildning och är arbetslösa i större utsträckning. Jämfört med andra föräldrar har föräldrar till barn med funktionsnedsättning ökad risk att leva under utsatta förhållanden, till exempel arbetar de i lägre utsträckning, har en mer utsatt ekonomisk situation, har oftare somatiska besvär, och är mindre nöjda med tillvaron. Folkhälsomyndigheten ansåg 2012 att föräldrar till barn med funktionsnedsättning behövde mer stöd med barnen och hemmet.

Framförallt är det barn med måttliga eller svåra funktionsnedsättningar och barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) som skiljer sig från barn utan funktionsnedsättningar. Föräldrar till barn med NPF anser oftare än andra föräldrar att deras barn klarar sina studier dåligt och inte trivs i förskola, skola och på arbetet. I jämförelse med barn med andra funktionsnedsättning upplever barn med NPF mindre inflytande i myndighetskontakter, och har en mer passiv fritid. Särskiljande för barn med NPF är därtill att många fått sina diagnoser sent i livet och att de ofta har familjemedlemmar med samma funktionsnedsättning. Pojkar diagnostiseras oftare med funktionsnedsättningar än flickor. Störst är skillnaderna när det gäller NPF, i synnerhet ADHD och autism där andelen pojkar som får diagnosen är ungefär tre gånger så hög som andelen flickor. Studier tyder emellertid på att detta till stor del kan förklaras av att kriterierna för ADHD och autismspektrumstörning är kodade efter pojkars mer utåtriktade symptom, vilka oftare uppmärksammas som problematiska av omgivningen. Flickors problem tar sig ofta andra uttryck, vilket medför att det ofta tar betydligt längre tid för flickor än för pojkar att få stöd.⁴⁷

Orsaker och samband

Mycket förenklat kan orsakerna till ohälsa hos barn och unga delas in i sociala förhållanden, genetiska och biologiskt betingade förhållanden och ohälsa förorsakad av vård- eller omsorgsrelaterade situationer.

Stress och sårbarhet

Stress- och sårbarhetsteorin beskriver varför en person drabbas av ohälsa, beroende på sitt genetiska arv, sin personlighet, sitt sociala nätverk och den miljö hen lever i.

Alla personer har en viss grad av "sårbarhet". Det som avgör om vår sårbarhet uttrycks i form av ohälsa eller inte, är om vi utsätts för en viss grad av påfrestningar. Ju högre sårbarhet desto mindre stresspåslag krävs för att ohälsa ska utvecklas.⁴⁸

Risk-och skyddsfaktorer ⁴⁹

Risk- och skyddsfaktorer är faktorer som ökar respektive minskar risken för ohälsa.

Risikfaktorer

Händelse eller omständighet som ökar sannolikheten för att något icke önskvärt ska hända. Den kan vara social, psykologisk, medicinsk eller biologisk och leda till problem för hälsa, utveckling, anpassning eller beteende. Effekten av en riskfaktor kan bli mycket större om individen redan är utsatt för andra belastningar.

Exempel på riskfaktorer hos barn är fysisk och/eller psykisk ohälsa, beteendeproblem, oro, problem att knyta an och tal- och skrivsvårigheter.

Exempel på riskfaktorer i familj och närmiljö är föräldrars oförmåga att skydda barnet och ge det omvårdnad, missbruk, psykisk sjukdom, relationsproblem i hemmet, frånvaro av skyddande nätverk, aggressivitet och negativa förväntningar på barnet.

Skyddsfaktorer

Skyddsfaktorer ökar personens motståndskraft mot belastningar och kan förhindra, fördröja eller mildra sjukdomsutbrott. Dessa faktorer är särskilt viktiga när risken är hög och skyddseffekten ökar oftast med antalet skyddsfaktorer, men även en enskild faktor kan ha stark påverkan.

Exempel på skyddsfaktorer hos barnet är förmåga att förstå och komma överens med andra, problemlösningsförmåga, humor, tålighet, förmåga till impuls- och känslokontroll, initiativförmåga, psykisk energi, nyfikenhet, skolframgång, god intelligens och självförtroende.

Exempel på skyddsfaktorer i familj och närmiljö är god fysisk och psykisk hälsa, få separationer, god omvårdnad, god relation mellan förälder och barn, sund ekonomiska situation, hög socialgrupp, familjesammanhållning, att barnet är omtyckt av vuxna, möjlighet till fritidsintressen och stöd genom grannar och lärare.

Institutionsorsakad ohälsa

Institutionsorsakad ohälsa kan vanligen beskrivas i termer av organisation, prioriteringar, resurser, okunskap och/eller bristande implementering. När ohälsa förorsakad av samhällsinstitutioner nämns i folkhälsorapporter om barn och unga handlar det generellt om brister i förhållande till en allmän förväntan eller vedertagen ”best practice”. Socialstyrelsens rapport Barns och ungas hälsa, vård och omsorg (2013) tar till exempel upp att barn som vårdas på neonatalavdelningar riskerar att få vårdrelaterade infektioner till följd av bristande hygienrutiner, underbemanning och överbeläggning. Andra exempel är missförhållanden i HVB eller familjehem.

Under senare år har man även uppmärksammat att det kan finnas ett samband mellan skolreformer och den ökade upplevelsen av stress, vilket i sin tur kan vara utlösande för annan psykisk ohälsa.⁵⁰ Resursbrister och oförmåga att anpassa undervisningen till elever med funktionshinder eller andra särskilda behov kan leda till psykisk ohälsa inom dessa grupper.⁵¹ Tidiga svårigheter i skolan, särskilt läs- och skrivsvårigheter, orsakar både inåtriktade och utåtriktade psykiska problem. Både svårigheter i skola och psykiska problem tenderar att vara stabila över tid. Motsatsvis har goda resultat i skolan positiv

effekt på självuppfattning, vilket i sin tur bidrar till motivation och upplevd inre/yttre kontroll till gagn för lärande.⁵²

Bland barn med svaga skolprestationer är privilegierad social uppväxtbakgrund ingen betydande skyddsfaktor mot ogynnsam utveckling, som exempelvis framtida självmordsbeteende, kriminalitet och missbruk.⁵³

För äldre ungdomar lyfts ibland villkoren på arbetsmarknaden fram som ett bakomliggande skäl till den negativa utvecklingen av psykisk hälsa i denna grupp.⁵⁴ Grupper vars psykiska mående till synes påverkas särskilt av arbetsmarknadsläget är ungdomar utan fullständiga gymnasiebetyg⁵⁵ och studerande kvinnor i åldern 20–24 år.⁵⁶

Förskola och skola

Förskolans betydelse för barns utveckling, lärande och hälsa

Genom att bidra till optimala lärande- och utvecklingsmöjligheter för de allra yngsta barnen kan förskolan skapa förutsättningar att förbättra deras hälsotillstånd på kort och lång sikt. Förskolor där barn får möjlighet att vara aktiva, delaktiga och engagerade i samspel med vuxna och andra barn är också de mest stimulerande lärandemiljöerna, vilket kan ses som en indikatorer på hälsa och på förskolornas kvalitet.⁵⁷

”En av de mest värdefulla åtgärder som ett samhälle kan göra för barns hälsa är att skapa goda uppväxt- och lärandemiljöer från tidig ålder. Förskolan kan och ska vara en så gynnsam miljö för barnen att de ges möjlighet att utnyttja sina förmågor och kompetenser.”⁵⁸

Skolans ansvar för både hälsa och lärande

Elevhälsans arbete ska bidra till att skapa miljöer som främjar lärande, utveckling och hälsa.⁵⁹ Inom ramen för elevhälsan ska eleverna ha tillgång till medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska kompetenser.⁶⁰

Elevhälsan ska i första hand arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Men det finns också skäl för elevhälsan att vara särskilt uppmärksam på elever med långvarig eller problematisk skolfrånvaro, uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter, nedstämdhet, sömnsvårigheter, psykosomatiska besvär, psykiskt eller socialt trauma och inlärningssvårigheter.

”Många av elevernas hälsoproblem är åtgärdbara och påverkbara i skolan genom att skolhälsovården samverkar inom skolan i elevhälsan, med barnen själva och deras föräldrar och med andra aktörer som socialtjänst, barnhabilitering, BUP och barnsjukvård.”⁶¹

Ömsesidigt samband mellan lärande och hälsa

Lärande, hälsa och skolmiljö är nära kopplade till varandra. I en systematisk kunskapsöversikt från Kungliga Vetenskapsakademien konstaterar en tvärvetenskaplig panel att den psykiska hälsan har stor betydelse för skolprestationer och att det även finns ett omvänt samband mellan skolprestationer och psykisk hälsa. Sambanden följer individen från tidiga skolår och upp i ungdomsåren. Därför är förskolan och de tidiga skolåren särskilt viktiga för barnens kunskapsutveckling och psykiska välmående.⁶²

Sambanden mellan låg utbildning och ökade risker för tidig död, somatisk och psykisk ohälsa samt en rad sociala problem är välkända sedan flera decennier och skillnaderna i medellivslängd mellan olika utbildningsgrupper fortsätter att öka. Låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 ökar risken för framtida psykosociala problem. Exempelvis är allvarlig kriminalitet i ung vuxen ålder 8–10 gånger så vanligt bland dem med låga betyg som bland dem med medel/höga betyg. Detta mönster finns i alla socioekonomiska grupper. Barn som växer upp i samhällets vård eller i familjer med återkommande ekonomiskt bistånd har mycket höga överrisker för ogynnsam utveckling över tid. En hög förekomst av ”skolmisslyckande” är en nyckelfaktor för att förklara och förstå detta. Låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 är den starkaste riskfaktorn för framtida psykosociala problem bland barn i dessa grupper. Omvänt var frånvaron av ”skolmisslyckande” den starkaste skyddande faktorn.⁶³

Genetisk och biologisk påverkan

Cancer

Gemensamt för alla barncancersjukdomar är att man idag inte har kunnat hitta någon yttre faktor som är av stor betydelse för utvecklingen av sjukdomen. Det finns bara enstaka barncancerformer som är ärftliga. Vad som orsakar en förändring i cancercellens genetiska kod är inte känt. Säkert är det flera orsaker som samverkar. Man vet dock att radioaktiv strålning kan orsaka cancer och att vissa kemikalier kan orsaka tumörer.⁶⁴

Sjukdomar relaterade till immunsystemet (astma, allergi, eksem och diabetes)

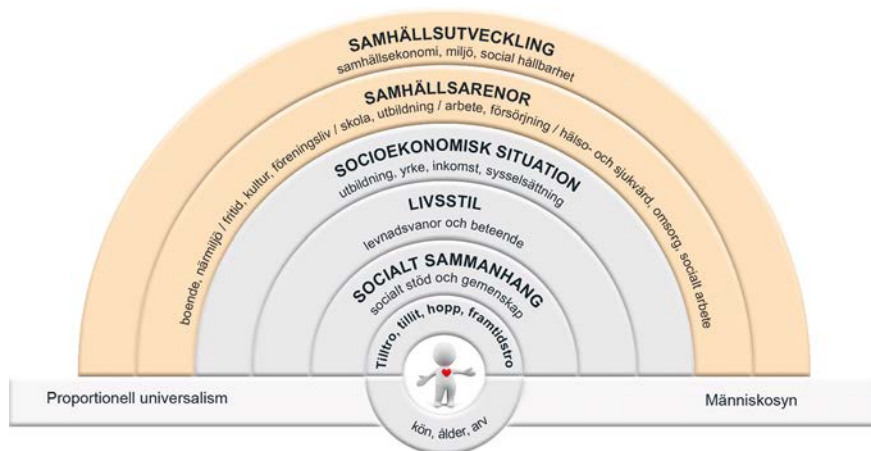
Förekomsten av astma och andra allergirelaterade sjukdomar har ökat under hela 1900-talets andra hälft, liksom en rad andra sjukdomar som har med immunsystemet att göra. Sådana sjukdomar är bland annat diabetes, inflammatoriska tarmsjukdomar och reumatiska sjukdomar. Även om de direkta orsakerna till uppkomsten av dessa sjukdomar inte är helt kända, är de flesta forskare överens om att faktorer i miljön i kombination med ärftliga faktorer har stor betydelse.

Flera av kroppens mest komplexa organsystem och funktioner utvecklas kontinuerligt under fosterstadiet och uppväxten, vilket gör foster och barn särskilt känsliga för miljöpåverkan. Dels kan risken att drabbas av sjukdom öka, och dels kan besvär av sjukdomar förvärras av en ohälsosam miljö. Ett exempel på detta är den vanliga förekomsten av (äkta) astma⁶⁵ och allergi hos barn. Förekomsten av astma och andra allergirelaterade sjukdomar har ökat markant sedan mitten av 1900-talet och astma är numera den vanligaste kroniska sjukdomen i barndomen. Risken för att utveckla astma påverkas av miljöfaktorer som passiv rökning, luftföroreningar och fuktproblem i boendemiljön.⁶⁶ Även d-vitaminbrist har uppmärksammats som bakomliggande orsak till flera allvarliga tillstånd.^{67 68 69 70 71 72 73 74 75}

Socialt betingad ohälsa

Barnets sociala position är till stor del beroende av familjens ställning i samhället. Social position är i sig inte en direkt orsak till hälsa eller ohälsa, men på gruppnivå har social position betydelse för levnadsförhållanden och livsstil⁷⁶ med betydelse för hälsan. Familjens sociala position bestäms i hög grad av föräldrarnas utbildningsnivå, yrke och inkomst som i sin tur påverkar till exempel möjligheten att välja boende, bostadsområde och skola. Sämre hälsa till följd av social position är också självförstärkande genom att individer med låg social position har svårare att dra nytta av hälso- och sjukvårdssystemet. Ohälsa bidrar också till att förstärka individens sociala position, exempelvis genom marginalisering från arbetsmarknaden.

Forskning har bland annat kunna koppla olika former av ohälsa till framför allt mammans utbildningsnivå. Exempelvis har man sett att barn till mammor med låg social position löper större risk för dödföddhet, spädbarnsdöd, astma, öroninflammationer, luftvägsinfektioner, karies och risk att avlida i tumörsjukdomar och skador. Exempel på mellanliggande faktorer inom denna grupp är övervikt, rökning, narkotikabruk och riskabla alkoholvanor.⁷⁷ Vad gäller astma konstaterar forskarna att högst ökning av astmafall finns i familjer med låg utbildning, där cirka 40 procent av barnen har minst en rökande förälder. Bland högutbildade finns nästan ingen ökning alls och man menar därför att det måste ha att göra med exponeringar, alltså vad barnen utsätts för i form av exempelvis luftföroreningar, cigarettök, men även livsstilen i övrigt.⁷⁸



Östgötamodellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle. Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (grå) bestämningsfaktorerna för hälsa. Framtagen av Jolanda van Vliet och Margareta Kristenson, 2014, baserad på hälsans bestämningsfaktorer av Dahlgren och Whitehead, 1991.

Källa: Publicerats i Östgötakommissionens slutrapport 2014.

Knappa ekonomiska och sociala resurser ökar också sårbarheten för sociala problem och psykisk ohälsa, vilket medför att barn i resurssvaga familjer ofta själva drabbas av minskat välbefinnande och i många fall av psykiska besvär.⁷⁹ Metastudier har visat att det finns cirka 80 procent överrisk för barn som lever i social utsatthet att drabbas av psykisk ohälsa. Barn som uppger problem med familjesituation respektive fritidssituation rapporterar tre gånger så ofta två eller fler psykosomatiska symtom än andra barn.⁸⁰

Föräldrarnas utbildningsnivå och ekonomiska situation påverkar också barnens sannolikhet att lyckas i skolan, vilket i sin tur inverkar på barn och ungas psykiska hälsa såväl på kort sikt som längre fram i livet.⁸¹ Barn som växer upp med återkommande ekonomisk bistånd har till exempel betydligt lägre slutbetyg från grundskolan,⁸² vilket i vissa studier framstår som den starkaste riskfaktorn för framtida psykosociala problem.⁸³ Vidare är det betydligt vanligare att ungdomar till föräldrar med låg utbildningsnivå inte klarar att gå ut gymnasiet med fullständiga betyg på tre år.⁸⁴ Mellan 6–12 procent av unga mellan 16 och 24 år riskerar ett långvarigt utanförskap i Europa. Denna heterogena grupp kallas i EU sammanhang för NEET (Not in Employment, Education or Training). Unga som hamnar i NEET statistiken har en sammansatt problematik; det kan handla om avbrutna gymnasiestudier, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, läs- och skrivsvårigheter, depressioner, missbruk, problematiska och destruktiva hemförhållanden och mycket annat.⁸⁵

Prematura barn

Varför ett barn föds för tidigt (prematurt) är många gånger svårt att fastställa. Forskning pekar på ett antal riskfaktorer på gruppnivå där ärftlighet visat sig vara den viktigaste. Mellan 20–30 procent, beror på genetiska faktorer. Faktorer som också har betydelse är socioekonomi, rökning under graviditeten, infektioner, övervikt, tvillingfödelse samt mammans ålder (både hög och låg ålder ökar risken).

Trots att många av riskfaktorerna för att föda för tidigt har förändrats under senaste decennierna (exempelvis rökning) har andelen för tidigt födda barn sedan 1973, då det medicinska födelseregistret startade, legat runt 6 procent (ca 6 000 barn). Nästan alla dessa barn överlever numera. Förbättringarna inom ett område kan uppvägas av försämringar på andra.⁸⁶

Kost, motion och övervikt

Kostvanor

För barn under 11 år saknas nationella data om kostvanor, men en undersökning från år 2003 visar att yngre barn får en fjärdedel av sin energi från sötsaker med begränsat näringsinnehåll och bara äter hälften av den rekommenderade dagsmängden av frukt och grönt.⁸⁷ Mellan 11 och 15 år stiger andelen som dagligen dricker läsk och äter godis, samtidigt som andelen som dagligen äter frukt och grönt minskar enligt den återkommande undersökningen ”Skolbarns hälsovanor”. Pojkar har mer onyttiga kostvanor än flickor. Den senaste undersökningen (2013/2014) indikerar dock att intaget av sötsaker och frukt och grönt har förbättras hos båda könen.⁸⁸

Det finns kopplingar mellan barns och ungas kostvanor, socioekonomisk bakgrund och familjestruktur.⁸⁹ Det är till exempel vanligare att ungdomar med högutbildade mödrar äter skollunch samt frukt och grönsaker, än ungdomar med lågutbildade mödrar.⁹⁰ Man ser även att det är vanligare att barn med utländsk bakgrund dricker läsk flera gånger i veckan jämfört med barn med svensk bakgrund.⁹¹

Motionsvanor

För små barn finns få studier gällande fysisk aktivitet men en studie på två förskolor i Malmö visade att barnens dagsbehov av fysisk aktivitet inte tillfredsställdes under tiden de är på förskolan.⁹² Bland dem mellan 11 och 15 år uppnår mellan 10 och 25 procent indelat efter ålder och kön WHO:s mål om en timmes fysisk aktivitet om dagen. Pojkar är generellt mer aktiva än flickor, mest aktiva är 11-åriga pojkar.⁹³ Sedan mätningen 2009/10 har andelen som sitter framför en skärm fyra eller fler timmar per dag ökat och här syns inga



skillnader mellan pojkar och flickor.⁹⁴ I gruppen äldre tonåringar och unga vuxna (16–24 år) är det en majoritet som motionerar på fritiden och mönstret har varit konstant de senaste tio åren. Pojkar motionerar mer regelbundet.⁹⁵

Generellt finns en ökad polarisering mellan barn med en stillasittande livsstil och barn som motionerar regelbundet. Barn från familjer med högt utbildade och socioekonomiskt starka föräldrar tenderar att ha ett högt deltagande i idrott och träning, medan det är dubbelt så vanligt med en stillasittande fritid bland unga födda utomlands jämfört med unga födda i Sverige.⁹⁶

Övervikt

Om kroppen regelbundet lagrar mer fett än man gör av med blir man överviktig. Om övervikten ökar blir det till fetma. Under de senaste 30 åren har det skett en stor ökning av fetma i befolkningen vilket kan förklaras av mindre fysisk aktivitet och ändrade kostvanor.⁹⁷ Men vem som drabbas av fetma beror också på ärftliga och epigenetiska faktorer, det vill säga hur arvsanlagen styrs, tillväxt i mammas mage och under barndom, stress, socioekonomiska förhållanden och eventuellt vissa infektioner. Fetma medför ökad risk för andra sjukdomar, som diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, lever-gallsjukdom, cancer, sömnapné, artros och infertilitet.

Ökad förekomst av fetma syns i olika delar av befolkningen. Från 1990–2007 ökade fetma hos barnafödande kvinnor från 5–12 procent. Parallellt har barns födelsevikt ökat från i genomsnitt strax under 3500 g till strax över.

Ett stort problem för vårdplanering och forskning är att det saknas nationell statistik. Det finns statistik från 4-årskontroller på BVC och i begränsad omfattning på 10-åringar från studier inom elevhälsan, men vi vet inte hur det ser ut för tonåringar. Av fyraåringar har 2–4 procent fetma, med en överrepresentation bland förskolebarn med sämre sociala eller ekonomiska förhållanden. Bland tioåringar är omkring 20–25 procent överviktiga och 3–5 procent har fetma.⁹⁸ Samtliga data pekar på att barnfetma i början på 2000-talet var fyra till fem gånger vanligare än på 1980-talet. Nyligare studier på fyra- och tioåringar indikerar att ökningen har avstannat, men inget trendbrott har fastställts med säkerhet. Före två års ålder sätts vanligen inte diagnosen fetma eftersom BMI varierar mycket bland så små barn.

Ökad risk för barn att ha eller utveckla fetma ses när en eller båda föräldrar har fetma, högt BMI hos mamman vid graviditetens start, om mamman röker under graviditeten, om den nyfödde har hög eller låg födelsevikt, utebliven amning, snabb tillväxt mellan två till 4 års ålder, kortvarig sömn, fysisk inaktivitet (stillasittande vid TV eller motsvarande över 2 timmar per dygn), högt läskintag, tidig pubertet och skelettmognad. Övervikt och fetma hos barnet är dessutom vanligare ju lägre utbildning den blivande modern har.⁹⁹

Fetma hos barn medför i sig ökad risk för medicinska, psykiska och sociala problem som blir mer märkbara med barnets ökade ålder. Mest påtagliga är de psykiska och sociala konsekvenserna som mobbning och utanförskap, vilket kan leda till sämre självförtroende och med det svårigheter i skolan och på fritiden. Andra märkbara komplikationer är besvär med fötter, knän, höfter och rygg – och det är ofta för detta man söker hjälp i elevhälsan. Astma är överrepresenterat hos barn med fetma. Mer sällsynta sjukdomar som samvarierar med fetma är sömnapné, mensrubbningar och svår huvudvärk. ”Dolda” medicinska avvikelser förekommer i ökad frekvens hos barn och ungdomar med fetma. Dessa är typ 2-diabetes, nedsatt glukostolerans, högt blodtryck, avvikande blodfetter och tecken på förfettning av levern. Insulinresistens ligger bakom dessa avvikelser, liksom merparten av all samsjuklighet vid fetma hos barn och ungdomar.

Prognosen för barn med fetma och övervikt avseende möjligheten att utan behandling bli normalviktiga som vuxna är idag dålig; ca 80 procent av de barn som i 6–7-årsåldern är överviktiga eller lider av fetma är fortfarande överviktiga eller feta i de sena tonåren.¹⁰⁰ Tillgången till behandling av barnfetma varierar mellan landsting.¹⁰¹ Flera studier visar att fetma i barn- och ungdomsåren förkortar livslängden i jämförelse med ungdomar som är normalviktiga.¹⁰²

Kommissioner

Under senare del av 00-talet har allt större fokus legat på det ojämlika samhällets effekter på hälsan ("hälsans sociala bestämningsfaktorer"). Insatser har gjorts i form av kommissioner.

Marmotkommissionen ¹⁰³

År 2008 presenterade WHO:s Commission on Social Determinants of Health under ledning av professor Sir Michael Marmot sin slutrapport Closing the gap in a generation. Rapporten visade hur faktorer i samhället orsakar ohälsa ("hälsans sociala bestämningsfaktorer") och att hälsan är ojämlikt fördelad i samhället. Rapportförfattarna menade också att det djupt omoraliskt att inte genast vidta åtgärder för att minska ojämlikheten i hälsa när orsakerna är kända och påverkbara och det kan ske med rimliga insatser.

Sedan dess har lokala och regionala kommissioner för jämlik hälsa tillsatts i Sverige.

Malmökommissionen (2011-2013) ¹⁰⁴

Kommunstyrelsen i Malmö gav 2010 uppdrag om en kommission för ett socialt hållbart Malmö skulle tillsättas. Kommissionen var politiskt oberoende. Syftet med arbetet är att minska ojämlikheter i hälsa i Malmö.

Arbetet i kommissionen delades i två faser:

1. Vetenskapliga underlag
2. Tillämpning i Malmö

Idag har 74 åtgärdsförslag för en socialt hållbar utveckling med minskad ojämlikhet i hälsa i Malmö antagits.

Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa (2011–2013) ¹⁰⁵

20 kommuner, landsting och regioner har arbetat tillsammans med SKL i ”Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa”. Arbetet resulterade i ett antal rekommendationer och åtgärder som bidrar till att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnaderna i hälsa som presenterades i slutrapporten Gör jämlikt – gör skillnad.

Samling för social hållbarhet i Västergötland (2013) ¹⁰⁶

Västra Götalandsregionen har i bred samverkan med en rad samhällsaktörer, tagit fram förslag till åtgärder för en mer jämlik hälsa och ett socialt hållbart Västra Götaland.

Syftet med arbetet har varit och är att precisera beslut, åtgärder och insatser som har bäst förutsättningar att minska skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper och som är formade efter lokala förutsättningar och behov.

Östgötakommisionen (2013–2014) ¹⁰⁷

På uppdrag av Regionförbundet Östsam har Östgötakommision för folkhälsa arbetat med att belysa och analysera hälsoläget samt föreslog insatser på läns-, kommun- och stadsdelsnivå för att skapa förutsättningar för en bättre hälsa på lika villkor för alla som bor och verkar i Östergötland.

Kommisionen för jämlik hälsa (2015–maj 2017) ¹⁰⁸

En politiskt oberoende kommitté som arbetar på uppdrag av regeringen. Den ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Huvudsakligt fokus är hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället samt mellan könen. I sitt andra delbetänkande, som presenterades i januari 2017, föreslår de att det folkhälsopolitiska ramverket behöver utvecklas. Tydligare mål och målområden med stärkt fokus på jämlik hälsa behövs. Ett brett strategiarbete för en god och jämlik hälsa föreslås där del- och etappmål utformas i samverkan mellan relevanta aktörer. Förstärkta och förtydligade uppdrag till centrala aktörer föreslås, liksom en utveckling av uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken.

Strategi för hälsa (2016 och ff) ¹⁰⁹

Sveriges Kommuner och Landsting arbetar med en sammanhållen långsiktig strategi för framtidens hälsa, hälso- och sjukvård, socialtjänst, vård och omsorg. Arbetet görs tillsammans med kommuner, landsting och regioner. Processen kräver en bred förankring och delaktighet hos SKL:s medlemmar och sektorns andra aktörer, såsom fack- och professionsorganisationer samt berörda myndigheter.

Målet är att strategin ska vara en ledstjärna och utgöra ett stöd för medlemmarna att klara sitt välfärdsuppdrag med utgångspunkt i framtida utmaningar och målsättningar.

Utmaningar och möjligheter

Barns delaktighet

Att skapa förutsättningar för att barn ska få känna sig delaktiga efter sina individuella förutsättningar är en viktig uppgift för familjen och hela samhället. Hur detta kan göras i praktiken är en högaktuell fråga då beslut tagits om att barnkonventionen ska bli svensk lag. Barnombudsmannen är den myndighet som bevakar hur barnkonventionen efterlevs i samhället och driver på genomförandet i kommuner, landsting/regioner och myndigheter.¹¹⁰

Forskningen kring sambandet mellan inflytande och delaktighet och barns och ungas hälsa är begränsad, men en systematisk översikt av tillgänglig forskning som genomfördes år 2004 visar att hälsan för barn i åldersgruppen 4–12 år gynnas om de har ett reellt inflytande i frågor som gäller dem själva. Forskningen i översikten fokuserar dock i huvudsak på insatser som genomförts i skolsammanhang.¹¹¹

För ungdomar och unga vuxna, 16–24 år, visar den nationella folkhälsoenkäten på ett samband mellan inflytande och hälsa, där man funnit ett positivt samband mellan demokratisk delaktighet (i form av valdeltagande i allmänna val) och god självskattad hälsa hos ungdomar och unga vuxna. På samma vis anger grupper med ett lågt valdeltagande även en låg självskattad hälsa.¹¹²

För demokratisk delaktighet ser man vidare att det finns socioekonomiska skillnader som följer föräldrarnas utbildningsnivå. Förutsättningar för demokratisk delaktighet är dels politiska resurser, som bland annat innefattar tillgång till information och transporter, och dels personliga resurser som möjlighet, kunskap, självförtroende och tid. Det krävs även att man har tillgång till sociala resurser såsom nära och trygga relationer och ett socialt nätverk.¹¹³

Tillgången till dessa resurser är ojämnt fördelad bland befolkningen, vilket får konsekvenser för hur stor andel barn och unga som deltar i olika former av forum för inflytande, samt för andelen som röstar i allmänna val. Man har även sett att de socioekonomiska skillnaderna påverkar ungas förväntningar på framtiden. Detta belyses även i Demokratiutredningen, där det uttrycks att huruvida man är ”demokratiskt aktiv” eller ”demokratiskt passiv” sammanfaller med andra sociala och ekonomiska klyftor i samhället. Är man ”demokratiskt passiv” är det också sannolikt att man har kortare utbildning, lägre inkomst och en svagare förankring på arbetsmarknaden¹¹⁴, vilka alla är starka riskfaktorer för ohälsa.

Demokratiberedningens betänkande lyfter även fram vissa grupper av unga som är viktiga att uppmärksamma i delaktighetsarbetet. Tidigare Ungdomsstyrelsen uttrycker i en rapport från år 2010 att unga med minst en förälder som är arbetslös eller sjukskriven, samt unga som är socioekonomiskt marginaliserade upplever att de har sämre möjligheter att påverka än andra unga. Dessa grupper känner sig också mindre delaktiga.¹¹⁵ I en senare rapport från Ungdomsstyrelsen belyses även att dålig hälsa och låg självkänsla påverkar känslan av delaktighet negativt, vilket kan ha särskild betydelse t.ex. för unga med funktionsnedsättning. Ungdomsstyrelsen menar att det inte finns några signifikanta skillnader i viljan att påverka, eller upplevelsen av att kunna påverka beslut mellan unga som har en funktionsnedsättning och unga som inte har en funktionsnedsättning. Oviljan att påverka hos unga med funktionsnedsättning beror snarare på att de har en lägre tilltro till att de som bestämmer lyssnar, än att de är ointresserade vilket oftare är fallet hos unga utan funktionsnedsättning.¹¹⁶

Det är svårt att belägga ett orsakssamband mellan delaktighet och inflytande på individ- och gruppnivå och folkhälsoeffekter på samhällsnivå. Då inflytande och delaktighet tenderar att skapa tillit till andra människor och till demokratiska institutioner kan man dock anta att människors hälsa påverkas positivt om människor får möjlighet att vara delaktiga och påverka de beslut som berör deras livsvillkor.¹¹⁷

Olika samhällsnivåer och samverkan

Samverkan behövs på flera samhällsnivåer för att välfärdens stödfunktioner ska fungera för enskilda barn och ungdomar och deras familjer. Samverkan behövs på nationell, regional och lokal nivå. De olika samhällsnivåerna behöver lösa olika slags uppgifter för att hela systemet ska fungera på bästa sätt.

Nationell nivå ¹¹⁸

På nationell nivå finns flera departement med ansvar för frågor som rör barn och unga, exempelvis Socialdepartementet, Utbildningsdepartementet, Arbetsmarknadsdepartementet och Civildepartementet. Ett flertal statliga myndigheter såsom socialstyrelsen, skolverket, myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor och myndigheten för delaktighet arbetar med frågor som rör barn och unga. På den nationella nivån behöver hinder i regleringar identifieras och lagstöd för samverkan ges. Ett förtydligande av verksamheters uppdrag kan behövas i de fall då barn behöver insatser från flera verksamheter. Ett stort behov av att utveckla resultatmätt för uppföljning och effekter av samverkan behövs på den nationella nivån.

Regional nivå

Med regional nivå avses exempelvis landsting, regioner, länsstyrelser och regionala FoU-enheter. Här finns också samrådsorgan som benämns kommunförbund, kommunalförbund, regioner eller regionförbund. Både kommuner och landsting kan ingå i dessa, men i vissa fall kan de omfatta enbart primärkommuner inom ett landstingsområde. Sociala frågor utgör ibland en naturlig del i deras uppdrag. De regionala aktörerna kan medverka i eller ansvara för implementering av ny kunskap. På regional nivå behöver arbetet samordnas för de barn och unga som har ovanliga funktionsnedsättningar eller somatisk ohälsa. Hälso- och sjukvården måste ha en god samverkan med ett flertal kommuner (främst skola och socialtjänst) inom sin region, även kommunal samverkan kan behövas för att möta behovet av specialiserade insatser.

Lokal nivå

Kommunal- och landstingspolitisk nivå utgör den lokala nivån med berörda verksamhetsansvariga. Ledande politiker och förvaltningschefer samverkar med varandra och med verksamhetsansvariga från berörda huvudmän.

Lokal och regional nivå

På lokal och regional nivå kan samverkan exempelvis handla om att se till att det finns bärkraftiga samverkansstrukturer avtal och rutiner på verksamhetsnivå. Resultatmätt på samverkan behöver förtydligas och kontinuerligt efterfrågas, målgrupper behöver inventeras och deras behov av insatser kartläggas som underlag för planering. Riskmiljöer behöver uppmärksammas och oenigheter om ansvarsfördelning behöver klargöras, samverkansavtal behöver upprättas och även ingå i upphandlingsdirektiv.

Verksamhetsnivå

På verksamhetsnivå behöver rutiner upprättas för hur samverkan mellan verksamheter ska gå till. Det gäller dels det förebyggande och upptäckande arbetet och arbetet med att ge tidiga insatser till barn som behöver stöd. Exempelvis kan det vara rutiner för hur olika professioner ska agera när de misstänker att barn riskerar att fara illa. Det gäller förskola, skola, elevhälsa, socialtjänst, föreningar, organisationer och andra verksamheter där barn vistas. Men det gäller också arbetet för de barn som behöver insatser från de specialiserade verksamheterna som barn- och ungdomspsykiatri, barnkliniken, barn- och ungdomshabiliteringen, socialtjänstens myndighetsutövande del och elevhälsans utredande del. Rutiner behövs för hur verksamheter ska samråda och samverka med varandra, hur de ska utföra samtidiga insatser och hur en ansvarsfördelning ska fungera när ett barn eller en ungdom placeras utanför hemmet. Det behöver också finnas rutiner för hur barn med behov av sammansatt stöd ska få den hjälp de behöver och slippa "bollas runt" mellan olika interna och externa verksamheter.

Skyldighet att samverka

Myndigheter har en allmän lagstadgad skyldighet att samverka med varandra med stöd av § 6 Förvaltningslagen.¹¹⁹ Det föreligger en särskild skyldighet att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, vilket regleras i lagstiftningen för polis, förskola, skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Samverkansskyldigheten gäller även inom enskilt bedriven sjukvård, förskola, skola och skolbarnsomsorg.

Enligt socialtjänstlagen (SoL 5 kap § 1a) har socialnämnden en skyldighet och ett ansvar för att samverkan kommer till stånd i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. En motsvarande skyldighet för andra parter att delta i samverkan, som initieras av socialtjänsten, finns i hälso- och sjukvårdslagen och skollagen.

Respektive part ansvarar för att samverkan initieras när den egna organisationens kunskap och kompetens i att hjälpa den enskilde bedömts som otillräcklig.

Sedan 2010 gäller ett likalydande tillägg i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen om att en individuell plan ska upprättas när den enskilde har behov av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården och insatserna behöver samordnas för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Den enskilde ska samtycka till att planen upprättas. (SoL 2 kap. 7 § och HSL 3 f §).

Planen har kommit att kallas samordnad individuell plan (SIP).¹²⁰

Ett omfattande arbete med att implementera lagstiftningen i verksamheter som arbetar med barn och unga inom kommun och landsting har skett inom Psynkprojektet vid SKL (2012–2014). Fortsatt stöd ges inom ramen för nuvarande projekt Uppdrag psykisk hälsa vid SKL.¹²¹ Många förskolor och skolor använder verktyget då det visat sig vara effektivt i arbetet med att samla aktörer för att prata om hur man ska samordna insatser för enskilda barn och ungdomar.

Uppföljning

Återkommande nationella datainsamlingar och analyser är viktiga beståndsdelar i arbetet med att följa upp och förstå hur faktorer påverkar hälsan hos barn och unga över tid. I Sverige finns två återkommande nationella datainsamlingar som rör barns och ungas hälsa, nämligen den Nationella folkhälsoenkäten¹²² och Skolbarns hälsovanor.¹²³ Folkhälsomyndigheten ansvarar för båda undersökningarna. Nationella folkhälsoenkäten utförs årligen och omfattar ett urval av befolkningen i åldern 16–84 år. Skolbarns hälsovanor ingår i en internationell undersökning och genomförs vart fjärde år på ett urval av 11-, 13- och 15-åringar. Andra uppföljningar som genomförts har haft sitt ursprung i särskilda tidsbegränsade uppdrag såsom exempelvis ”Nationell kartläggning barn i risksituationer”, då regeringen 2009 gav uppdrag till Folkhälsomyndigheten att kartlägga kommunernas förebyggande arbete särskilt riktat till barn och ungdomar i olika risksituationer. Samma år gav regeringen ett särskilt uppdrag om en totalundersökning av barn och ungas psykiska hälsa där samtliga elever i årskurs 6 och 9 svarade på en enkät om hur de upplever sin hälsa. ”Elevhälsoenkäten” genomfördes som pilotprojekt i tolv kommuner under 2008–2011 genom samarbete mellan Statens folkhälsoinstitut (nuvarande Folkhälsomyndigheten), Skolläkarföreningen och Riksföreningen för skolsköterskor.

Som stöd i arbetet med en analys och handlingsplan har Uppdrag Psykisk Hälsa sammanställt en länksamling till statistik som kan vara användbar för kommunerna och landstingen. Sammanställningen ska ses som ett övergripande stöd i analysen och inte en komplett samling av all tillgänglig data.¹²⁴

SKL:s arbete med att främja barns och ungas hälsa

SKL har flera avdelningar som under lång tid arbetat med att stödja sina medlemmar i arbetet med välfärdstjänster och befolkningens hälsotillstånd, däribland barns och ungas hälsa och ohälsa. Effekterna av ett sådant arbete blir inte synliga förrän efter relativt lång tid. Några exempel följer i kapitlet.

SKL har fastställt att förbundets folkhälsoarbete under kongressperioden 2016–2019 ska verka för att:

- › kommuner, landsting och regioner arbetar för att uppnå målet om att sluta folkhälsoklyftan inom en generation och
- › kommunerna, landstingen och regionerna arbetar hälsofrämjande och förebyggande för att stärka social hållbarhet och minska skillnader i hälsa.

SKL arbetar med att samla regionala utvecklingsledare inom socialtjänstens sociala barn- och ungdomsvård för att stimulera utvecklingen. Tillsammans med fackförbunden och medlemmarna har förbundet arbetat fram en nationell handlingsplan för den sociala barn och ungdomsvården (juni 2015).¹²⁵

Inom ramen för ett arbete med överenskommelser mellan SKL och staten, ”Stöd till riktade insatser för inom området psykisk hälsa” från 2011 – fortfarande,¹²⁶ har förbundet drivit ett antal projekt som riktar sig till att förbättra barn och ungas psykiska hälsa. Exempelvis att förhindra onödigt

användande av tvångsåtgärder inom den barn-och ungdomspsykiatriska hel-
dygnsvården eller att utveckla och tillgängliggöra verksamheterna i första linjens
hälso- och sjukvård och i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.
Inom ramen för ”Psynkprojektet” 2011–2014¹²⁷ pågick utvecklingsarbete
rörande sociala investeringar, barn i behov av sammansatt stöd, skolresultat
och psykisk hälsa, ledning och styrning, samt första linjen.

I projektet ”Plug In”¹²⁸ bedrevs Sveriges största samverkansprojekt för att
motverka studieavbrott i gymnasieskolan. Sammanlagt deltog 47 kommuner
från sex regioner. Målsättningen var att på regional och lokal nivå pröva nya
metoder för att i högre grad få elever att fullfölja sina gymnasiestudier.

SKL har i positionspaperet¹²⁹ ”Hälsofrämjande hälso-och sjukvård”
(2013) fastställt ett antal perspektiv och åtgärder som är viktiga för utveck-
ling av en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Perspektiven är individ och
patientperspektiv, befolkningsperspektiv, medarbetarperspektiv och styr-
ning-och ledningsperspektiv.¹³⁰

I positionspaperet ”Psykisk hälsa, barn och unga” (2016) redovisas för-
bundets syn på hur arbetet behöver utvecklas under kommande år för att
förbättra den psykiska hälsan bland barn och unga.¹³¹

I positionspaperet ”Evidensbaserad praktik i socialtjänst och hälso-och
sjukvård” (2012) redovisas förbundets syn på vad en evidensbaserad prak-
tik i socialtjänst och hälso- och sjukvård kan vara och vad som krävs för att
komma dit.¹³²

För tillfället pågår ett arbete med att ta fram ett positionspaper om funk-
tionshinder som beräknas vara färdigt till sommaren 2017.

”Tidiga listan – Börja med barnen” är en form av aktivitetslista uppdelad
utifrån barns ålder, som arbetats fram av flera professionsföreningar vars
arbete är kopplat till barns och ungas hälsa och ett tidigare utvecklingsprojekt
inom SKL, (Psynken). Under 2014 togs nedanstående nio punkter fram som
alla berör viktiga områden för barns hälsa från fostret i mammas mage till
ungdomen på väg ut i livet.

Alla barn ska:

1. Växa tryggt i mammas mage
 - Mödrahälsovården (MVC) ger anpassat stöd och identifierar föräldrar med behov av extra insatser, exempelvis beroende på social utsatthet, missbruk, sjukdom eller kognitiva svårigheter
 - Vid behov av fortsatt stöd hjälper MVC till att förmedla kontakt och information
2. Ha kompetenta föräldrar
 - Barnhälsovården (BVC) gör hembesök till alla nyfödda, erbjuder en allmän och vid behov anpassad föräldrautbildning till alla föräldrar
 - Kommunen i samarbete med föreningslivet erbjuder allmänna föräldrautbildningar i förskola, skola och för tonårsföräldrar
 - Socialtjänsten erbjuder föräldrastöd, i grupp eller individuellt, till föräldrar med extra behov på grund av egen utsatthet eller speciella förhållanden för barnet
 - Hälso- och sjukvården ger föräldrastöd till föräldrar med barn som har en sjukdom eller funktionsnedsättning och stödet är anpassat efter barns och föräldrars behov
3. Nå målen i skolan
 - Alla kommuner ska förvänta sig goda skolresultat för alla barn och erbjuda utbildningsinsatser, elevhälsa och socialt stöd som möjliggör detta
 - Förskola och skola ger alla barn förutsättningar att utveckla ett rikt ordförråd och lära sig läsa och skriva, kompenserar för olikheter i hemmiljö och identifierar tidigt barn som behöver extra stöd
 - Alla skolhuvudmän uppmärksammar och har strategier för att minska frånvaro
 - Alla barn ska ha tillgång till en högkvalitativ skola oavsett bostadsort och föräldrarnas möjlighet att välja

4. Känna sig välkomna och trygga
 - Alla former av kränkande behandling ska motverkas intensivt och effektivt i skolan, på fritiden, på nätet och i hemmet
 - Alla barn ska veta vart de kan vända sig om de känner sig utsatta eller blir illa behandlade och ha tillgång till ansvariga vuxna som verkligen agerar i skola och förskola, på ungdomsmottagningar, socialtjänst och hälso- och sjukvård
 - Extra och lättillgängligt stöd ska finnas för alla barn som har föräldrar i någon form av kris
5. Veta sina rättigheter
 - Det ska finnas lättillgänglig information på nätet om allt som barn behöver veta. Den ska vara översatt på olika språk och tillgänglig för den som inte kan läsa eller har en funktionsnedsättning
 - Förskola, skola och barn- och ungdomsprogram på TV ska visa barnen var informationen finns
6. Få hjälp att ta hand om sin kropp och hjärna
 - Föräldrar, barn- och ungdomshälsovård, elevhälsa och tandvård ska lära ut hur barn ska äta, sova, motionera och ordna sin vardag för att främja hälsa
 - Särskilt mycket kunskap och stöd ska förmedlas kring hur vi skyddar hjärnan för överbelastning och stress
7. Ha möjlighet att komma ut i arbetslivet
 - Alla ungdomar ska få en kompetent studie- och yrkesvägledning
 - Alla ska få pröva arbetslivet genom bra prao, sommarjobb och extra introduktionsprogram för ungdomar med särskilda behov
8. Känna hopp inför framtiden
 - Alla barn ska kunna lita på att svenska välfärdssystemet fungerar väl; att det finns bra skola, trygg socialtjänst, lättillgänglig, god och säker hälso- och sjukvård
 - Ungdomar ska garanteras arbete
9. Ha tillgång till råd, stöd och behandling när de mår dåligt
 - En barn- och ungdomshälsa för alla åldrar som snabbt kan bedöma, utreda och behandla lindrigare tillstånd och identifiera och slussa vidare när specialistvård behövs
 - Telefonrådgivning och chatt på nätet
 - Egenvård på nätet

Referenser

1. Barnombudsmannen. 2015. *Barnkonventionen*. <https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen> (2017-03-13)
2. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Översättning Axelsson, A.-K. (2014). *Hälsopedagogik*.
3. Material well-being (Average disposable income, Children in poor homes, Educational deprivation), Housing and environment (Overcrowding, Poor environmental conditions), Education (Average mean literacy score, Literacy inequality, Youth NEET rates), Health (Low birth weight, Infant mortality, Breastfeeding rates, Vaccination rates for pertussis, Vaccination rates for measles, Physical activity, Youth mortality rates, Youth suicide rates), Risk behaviours (Smoking, Drunkenness, Teenage births), Quality of school life (Bullying Liking school) <https://www.oecd.org/els/family/43570328.pdf> (2016-04-22)
4. *Child well-being in rich countries. A comparative overview* (UNICEF, 2013)
5. *Fairness for Children. A league table of inequality in child well-being in rich countries*. (UNICEF, 2016)
6. Health Behavior in School-aged Children. <http://www.hbsc.org> (2016-04-22)
7. Folkhälsomyndigheten. 2016. *Nordiskt seminarium om ungas ökade psykiska ohälsa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2016/april/nordiskt-seminarium-om-ungas-okande-psykiska-ohalsa> (2016-04-21)
8. Ibid.
9. *Fairness for Children. A league table of inequality in child well-being in rich countries*. (UNICEF, 2016)
10. Attention Deficit Hyperactivity Disorder.
11. Jacobsson, Lena och Lagercrantz, Hugo. 2011. Extremt för tidigt födda måste få hjälp senare i livet. *Dagens Nyheter*. 3 oktober. <http://www.dn.se/debatt/extremt-for-tidigt-fodda-maste-fa-hjalp-senare-i-livet> (2016-01-13)

12. Ekholm, Leif. 2016. Bedömning av barns tillväxt. *Rikshandboken barnhälsovård*. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Bedomning-av-barns-tillvaxt-pa-BVC> (2017-03-13)
13. Jönsson, Jan-Åke. 2013. Allmän smittguide. *Rikshandboken barnhälsovård*. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Infektioner-och-smittsamhet-A-I/Allman-smittguide> (2017-03-13)
14. Folkhälsomyndigheten. 2016. *Skolbarns hälsovanor*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/skolbarns-halsovanor> (2017-03-14)
15. Socialstyrelsen. 2013. *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-15> (2017-03-14)
16. Folkhälsomyndigheten. 2016. *Skolbarns hälsovanor*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/skolbarns-halsovanor> (2017-03-14)
17. Socialstyrelsen. 2013. *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-15> (2017-03-14)
18. Ibid.
19. Ibid.
20. Ibid.
21. Folkhälsomyndigheten. 2016. *Skolbarns hälsovanor*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/skolbarns-halsovanor> (2017-03-14)
22. Socialstyrelsen. 2013. *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-15> (2017-03-14)
23. Ibid.
24. Socialstyrelsen. 2014. *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-19> (2017-03-14)
25. Socialstyrelsen. 2015. *Abortstatistik 2014 – Statistics on induced abortions 2014*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-9-4>
26. Makenzius, Marlene, Tydén, Tanja, Darj, Elisabeth och Larsson, Margareta. 2013. Sverige har Nordens högsta aborttal. *Läkartidningen*. 17 september. <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2013/09/Sverige-har-Nordens-hogsta-aborttal> (2016-01-13)
27. Socialstyrelsen. 2013. *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-15> (2017-03-14)

28. Uppdrag psykisk hälsa. *Om uppdraget - Slutrapport 2014. Modellområdesprojektets slutrapport*. <http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/om-oss/slutrappporter-och-tidigare-overenskommelser/slutrappporter/slutrappporter> (2017-03-14)
29. Socialstyrelsen. 2013. *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-15> (2017-03-14)
30. Mörk, Eva, Sjögren, Anna och Svaleryd, Helena. 2015. *Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa*. <http://www.ifau.se/sv/Forskning/Publikationer/Rapporter/2015/Hellre-rik-och-frisk---om-familjebakgrund-och-barns-halsa> (2017-03-14)
31. Socialstyrelsen. 2013. *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-15> (2017-03-14)
32. Uppdrag psykisk hälsa. *Om uppdraget – Slutrapport 2014. Modellområdesprojektets slutrapport*. <http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/om-oss/slutrappporter-och-tidigare-overenskommelser/slutrappporter/slutrappporter> (2017-03-14)
33. Hjern, Anders, Manhica, Hélio Adelino. 2013. *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?* Stockholm: Centre for Health Equality Studies, CHES
34. Socialstyrelsen. 2013. *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-15> (2017-03-14)
35. Malmö stad. 2013. *Malmöns väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa*. http://malmo.se/download/18.3108a6ec1445513e589b90/1393252127222/malmo%CC%88kommissionen_slutrapport_2014.pdf (2017-03-15)
36. Ibid.
37. Socialstyrelsen. 2016. *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända – Delrapport 2016*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-5-1>
38. Folkhälsomyndigheten. 2016. *En riskbedömning av smittspridning – Barn på flykt*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/livsvillkor-levnadsvanor/flyktingsituationen/barn-pa-flykt-riskbedomning.pdf>
39. Socialstyrelsen. 2016. *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Delrapport 2016*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-5-1>
40. En HBTQ-person är en person som identifierar sig som homo-, bi-, transsexuell eller som queer.

41. En cisperson känner sig bekväm i det kön som registrerades i folkbokföringen när han eller hon föddes och identifierar sig och uttrycker sig i enlighet med normen för det från födseln bokförda könet (prop. 2012/13:107)
42. Ungdomsstyrelsen. 2007. *Fokus 07 – En analys av ungdomars hälsa och utsatthet*. https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/fokus_07.pdf (2017-03-14)
43. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. *Unga HBTQ-personers hälsa*. <http://www.mucf.se/unga-HBTQ-personers-halsa> (2017-03-13)
44. Ungdomsstyrelsen. 2007. *Fokus 07 – En analys av ungdomars hälsa och utsatthet*. https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/fokus_07.pdf (2017-03-14)
45. Socialstyrelsen. 2013. *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-15> (2017-03-14)
46. *Respekt - Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd* (BO, 2016); Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning. (FOHM, 2012)
47. Ibid.
48. Modellen bygger på Joseph Zubins och Bonnie Springs teorier, den s.k. vulnerabilitetsmodellen. Sedan dess har deras teori modifierats, och används som förklaring för uppkomsten av viss ohälsa och för att förklara att två individer klarar samma påfrestning olika bra.
49. Studiehandledning till boken Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat (Dagmar Lagerberg och Claes Sundelin) Birgitta Freij IMS, Socialstyrelsen 2006.
50. Enligt undersökningen Skolbarns hälsovanor (FHI) ökar andelen elever som instämmer i att de har för mycket skolarbete och att de blir trötta och stressade av skolarbetet. Problem med skolresultat och prestationer orsakar internaliserande symptom för flickor under tonåren. Totalundersökningen i årskurs 6 och 9 visar att elever som uppgett att de inte har det bra i skolan, att de inte gjorde bra ifrån sig i skolan, inte kunde vara uppmärksamma i skolan och inte kom överens med sina lärare löper två till tre gånger större risk att också rapportera två eller fler psykosomatiska symtom. Folkhälsomyndigheten. 2014. *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201314>

51. Riksförbundet Attention. 2016. *Fortfarande svår skolgång för många elever med NPF*. <http://attention-riks.se/wp-content/uploads/2016/01/rapport-skolenkat-2015.pdf> (2017-03-15)
52. Uppdrag psykisk hälsa. *Om uppdraget - Slutrapport 2014*. Modellområdesprojektets slutrapport. <http://www.uppdragpsykisk-halsa.se/om-oss/slutrapporter-och-tidigare-overenskommelser/slutrapporter/slutrapporter> (2017-03-14)
53. Ibid.
54. Ibid. Ursprunglig källa: Lager & Bremberg, 2009
55. Regeringens proposition 2010/11:1; Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Samordnad Folkhälsorapportering. (FOHM, 2013)
56. I gruppen kvinnor 20-24 år är det vanligast med självrapporterad oro och ångest studerande, och i denna grupp har denna typ av besvär ökat som mest. SoS 2013: Ursprunglig rapport: Folkhälsorapport 2009, kap 3, tabell 2.
57. Förskolans betydelse för barns utveckling, lärande och hälsa – ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö, Sven Persson (2012)
58. Ibid.
59. Socialstyrelsen. *Vägledning för elevhälsan – reviderad version 2016, s. 99*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-11-4> (2017-03-14)
60. 2 kap. 25§ skollagen
61. Skolbarnens hälsa i Malmö – ett diskussionsmaterial framtaget för Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö, Stefan Kling (2012)
62. Kungliga Vetenskapsakademien, Learning and mental health: a systematic review (2010)
63. Socialstyrelsen. *Social rapport 2010*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-11> (2017-03-14)
64. Barncancerfonden. *Vad är barncancer?* <https://www.barncancerfonden.se/fakta-och-rad/barncancersjukdomar/vad-ar-barncancer> (2017-03-14)
65. Barn kan ha två typer av astma, infektioner-/förkylningsastma eller vanlig/äkta astma. Förkylningsastma försvinner oftast innan barnet fyller 6–7 år och räknas i vissa länder inte som astma eftersom symptomen hänger ihop med barns naturligt utvecklade luftvägar. www.1177.se (2016-01-07)

66. Institutet för miljömedicin. *Miljöhälsorapport 2013*. <http://www.imm.ki.se/MHR2013.pdf> (2017-03-14)
67. Humble M. 2007. Prevention och behandling skulle kunna ge oanade folkhälsoeffekter. D-vitaminbrist kanske vanligare än vi trott. *Läkartidningen*. 14 mars. <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticle-View.aspx?articleId=6279> (2017-03-14)
68. Martins D, Wolf M, Pan D, Zadshir A, Tareen N, Thadhani R, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors and the serum levels of 25-hydroxyvitamin D in the United States. Data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med*. 2007;167:1159-65.
69. Hoogendijk WJ, Lips P, Dik MG, Deeg DJ, Beekman AT, Penninx BW. Depression is associated with decreased 25-hydroxyvitamin D and increased parathyroid hormone levels in older adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):508-12.
70. Mannion CA, Gray-Donald K, Koski KG. 2006. Association of low intake of milk and vitamin D during pregnancy with decreased birth weight. *CMAJ*. 25 April. 174(9):1273-7.
71. Morley R, Carlin JB, Pasco JA, Wark JD. 2006. Maternal 25-hydroxyvitamin D and parathyroid hormone concentrations and offspring birth size. *J Clin Endocrinol Metab*. Mars. 91(3):906-12.
72. Bodnar LM, Catov JM, Simhan HN, Holick MF, Powers RW, Roberts JM. Maternal vitamin D deficiency increases the risk of preeclampsia. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007 Sep;92(9):3517-22.
73. McGrath JJ, Feron FP, Burne TH, Mackay-Sim A, Eyles DW. Vitamin D3-implications for brain development. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2004;89-90(1-5):557-60.
74. Feron F, Burne TH, Brown J, Smith E, McGrath JJ, Mackay-Sim A, Eyles DW. Developmental vitamin D3 deficiency alters the adult rat brain. *Brain Res Bull*. 2005;65(2):141-8.
75. Cannell J. Autism and vitamin D. *Medical Hypotheses*. 2008;70(4):750-9.
76. Malmö stad. 2013. *Malmöns väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa*. http://malmo.se/download/18.3108a6ec1445513e589b90/1393252127222/malmo%CC%88kommissionen_slutrapport_2014.pdf (2017-03-15)
77. Socialstyrelsen. 2013. *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-15> (2017-03-14)
78. Institutet för miljömedicin. *Miljöhälsorapport 2013*. <http://www.imm.ki.se/MHR2013.pdf> (2017-03-14)

79. Köhler, Marie. Barn i Malmö – skilda livsvillkor ger ojämlig hälsa. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö, 2012
80. Uppdrag psykisk hälsa. *Om uppdraget - Slutrapport 2014. Modellområdesprojektets slutrapport*. <http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/om-oss/slutrapporter-och-tidigare-overenskommelser/slutrapporter/slutrapporter> (2017-03-14)
81. Ibid.
82. Socialstyrelsen. *Social rapport 2010*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-11> (2017-03-14)
83. Ibid.
84. Av elever med föräldrar som har eftergymnasial utbildning har 78 procent nått slutbetyg inom tre år, att jämföra med 66 procent av de med föräldrar med högst gymnasial utbildning och 45 procent för övriga. Skolverket. 2011. <http://feed.ne.cision.com/wpyfs/00/00/00/00/00/17/A6/1C/wkr0006.pdf> (2017-03-15)
85. Nordens välfärdscenter. *Unga i Norden – psykisk hälsa, arbete, utbildning*. <http://www.nordicwelfare.org/Projekt/Unga-i-Norden> (2017-03-14)
86. Karolinska Institutet. *Från överlevnad till en vision om livslång hälsa*. <http://ki.se/forskning/fran-overlevnad-till-en-vision-om-livslang-halsa> (2017-03-14)
87. Livsmedelsverket. 2016. *Riskmaten barn 2013*. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/matvanor--undersokningar/riksmaten-barn-2003>
88. Folkhälsomyndigheten. 2014. *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201314>
89. Ibid.
90. Konsumentföreningen Stockholm. 2016. *Barns vikt och matvanor*. <http://www.konsumentforeningenstockholm.se/Pressrum/Rapporter/Barns-vikt-och-matvanor-2003-2016>
91. Statens Folkhälsoinstitut. 2013. *Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12824/R2013-02-Barn-och-unga-2013.pdf>
92. Pagels P. och Raustorp A. 2013. Att studera förskolebarns fysiska aktivitet. *Samhällsmedicinsk tidskrift*. Vol 90: nr 4, s. 510-517

93. Folkhälsomyndigheten. 2014. *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201314/>
94. Ibid.
95. Statens Folkhälsoinstitut. 2013. *Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12824/R2013-02-Barn-och-unga-2013.pdf>
96. Ibid.
97. Läkemedelsverket. 2015. http://www.lakemedelsboken.se/kapitel/nutrition/overvikt_och_fetma.html
98. Marlid, Staffan, Olbers, Torsten och Torgerson, Jarl. 2016. *Fetma*. Läkemedelsverket <https://lakemedelsboken.se/kapitel/nutrition/fetma.html> [2017-03-14] samt BarnObesitasRegister i Sverige. Om barnfetma. <http://www.e-boris.se/barnfetma/om-barnfetma> (2016-05-04)
99. Folkhälsomyndigheten. 2014. *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201314>
100. BarnObesitasRegister i Sverige. *Om barnfetma*. <http://www.e-boris.se/barnfetma/om-barnfetma> (2016-05-04)
101. Ann Persson. 2013. Övervikt bland barn har blivit en klassfråga <http://www.dn.se/nyheter/sverige/overvikt-bland-barn-har-blivit-en-klass-fraga/>. Dagens Nyheter. 15 september. (2016-05-04)
102. Marlid, Staffan, Olbers, Torsten och Torgerson, Jarl. 2016. *Fetma*. Läkemedelsverket <https://lakemedelsboken.se/kapitel/nutrition/fetma.html> [2017-03-14] samt BarnObesitasRegister i Sverige. Om barnfetma. <http://www.e-boris.se/barnfetma/om-barnfetma/> (2016-05-04)
103. World Health Organization. 2017. *Social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health – final report*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en (2017-03-14)
104. Malmö stad. *Socialt hållbart Malmö*. <http://malmo.se/Kommun--politik/Socialt-hallbart-Malmo.html> (2017-03-14)
105. Sveriges Kommuner och Landsting. 2014. *Samling för social hållbarhet*. <https://skl.se/halsasjukvard/folkhalsa/socialhallbarhetmotesplats/samlingforsocialhallbarhet.1200.html> (2017-03-14)
106. Västra Götalandsregionen. 2015. *Samling för social hållbarhet – åtgärder för jämlik hälsa*. <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Samling-for-social-hallbarhet--atgarder-for-jamlik-halsa-i-Vastra-Gotaland>

107. Östgötakommissionen för jämlik hälsa. 2014. *Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport*. <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/266425/Folkhalsorapport.pdf> (2017-03-14)
108. Kommissionen för jämlik hälsa. 2017. <http://kommissionjamlikhalsa.se/> (2017-03-14)
109. Sveriges Kommuner och Landsting. 2017. Strategi för hälsa. <https://skl.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html> (2017-03-14)
110. Barnombudsmannen. <https://www.barnombudsmannen.se> (2017-03-14)
111. Bremberg S & Wennerholm Juslin P (2004). När barn och ungdomar får bestämma mer påverkas hälsan: En systematisk forskningsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
112. Statens folkhälsoinstitut (2011). Delaktighet och inflytande i samhället. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
113. SOU 2000:1. En uthållig demokrati! – Politik för folkstyrelse på 2000-talet. Slutbetänkande från demokratiutredningen.
114. SOU 2016:5. Låt fler forma framtiden! Betänkande av 2014 års Demokratiutredning – Delaktighet och jämlikt inflytande. Stockholm 2016.
115. Ungdomsstyrelsen (2010). Fokus 10, En analys av ungas inflytande. Stockholm.
116. Ungdomsstyrelsen (2012). Fokus 12, Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning. Stockholm.
117. Jen MH, Sund ER, Johnston R & Jones K (2010). Trustful societies, trustful individuals, and health: an analysis of self-rated health and social trust using the World Values Survey.
118. Socialstyrelsen. 2013. *Samverka för barns bästa*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19159/2013-8-1.pdf> (2017-03-14)
119. Rättsnätet Notisum AB. *Förvaltningslag (1986:223)*. <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19860223.HTM> (2017-03-14)
120. Socialstyrelsen. *Frågor och svar om samordnad individuell plan, SIP*. <https://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip> (2017-03-14)
121. Uppdrag Psykisk Hälsa. *SIP – Samordnad individuell plan*. <http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/barn-unga/sip-for-barn-och-unga/> (2017-03-14)

122. Folkhälsomyndigheten. 2016. *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/> (2017-03-14)
123. Folkhälsomyndigheten. 2016. *Skolbarns hälsovanor*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/skolbarns-halsovanor/> (2017-03-14)
124. Uppdrag Psykisk Hälsa. 2016. *Om uppdraget. Statistik för analys och handlingsplan*. <http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/om-oss/slutrapporter-och-tidigare-overenskommelser/om-uppdrag-psykisk-halsa/analysstod/statistik-for-analys-och-handlingsplan/?aldersgrupper=425&nivaer=&innehallsomraden> (2017-03-15)
125. Sveriges Kommuner och Landsting. 2016. *SKL:s handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården*. <http://skl.se/integrationsocialosorg/socialomsorg/barnochunga/sklshandlingsplanbarnochunga.5455.html> (2017-03-14)
126. Uppdrag Psykisk Hälsa. 2017. *Överenskommelsen för psykisk hälsa 2017*. <http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/om-oss/overenskommelsen-for-psykisk-halsa-2017> (2017-03-14)
127. Sveriges Kommuner och Landsting. 2015. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Slutrapport 2014. Redovisning av bedrivet utvecklingsarbete*. <http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2015/03/Slutrapport-2014.pdf> (2017-03-14)
128. Sveriges Kommuner och Landsting. 2017. *Plug In minskar studieavbrotten på gymnasiet*. <https://skl.se/skolakulturfridid/skolaforskola/sklssatsningarutvecklaskolan/plugin20minskarstudieavbrottenpa-gymnasiet.2132.html> (2017-03-14)
129. Ett positionspapper är ett dokument inom ett område där Sveriges Kommuner och Landsting vill tydliggöra förbundets inriktning. Det utgör ett underlag för kontakter med regering och myndigheter och är ett stöd till medlemmarna i deras arbete.
130. Sveriges Kommuner och Landsting. 2013. *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Positionspapper*. <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5316.pdf?issuusl=ignore> (2017-03-14)
131. Sveriges Kommuner och Landsting. 2016. *Positionspapper. Psykisk hälsa, barn och unga*. <https://skl.se/download/18.39d9baf157b5fc2bc970583/1476718852394/Positionspapper+Psykisk+h%C3%A4lsa%2C+barn+och+unga.pdf> (2017-03-14)

Barns och ungas hälsa i Sverige

EN BESKRIVNING AV NULÄGET

Slutrapport från programberedning

Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) programberedning för barns och ungas hälsa presenterar i rapporten ett urval data kring hälsoläget bland barn och unga. I rapporten ”Helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa. Tvärsektoriella politiska arenor” diskuteras förslag på förändringar för att främja barns och ungas hälsa.

Beredningen föreslår att SKL i sin intressebevakning bland annat ska verka för att främjande och tidiga insatser genomsyrar relevanta politikområden. Statliga beslut och aktiviteter ska samordnas över ministerområden, departements- och myndighetsgränser och att staten har en sammanhållen, långsiktig strategi för barns och ungas hälsa. Det behövs forskning och kunskap, lagstiftning som möjliggör gemensam analys och beslutsfattande samt utbildningar som stödjer ett multiprofessionellt arbetssätt.

Vidare föreslås att SKL ska stödja medlemmarna med bland annat utveckling av data, struktur för kunskapsspridning, resurser för främjande av tidiga insatser, politiska arenor för styrning och ledning med fokus på helhetssyn.

ISBN 978-91-7585-528-8

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | www.skl.se



Sveriges
Kommuner
och Landsting