



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK OCH SOCIAL
UTVÄRDERING

Senast reviderad 20230113

Dnr: SBU 2025/1037

Projektplan
Utökade hembesök i samverkan mellan socialtjänst och
barnhälsovård

SBU Utvärderar

1. Bakgrund

1.1 Regeringsuppdrag och förstudie

I regleringsbrevet för 2025 (S2024/02156, delvis) fick SBU i uppdrag att ta fram kunskapssammanställningar om insatser inom socialtjänsten som syftar till att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa bland barn och unga. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2028.

Efter ett kartläggande förarbete (dnr SBU 2025/349) beslutades att ett område som uppdraget ska riktas in på är metoder och arbetssätt som bidrar till att socialtjänsten i ett tidigt skede når ut med sina förebyggande insatser. Vidare gjordes avgränsningen att fokusera på insatser på universell- och selektiv nivå för att tidigt identifiera och nå ut till populationer som inte redan har en kontakt med socialtjänsten, men som är i behov av stöd. Detta ansågs vara prioriterat för att stödja omställningsarbetet till nya socialtjänstlagen.

En förstudie genomfördes under 2025 (dnr SBU 2025/611) i syfte att identifiera arbetssätt och insatser för att öka tillgängligheten till socialtjänsten för barn och unga, med särskilt fokus på samverkan mellan socialtjänsten och andra aktörer. I förstudien identifierades utökade hembesök för familjer med nyfödda genomförda av hälso- och sjukvården i samarbete med socialtjänsten som ett sådant arbetssätt. För denna insats finns primärstudier som är relevanta för svensk kontext, men det saknas en systematisk översikt.

Syftet med rapporten är att ge samlad kunskap om hur socialtjänstens tidiga förebyggande arbete genom insatsen utökade hembesök upplevs och hur insatsen på bästa sätt kan implementeras.

1.2 Övergripande problembeskrivning

Under de första åren i ett barns liv läggs grunden för språk, lärande, sociala färdigheter och kommunikationsförmåga, vilket sammantaget har stor betydelse för den framtida hälsan [1]. När barn växer upp under trygga förhållanden och har goda relationer till föräldrar, vårdnadshavare eller andra viktiga vuxna stärks deras utveckling, vilket i sin tur skyddar mot framtida ohälsa. Möjligheten att påverka barns tidiga utveckling är som störst upp till tre års ålder, vilket gör att tidiga och förebyggande insatser kan få stor betydelse för barns framtida hälsa [2].

Barnhälsan i Sverige är generellt god, men den är inte jämnt fördelad och föräldrars utbildningsnivå, födelseland, boendeort och ekonomiska förutsättningar påverkar barnens hälsa och uppväxtvillkor [3, 4]. I och med den nya socialtjänstlagen (2025:400) som trädde i kraft 1 juli 2025 ska socialtjänsten arbeta mer förebyggande, vara lättillgänglig, främja jämställda levnadsvillkor samt bedriva sin verksamhet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ett sätt för socialtjänsten att nå ut med tidiga och förebyggande insatser är att samarbeta med aktörer som redan arbetar hälsofrämjande och förebyggande för barns hälsa, så som barnhälsovården (BHV) och familjecentraler. Utökade hembesöksprogram, där socialarbetare och BHV-sjuksköterskor genomför gemensamma besök hemma hos familjer med nyfödda barn, är ett exempel på det. Syftet är att i en trygg miljö och med ett flexibelt, hälsofrämjande samtalsinnehåll för att stärka föräldraförmågan, nå ut tidigt till familjer för att främja barns psykiska hälsa och förebygga ohälsa [5].

1.3 Utökade hembesöksprogram i Sverige

Utökade hembesöksprogram är en tidig, förebyggande insats som syftar till att främja barns hälsa och utveckling samt stärka föräldrars förutsättningar under barnets första levnadsår. Internationell forskning visar att hembesök kan bidra till positiva hälso- och psykosociala utfall för både barn och föräldrar, men också att programmen varierar avseende målgrupp, innehåll, intensitet och organisatorisk utformning [6]. Hembesöken kan erbjudas som en enskild insats eller som ett komplement till andra interventioner. De flesta evidensbaserade program har sitt ursprung i USA, är på selekterad eller indikerad nivå, och riktar sig till familjer i olika riskgrupper (ex. missbruk, psykisk ohälsa eller tonårsföräldraskap). Vissa program inkluderar socialarbetare som bidrar med psykosocialt stöd vid behov, men det vanligaste är att socialtjänsten enbart involveras i barnskyddsärenden [7]. Universella program är mindre vanliga och mer begränsat studerade.

I Sverige erbjuds alla familjer med nyfödda barn stöd genom det nationella barnhälsovårdsprogrammet (BHV-programmet), vilket omfattar regelbundna besök på barnavårdscentral (BVC) samt ett till två hembesök av BHV-sjuksköterska under spädbarnstiden. Programmet är universellt och utgör en central del av det förebyggande folkhälsoarbetet i Sverige [8]. I områden med större sociala och ekonomiska utmaningar har det dock uppmärksamats att det ordinarie stödet inte alltid är tillräckligt för att möta familjernas sammansatta behov, samtidigt som socialtjänstens förebyggande föräldraskapsstöd haft begränsad räckvidd [9].

Mot denna bakgrund har flera utökade hembesöksprogram utvecklats i Sverige. Ett tidigt exempel är *Rinkebymodellen*, som togs fram i Rinkeby, Stockholm 2013. Programmet bygger på likvärdig samverkan mellan barnhälsovård och förebyggande socialtjänst och innebär sex gemensamma hembesök under barnets första 15 månader [5]. Med utgångspunkt i denna modell har liknande satsningar införts i andra delar av landet. I Göteborg och Västra Götalandsregionen har modellen implementerats som *Utökade hembesök* [10], medan *Växa tryggt* är region Skånes modell [11]. *Tillsammans för en trygg start* är en utökad version av Rinkebymodellen som prövats i fyra medelstora svenska kommuner [12].

Gemensamt för dessa svenska program är att de kompletterar den ordinarie barnhälsovården genom fler hembesök, tvärprofessionell samverkan och ett tydligt fokus på tidigt stöd, relationsskapande och jämlikhet i barns uppväxtvillkor enligt principen om *proportionell universalism* (se definition nedan) [13].

År 2023 fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag (S2023/01608 (delvis)) för att stimulera arbetet med utökade hembesök genom att fördela 50 miljoner kronor i statliga medel till regioner som planerade att införa eller vidareutveckla sina hembesöksprogram. Medlen riktades till insatser som genomförs i samverkan med andra aktörer av betydelse för barns tidiga utveckling, i syfte att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa bland barn samt förbättra möjligheterna till integration. Under 2025 tillkom en förordning (2025:74) med tydliga kriterier för att söka statsbidrag och ytterligare 145 miljoner att fördela [14].

1.4 Centrala begrepp/ viktiga definitioner

Centrala begrepp och viktiga definitioner kommer att förklaras i en ordlista i rapporten och kommer bland annat att inkludera:

Tidiga och samordnade insatser

Tidiga och samordnade insatser (TSI) innebär att skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetar tillsammans för att tidigt upptäcka behov och ge ett samordnat stöd till barn och unga. Syftet är att erbjuda rätt hjälp i rätt tid genom en helhetssyn och gemensam organisering av insatserna.

Socionomer/socialarbetare

Socionom är en bred yrkesroll inom socialt arbete som kan omfatta både myndighetsutövning – att utreda behov av stöd, fatta beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen och följa upp att insatserna genomförs – och öppna stödinsatser, det vill säga stöd som ges utan föregående utredning eller formella beslut och som är helt frivilligt att ta del av. I detta projekt använder vi begreppen socionom och socialarbetare synonymt.

Familjestödjare/Familjerådgivare etc

Socialtjänsten erbjuder olika former av stöd till föräldrar, blivande föräldrar, bonusföräldrar eller andra viktiga vuxna. Det kan till exempel handla om föräldrarådgivning eller deltagande i olika former av föräldragrupper. I praktiken finns det dock en stor variation i hur olika kommuner organiserar detta stöd.

Familjestödjare arbetar vanligtvis inom socialtjänstens öppna insatser och riktar sig främst till familjer med barn. Syftet är att stärka föräldraskapet, stötta i vardagssituationer och förebygga att problem utvecklas eller fördjupas. Stödet kan ges i hemmet, på familjecentraler eller genom olika program och gruppverksamheter. Det är också frivilligt och sker utan myndighetsbeslut, men familjestödjare arbetar närmare barnets vardag och kan vid behov samverka med andra delar av socialtjänsten.

Familjerådgivning erbjuds av alla kommuner för par, familjer och andra vuxna som har svårt att kommunicera eller samarbeta, och kan hjälpa vid konflikter, kriser, bristande förtroende eller problem med närhet och intimitet. Målet är att stärka förmågan att hantera svårigheter genom samtal, oavsett om man vill fortsätta tillsammans eller separera. Antalet samtal varierar mellan kommuner, vanligtvis tre till fem. Rådgivarna arbetar under absolut sekretess, utan journalföring, och man kan vara anonym, men de måste anmäla om barn far illa. Utöver kommunens rådgivning kan man vända sig till privata terapeuter, religiösa samfund och ideella organisationer. För föräldrar som överväger eller genomgår separation finns även samarbetssamtal och stöd via kommunens familjecentraler eller liknande. Familjerådgivare har ofta en socionomutbildning i grunden och vidareutbildning i samtalsterapi.

Preventionsnivå (universell/selektad/ indikerad)

Universell prevention vänder sig till samtliga i en viss population (ex. barn 0–5 år) utan hänsyn till eventuella riskfaktorer eller individuella behov, i syfte att förebygga problem innan de uppstår.

Selektiv prevention riktar sig till grupper av individer baserat på någon gemensam riskfaktor (ex. en socialt utsatt boendemiljö) för att utveckla problem. *Indikerad* prevention riktar sig till individer som anses vara i uppenbar risk för att utveckla problem, vanligen på grund av en redan förhöjd symptomnivå, och där insatser anpassas till de individuella behoven. Selektiva och indikerade insatser kallas gemensamt för *riktad* prevention, i motsats till universella insatser.

Proportionell universalism

Proportionell universalism innebär att insatser erbjuds alla (universellt) i en viss population, men att omfattning och intensitet anpassas efter individers eller grupperns olika behov. Stödet differentieras så att resurserna i högre grad riktas till dem med större behov, med syfte att minska ojämlikhet i hälsa.

Öppenvård/ öppna insatser/råd och stöd

Socialtjänstens myndighetsutövande uppdrag handlar om beslut som påverkar enskildas rättigheter och skyldigheter, till exempel att utreda behov av stöd, fatta beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen och följa upp att insatserna genomförs. Detta sker alltid efter en formell ansökan eller anmälan, och innebär krav på dokumentation, rättssäkerhet och möjlighet till överklagan.

Öppna insatser däremot är stöd som ges utan föregående utredning eller formella beslut, och de är helt frivilliga att ta del av. De kan bestå av exempelvis rådgivning, samtalsstöd, föräldragrupper eller annan service som syftar till att främja välbefinnande och förebygga problem. Skillnaden ligger alltså i graden av myndighetsutövning, formella beslut och krav på utredning, där öppna insatser är tillgängliga utan myndighetsbeslut och myndighetsutövning alltid föregås av en formell prövning av den enskildes behov.

Familjecentral

Samlokalisering av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med förebyggande verksamhet. Utöver basverksamheterna kan även andra samhällsaktörer ingå i samarbetet.

Psykisk hälsa, psykisk ohälsa

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och SBU har tillsammans tagit fram en modell för att beskriva psykisk hälsa och psykisk ohälsa (se Figur 1) [15]. I modellen beskrivs psykisk hälsa som ett övergripande begrepp, som delas upp i psykiskt välbefinnande respektive psykisk ohälsa.



Figur 1. Modell för att beskriva psykisk hälsa, inklusive psykisk ohälsa

Social hälsa

Den sociala hälsan kan definieras som förmågan att skapa och upprätthålla meningsfulla relationer samt känna tillhörighet och trygghet i sociala sammanhang. Russell (1973) definierar social hälsa som en viktig dimension av välbefinnande med fokus på social interaktion och betonar förmågan att interagera med andra, upprätthålla relationer och anpassa sig socialt, ett koncept som byggde vidare på tidigare

idéer som Världshälsoorganisationens breda hälsodefinition som inkluderade "socialt välbefinnande" [16].

Socioekonomiskt utsatta områden

Socioekonomiskt utsatta områden är bostadsområden där många invånare har låg inkomst, låg utbildningsnivå, hög arbetslöshet och ofta sämre hälsa. De kan definieras genom statistik om exempelvis inkomst, sysselsättning, utbildning, boendesegregation och ibland otrygghet.

2. Frågor och avgränsningar

2.1 Övergripande frågeställningar

1. *Vilka upplevelser, erfarenheter, uppfattningar och beskrivningar framkommer utifrån familjers perspektiv om utökade hembesök?*
2. *Vilka upplevelser, erfarenheter, uppfattningar och beskrivningar framkommer utifrån professionellas perspektiv gällande organisering, genomförande och påverkan av utökade hembesök?*

Gällande båda frågeställningarna är vi enbart intresserade av fynd som berör socialtjänstens uppdrag och ansvarsområden, det vill säga att främja människors trygghet och delaktighet, ge stöd, skydda barn och andra utsatta grupper, förebygga sociala problem och samverka med andra samhällsaktörer.

2.2 SPICE – frågeställning 1 och 2

Sammanhang

Hemma hos familjerna som ska få insatsen. Hembesöksprogram där delar av hembesöksprogrammet sker på annan plats än hemmet, till exempel familjecentral, inkluderas också.

Exkludera: Program där besök endast sker på socialtjänstens mottagning/ BVC-mottagning eller liknande

Perspektiv:

- Familjer
 - Förälder
 - Annan vårdnadshavare
 - Barn, i insatsen eller syskon
- Professionella
 - Socialarbetare
 - Andra professionella som är med och ger eller ansvarar för insatsen (vanligtvis BHV-sjuksköterska), om perspektivet berör även socialtjänstens uppdrag och ansvarsområden (till exempel samarbetet med socialarbetaren eller upplevd påverkan på socioemotionella utfall)

Exkludera: Annan profession om perspektivet enbart berör dennes uppdrag och ansvarsområden, till exempel en BHV-sjuksköterskas upplevelser om hur det fungerar att leverera sin programdel (arningsstöd, mäta/väga, vaccinationsinformation etc)

Insats:

Hembesöksprogram där en socialarbetare tillsammans med annan aktör som är viktig för barnets tidiga utveckling (vanligtvis BHV- sjuksköterska) besöker familjer som ska få eller precis har fått barn (ålder: graviditet och 0–5 år). Andra relevanta aktörer som kan vara med och ge insatsen är till exempel tandvård, barnomsorg eller familjecentral.

- Graviditeten och 0–5 år
- Hembesök i samverkan med andra aktörer
- Socialtjänsten (eller motsvarande) är med vid minst ett av besöken
- Universell eller proportionellt universalistisk prevention (insats ges till alla eller baserat på visst område) eller selekterad prevention (riskfaktorer på gruppnivå, inte på individnivå)
- Insatsen sker inom ramen för öppenvård, råd och stöd, öppna insatser, det vill säga frivilligt och utan behovsbedömning.

Samverkan: hembesök kan vara initierade av annan aktör, men ska genomföras av socialtjänsten med eller utan denna aktör

Exkludera: Hembesök av endast andra aktörer än socialtjänsten. Indikerad prevention (riskfaktorer på individnivå). Behandling av symtom eller sjukdom (till exempel depression). Insatser efter biståndsbeslut (eller har föregåtts av utredning). Samspelsbehandling.

Jämförelse:

Inte aktuellt.

Utvärdering:

Familjer och professionellas upplevelser, erfarenheter och uppfattningar om insatsen. Observationer och dokumentation som beskriver genomförandet och mottagandet av insatsen.

I utvärderingen ska forskningsresultat som berör socialtjänstens uppdrag och ansvarsområden vara centrala.

Forskningsresultat av intresse är upplevelser, erfarenheter, uppfattningar och beskrivningar om:

- Påverkan på föräldrelation, föräldraförmåga och färdigheter, föräldra-barn relation, psykiskt välmående, upplevd tillit till socialtjänst och andra samhällsaktörer, kännedom om stöd och samhällsfunktioner med mera.
- Samarbetet mellan socialtjänsten och BHV, organisatoriska förutsättningar, hinder och möjliggörare för deltagande i insatsen med mera.

Exkludera: Utvärdering med fokus på: Upplevelser och erfarenheter av påverkan på barnets fysiska utveckling, som inte kan kopplas till barnets psykiska eller sociala hälsa. Upplevelser och erfarenheter som enbart berör hälso- och sjukvårdens uppdrag och ansvarsområden.

Studiedesign

Primärstudier med studiedesigner där kvalitativa resultat ingår.

2.3 Övriga avgränsningar

Land: Eftersom socialtjänstens arbete är centralt för insatsen som utvärderas kan socialtjänstens funktion, organisation och ansvarsområden få stor betydelse för hur insatsen dels levereras, men också uppfattas. Strukturen och omfattningen av den förebyggande och hälsofrämjande barnhälsovården, som är en annan viktig del av insatsen, har även den betydelse för överförbarheten av resultaten, samt

lagar och riktlinjer för ansvar och skyldigheter. Därför har vi valt att avgränsa till insatser givna i de nordiska länderna samt Nederländerna, vilka har liknande strukturer vad gäller barnhälsovård men också socialtjänst.

Publikationstyp: Vetenskapliga tidskriftsartiklar och grått material i form av forskningsrapporter som utvärderar hembesöksprogram i Sverige.

Språk: Litteratur skriven på engelska, svenska, danska, norska och finska.

3. Projektprocessen

Projektprocessen kommer att följa internationella principer för systematiska översikter i enlighet med SBU:s metabok och rapporteras enligt internationella riktlinjer (ENTREQ) [17].

I projektet kommer EppiReviewer att användas för artikelhantering. Relevansbedömning av abstrakt kommer att göras av två bedömare vid SBU:s kansli. Artiklar som bedöms som potentiellt relevanta beställs i fulltext och bedöms av två projektmedlemmar varav minst en sakkunnig granskare. Bedömning av metodologiska brister görs sedan av två projektmedlemmar, en sakkunnig och en vid SBU:s kansli. För alla stegen gäller att granskarna gör sina bedömningar oberoende av varandra och sedan stämmer av sina respektive bedömningar. Vid oenighet faller en tredje bedömare avgörandet eller så tas beslut gemensamt i projektgruppen.

Extraktion av data ur studierna (studiekaraktäristika och meningsbärande fynd för syntes) görs av SBU:s kansli i samråd med sakkunniga och presenteras i tabeller med bland annat följande:

- *Författare, publiceringsår, land som studien utförs i, studiedesign*
- *Population (till exempel arena, ålder, antal deltagare, kön, socioekonomi, etnicitet, bortfall)*
- *Program (till exempel komponenter och interventionslängd)*
- *Typ av data, teoretisk grund, metoder för datainsamling och analys*
- *Kvalitativa fynd (meningsbärande enheter för syntes)*

3.1 Litteratursökning

Litteratursökning av primärstudier kommer att göras i databaser som är relevanta för projektets frågeställning (Cinahl, Medline, Scopus, Sociological Abstracts m.fl.). Stor vikt kommer att läggas vid kompletterande källor och metoder för att identifiera litteratur (citeringssökning, kontroll av referenslistor, relevanta källor för grå litteratur). För studier som inkluderas i analysen görs en kompletterande sökning för att kontrollera forskningsintegritet.

3.2 Bedömning av metodologiska brister

Metodologiska brister i de inkluderade studierna bedöms med hjälp av SBU:s granskningsmall för bedömning av studier med kvalitativ metodik. Detta gäller både artiklar av studier publicerade i sakkunniggranskade tidskrifter samt forskningsrapporter av studier publicerade i annat format (grått material). Mallen kan komma att behöva anpassas till frågeställningen. Två personer genomför oberoende av varandra granskningen. Om det finns stor tillgång på data (rik och/eller omfattande) kommer endast resultat med obetydliga/mindre eller måttliga brister att ingå i rapportens analys och ligga till grund för tillförlitlighetsbedömning.

3.3 Syntes

Kvalitativa fynd kommer att syntetiseras med lämplig syntesmetod. Som stöd för val av syntesmetod kommer RETREAT-kriterierna¹ att beaktas [18].

Studier publicerade på annat sätt än i sakkunniggranskade vetenskapliga tidskrifter (grått material) kommer att ingå i syntes förutsatt att metodbeskrivningen är tillräckligt utförlig för att möjliggöra bedömning av metodologisk kvalitet enligt tillämplig granskningsmall. I de fall samma studie finns rapporterad både som vetenskaplig publikation och som annan forskningsrapport (grått material) kommer endast den vetenskapliga publikationen användas vid syntes, förutsatt att all relevant data bedöms finnas med i denna.

3.4 Särskilda perspektiv att beakta

Barnrättsperspektivet: Barn är centrala i insatsen och tillsammans med föräldrarna de som förväntas få en positiv effekt av insatsen. Barnrättsperspektivet kommer att beaktas och särskilt diskuteras i rapporten.

Jämställdhetsperspektivet: I de svenska hembesöksprogrammen finns mål om jämställt föräldraskap inskrivet och detta kommer att beaktas i arbetet med rapporten. Finns det skillnader mellan män och kvinnors upplevelser kommer detta om möjligt att lyftas.

Funktionshinderperspektivet: Svenska utökade hembesöksprogram är universella insatser och därmed exkluderas inga grupper. Ingenting i insatsernas utformning hindrar att personer med funktionshinder skulle kunna delta. Eventuella aspekter att beakta vid funktionshinder tas upp och diskuteras i etikkapitlet.

3.5 Bedömning av tillförlitlighet

Tillförlitligheten i resultaten från den kvalitativa evidenssyntesen bedöms med GRADE-CERQual som stöd.

3.6 Projektgruppens reflexivitet

3.7

Projektgruppen kommer aktivt att reflektera över sin förförståelse och kontinuerligt diskutera hur det kan påverka olika delar av projektprocessen. Detta kommer även utförligt att redogöras för i rapportens diskussionsdel.

Inom projektet är det främst sakkunniga som har stor förförståelse för ämnet, med forskning som rör just utökade hembesök och andra tidigt samordnade insatser och föräldraskapsstöd. Detta hanteras genom att de sakkunniga gör oberoende granskningar gentemot medarbetare på kansliet i de steg i processen där det är lämpligt, för att säkerställa att förförståelsen inte påverkar bedömningar eller tolkningar. Vidare kommer de sakkunniga inte bedöma metodologisk kvalitet på artiklar som de själva varit med och skrivit, eller där de har nära band till artikelförfattarna.

Projektgruppen består enbart av kvinnor med liknande kulturell förförståelse, varav majoriteten har egna barn. Dessa parametrar behöver vi också förhålla oss reflexivt kring. Det är viktigt att vi kritiskt granskar varandras arbete, och inte låter egna erfarenheter påverka tolkningar av data. Utöver detta är

¹ RETREAT är ett stöd för att välja syntesmetod genom att man beaktar sju kriterier: Review question, Epistemology, Time/timeframe, Resources, Expertise, Audience, Type(s) of data.

det viktigt att granskare av rapporten (externa och interna) har en till projektgruppen kompletterande förståelse och bakgrund för att säkerställa slutsatser i rapporten är välgrundade.

4. Hälsoekonomi

Hälsoekonomiska aspekter av utökade hembesök kommer att diskuteras i rapporten. Någon hälsoekonomisk utvärdering av kostnadseffektivitet kommer dock inte att genomföras eftersom en sådan kräver kvantitativa uppskattningar av insatsens förväntade effekter, vilket i dagsläget saknas.

5. Etiska aspekter

Etiska aspekter av användandet av insatsen kommer att diskuteras i ett särskilt kapitel, med SBU:s vägledning för att identifiera relevanta etiska frågor som utgångspunkt [19].

6. Praxisundersökning

Under 2025 kunde regioner och kommuner ansöka om statsbidrag för att utveckla arbetet med utökade hembesök enligt Förordning (2025:74). Socialstyrelsen har haft 145 000 000 kr att fördela i statsbidrag och återrapportering sker under våren 2026 [14]. I den mån det är möjligt inom tidsramen för detta projekt kommer vi att i dialog med Socialstyrelsen rapportera om vilka kommuner och regioner som har använt sig av detta statsbidrag.

7. Rapportens utformning

Rapporten är en SBU Utvärderar. Sammanfattningen kommer både finnas i en svensk och engelsk version. Vissa tabeller skrivs endast på engelska.

Projektet kommer att registreras i den internationella databasen PROSPERO.

8. Spridning och målgrupper

De huvudsakliga målgrupperna för rapporten är Socialstyrelsen och andra relevanta myndigheter samt beslutsfattare i kommuner och regioner som kan besluta om införande av insatsen. Professionerna inom socialtjänst och barnhälsovård som arbetar med insatsen samt familjer i områden som erbjuder insatsen är målgrupper.

9. Projektdeltagare

Externa sakkunniga

Elin Alfredsson, universitetslektor, legitimerad psykolog, Göteborgs universitet

Eva Randell, docent och universitetslektor, socionom, Uppsala universitet

Kansliet

Idha Kurtsdotter, Projektledare

Karin Olsson, Biträdande projektledare

Karin Robertsson, Biträdande projektledare

Maral Jolstedt, Biträdande projektledare till och med 2025-10-31

Maja Kärrman Fredriksson, Informationsspecialist

Irini Åberg, Projektadministratör

Anna Ringborg, Hälsoekonom

Uliana Hellberg, Projektansvarig chef

Externa granskare

Anette Bolin, professor i socialt arbete, Högskolan Väst

Fatumo Osman, docent i omvårdnad, Högskolan Dalarna

Anna Sarkadi, Professor vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

9.1 Bindningar och jäv

Alla sakkunniga redovisar eventuella bindningar och jäv som kan tänkas påverka deras objektivitet. Detta sker innan ett uppdrag påbörjas, samt vid eventuella förändringar. Om SBU bedömer att en tilltänkt expert är jävig, kan hen inte anlitas som sakkunnig eller granskare i projektet.

10. Tidplan

Projektstart	2025-10-06
Litteratursökning	2026-03-01
Extern granskning	2026-12-01
Publicering	2027-03-01

11. Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Det tidiga livets villkor – Resultat för Folkhälsan i Sverige. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2025. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/resultat-per-malomrade-for-folkhalsan-i-sverige/det-tidiga-livets-villkor-resultat-for-folkhalsan-i-sverige/>
2. WHO. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization (WHO); 2028. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/781de51d-4cef-482e-bb3b-c2b3becf3c9f/content>
3. Utveckling av barns och ungas hälsa. Stockholm: Folkhälsomyndigheten. [accessed Jan 22 2026]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/utveckling-av-barns-och-ungas-halsa/>
4. Socialstyrelsen. Boendets områdestyp och andra socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/cad0d10f75c5413782ed94a38edc7baa/2025-9-9745.pdf>
5. Barboza M, Marttila A, Burström B, Kulane A. Towards health equity: core components of an extended home visiting intervention in disadvantaged areas of Sweden. BMC Public Health. 2022;22(1):1091. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13492-3>
6. Molloy C, Beatson R, Harrop C, Perini N, Goldfeld S. Systematic review: Effects of sustained nurse home visiting programs for disadvantaged mothers and children. Journal of Advanced Nursing. 2021;77(1):147-61. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.14576>
7. Goldfeld S, O'Connor M, Cloney D, Gray S, Redmond G, Badland H, et al. Understanding child disadvantage from a social determinants perspective. Journal of Epidemiology and Community Health. 2018;72(3):223. Available from: <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209036>
8. Barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen. [accessed Jan 23 2026]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-halso--och-sjukvarden/barnhalsovarden/>
9. Burström B, Marttila A, Kulane A, Lindberg L, Burström K. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. BMC Health Services Research. 2017;17(1):91. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2038-1>
10. Lindahl L, Alfredsson E, Petrini E, Bäckemo Johansson L. Betydelser och effekter av utökade hembesök i Göteborg. Göteborgsregionen: FoU i Väst; 2023. Available from: <https://goteborgsregionen.se/kunskapsbank/betydelseroch effekteravutokadehembesokigotebor g.5.28065c9318a25ff30f8d89a.html>
11. Mangrio E, Norberg JR. Växa tryggt. Slutrapport från Malmö universitets forskargrupp. Malmö: Malmö universitet; 2022. Available from: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1818239/FULLTEXT01.pdf>
12. Lönnberg G, Leissner J, Warner G, Sarkadi A. A safe bridge – parents' and staff's experiences of an antenatal visit introducing a home visiting program in disadvantaged areas. BMC Health Services Research. 2025;25(1):1392. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13578-9>
13. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization. World Health Organization; 2008. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/43943>

14. Statsbidrag till regioner för att stödja och stimulera barnhälsovårdens förebyggande arbete med hembesöksprogram. Stockholm: Socialstyrelsen. [accessed Jan 23 2026]. Available from: <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/regioner/utokade-hembesoksprogram/>
15. Socialstyrelsen. PM: Begrepp inom området psykisk hälsa. Stockholm: Gemensam arbetsgrupp från de nationella kunskapsmyndigheterna Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SBU samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2020. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/pm_begrepp-inom-området-psykisk-halsa.pdf
16. Russell RD. Social health: an attempt to clarify this dimension of well-being. *Int J Health Educ.* 1973;16(2):74-84.
17. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology.* 2012;12(1):181. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>
18. Booth A, Noyes J, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, van der Wilt GJ, et al. Structured methodology review identified seven (RETREAT) criteria for selecting qualitative evidence synthesis approaches. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2018;99:41-52. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.03.003>
19. SBU. Etiska aspekter på insatser inom det sociala området - En vägledning för att identifiera relevanta etiska frågor. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. Available from: <https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bilaga-etiska-aspekter-pa-insatser-inom-det-sociala-området.pdf>