

Tänk långsiktigt!

En samhällsekonomisk modell för prioriteringar
som påverkar barns psykiska hälsa

Skolverket



Socialstyrelsen



STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT

Publikationen kan beställas från:

Socialstyrelsens kundtjänst,
120 88 Stockholm
Fax: 08-779 96 67,
E-post: socialstyrelsen@strd.se
Webbutik: www.sos.se/plus/skrift.htm
Artikelnummer: 2004-110-4

Fritzes kundservice
106 47 Stockholm
Telefon: 08-690 95 76
Fax: 08-690 95 50
E-post: skolverket@fritzes.se
Beställningsnummer:04:839

Statens folkhälsoinstituts distributionstjänst
120 88 Stockholm
Fax: 08-449 88 11
E-post: fhi@strd.se
Webbutik: www.fhi.se/shop
Rapport nr: R 2004:14

ISBN: 91-7201-849-6

Foto omslag: Sofia Ekström; Mikael Risedal; Sven Nackstrand och
André Maslennikov/Pressens bild samt Arne Hyckenberg/Hycken Media
Formgivning omslag: FGO – Form Gunnel Olausson AB
Formgivning inlaga: Elisabeth Hansen och Gunnel Olausson/FGO AB
Tryck: Bergslagens Grafiska, Lindesberg, april 2004

Förord

I denna rapport behandlas vikten av att ha ett sektorsövergripande och samhällsekonomiskt perspektiv när man på olika nivåer inom kommuner, landsting och stat ska prioritera mellan insatser som påverkar barns och ungdomars psykiska hälsa. Psykisk ohälsa under barn- och ungdomsåren och senare under vuxenlivet är en aktuell samhällsfråga och intresset är stort för hur den ska förebyggas och behandlas. I rapporten lyfts särskilt de generella insatsernas betydelse fram, till exempel barn- och mödrahälsovård, förskoleverksamhet, skola, skolbarnsomsorg och ungdomsmottagningar.

I rapporten presenteras en samhällsekonomisk modell som illustrerar ett sätt att tänka kring prioriteringar. Modellen sätter barns välfärd i centrum och syftar till att ge underlag för bästa möjliga användning av samhällets resurser. De räkneexempel som presenteras i rapporten ger en bild av att samhället kan få höga kostnader på längre sikt om psykisk ohälsa inte förebyggs genom tidiga insatser. Detta sätt att se på prioriteringar är relevant och tillämpligt även inom andra områden för offentligt beslutsfattande.

Rapporten vänder sig dels till beslutsfattare och tjänstemän inom kommuner och landsting, dels till forskare och utredare inom centrala myndigheter och organisationer. Ett syfte är att stimulera huvudmännen att satsa på förebyggande insatser, att tänka långsiktigt och att samverka. Rapporten ska också visa på kunskapsluckor och stimulera till mer svensk forskning och metodutveckling inom detta område.

Rapporten har finansierats gemensamt av Socialstyrelsen, Skolverket och Statens folkhälsoinstitut. Den har tagits fram av *Carin Bokedal*, Statens folkhälsoinstitut, *Karin Mossler* och *Anna Marnell* (projektsekreterare), Socialstyrelsen, samt *Ulla Nordenstam*, Skolverket. Docent *Sven Bremberg* på Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, har bidragit med underlag till rapporten, liksom ekonomerna *Ingvar Nilsson* och *Anders Wadeskog*, SEE AB. Värdefulla synpunkter på rapporten har bland annat lämnats av professor emeritus *Ingemar Emanuelsson*, docent *Lars Lindholm*, professor *Terje Ogen* och professor *Claes Sundelin*. Dessutom har ett flertal experter inom de tre myndigheterna bidragit med goda råd och synpunkter.

Per Thullberg
Skolverket

Kerstin Wigzell
Socialstyrelsen

Gunnar Ågren
Statens folkhälsoinstitut

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Rapportens syfte och innehåll	13
Psykisk ohälsa ur ett samhällsekonomiskt perspektiv	17
Barns psykiska hälsa – ett prioriterat område.....	17
Kostnader för barn ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.....	19
Den svåra konsten att prioritera.....	20
Ekonomiska analysmetoder	22
Barns och ungdomars psykiska hälsa och sociala anpassning	29
Hur definieras och mäts psykisk ohälsa hos barn och ungdomar?	29
Hur vanligt är psykisk ohälsa bland barn och ungdomar?.....	31
Risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa	33
Samhällsinsatser med betydelse för psykisk hälsa	37
Generella insatser.....	37
Selektiva insatser	45
Behovet av samverkan.....	48
Vad har generella insatser för effekt på den psykiska hälsan?	51
Behovet av att kartlägga orsakssamband	51
Kan forskningsresultat generaliseras?	52
Effekter av generella insatser enligt svensk och internationell forskning	54
En samhällsekonomisk analys	65
Kostnader för olika generella insatser	65
Kostnader för psykisk ohälsa under barndomen och tonåren	71
Kostnader för psykisk ohälsa på längre sikt	74
En jämförelse mellan kostnader för tidiga generella insatser och kostnader för senare selektiva insatser.....	81
Fördelningen av kostnader och intäkter.....	86
Hur påverkas produktionen i samhället av psykisk ohälsa?	92
Samhällsekonomiska analyser som beslutsunderlag	94
Slutsatser och bedömningar	97
Referenser	104
Bilaga 1: Kostnadseffektanalys och kostnadsnyttoanalys	115
Bilaga 2: Mer om litteratursökningen	119
Bilaga 3: Kompletterande tabell	121
Summary	123

Sammanfattning

Psykisk ohälsa är ett allvarligt hälsoproblem bland barn och ungdomar och därmed ett angeläget område för samhällsinsatser. Det mesta av de resurser som samhället satsar på barn och ungdomar ges i form av generella insatser. Mödra- och barnhälsovård, förskoleverksamhet, skola, skolhälsovård, skolbarnsomsorg och ungdomsmottagningar är exempel på vanliga verksamheter. Andra samhällsinsatser (till exempel insatser inom socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri) riktas enbart till barn och ungdomar som på olika sätt far illa eller behöver särskilt stöd. Sådana insatser kallas selektiva.

Även om barns och ungdomars psykiska hälsa och goda uppväxtvillkor är högt prioriterade områden är samhällets resurser begränsade. Det är därför viktigt att tillgängliga resurser används så väl som möjligt, det vill säga att man lägger pengarna på insatser som har så bra effekter som möjligt i förhållande till vad de kostar. Syftet med denna rapport är att beskriva vikten av att ha ett sektorsövergripande och långsiktigt perspektiv när man på olika nivåer inom kommuner, landsting och stat ska prioritera mellan insatser som påverkar barns och ungdomars psykiska hälsa.

Barns och ungdomars psykiska hälsa påverkas av såväl individuella egenskaper som av faktorer i uppväxtmiljön. Generella insatser av hög kvalitet kan sannolikt förebygga och minska psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Eftersom de generella insatsernas innehåll, organisation och resurser har betydelse för hur barnen mår påverkar de troligen även omfattningen av de selektiva insatser som en del barn och ungdomar kan komma att behöva under sin uppväxt och längre fram i livet. Det är troligt att det fanns ett samband mellan nedskärningarna inom förskoleverksamheten, skolbarnsomsorgen och skolan under 1990-talet och den samtidiga ökningen av antalet besök inom barn- och ungdomspsykiatri. Samtidigt kan detta vara ett tecken på att samverkan mellan till exempel skolan och barn- och ungdomspsykiatri inte har fungerat tillfredsställande när det gäller att ge förebyggande stöd till barn efter deras behov utifrån olika kompetenser.

Den internationella litteraturgenomgång som gjorts till rapporten visar att det finns ett visst forskningsstöd för att exempelvis föräldrastöd, personal- och lärartäthet i förskolan och skolan, särskilda pedagogiska insatser samt lärarnas kompetens har betydelse för barns och ungdomars skolprestationer och psykiska hälsa. Det bör understrykas att detta inte innebär att man säkert vet att övriga insatser saknar effekt.

Det saknas i stor utsträckning svensk forskning om effekter av generella insatser för barn och ungdomar. Bristen på relevanta studier medför svårigheter när man ska utvärdera olika insatsernas samhällsekonomiska konsekvenser. Mot bakgrund av hur stor betydelse de generella verksamheterna har för barns och ungdomars uppväxtmiljö är det viktigt att kunskapen om deras effekter på barns psykiska hälsa ökar. För att detta ska vara möjligt måste man, förutom att intensifiera forskningen, lokalt satsa på att dokumentera och följa upp de insatser som ges till barn och ungdomar. Detta är ett viktigt metodutvecklingsverktyg och en grund för att utveckla beprövad erfarenhet som kan spridas, diskuteras och jämföras med andra resultat.

I rapporten presenteras en samhällsekonomisk modell där kostnaderna för generella insatser ställs mot insatsernas effekter på barns och ungdomars psykiska hälsa och de samhällsekonomiska vinster som dessa i sin tur ger upphov till. Modellen bygger på ett tänkesätt för prioriteringar som inte bara tar hänsyn till den berörda huvudmannens kostnader för en viss insats, utan också till hur kostnaderna påverkas i andra samhällssektorer och på längre sikt.

För att göra en samhällsekonomisk analys inom detta område behöver man veta vad olika tänkbara insatser kostar och vilka effekter de har på barns och ungdomars psykiska hälsa. Man behöver också veta hur detta påverkar samhällets kostnader för andra insatser på kort och lång sikt. I rapporten ges exempel på vad olika generella insatser för barn och ungdomar kostar. Dessa kostnader jämförs sedan dels med kostnader för olika selektiva insatser för barn och ungdomar, dels med exempel på samhällets kostnader för psykisk ohälsa hos vuxna personer. De beräkningar som presenteras ska ses som exempel på en analysmetod och de är inte i första hand avsedda att användas som underlag för jämförelser och val mellan olika tänkbara insatser.

Samhällets kostnader kan bli relativt höga redan på förhållandevis kort sikt om psykiska problem inte förebyggs och motverkas i ett tidigt skede. Kostnaderna för en familjehemsplacering under två år uppgår till knappt 800 000 kronor och för en HVB-placering under totalt ett år till cirka 1,1 miljoner kronor. Om dessa insatser inte visar sig tillräckliga blir kostnaderna ännu högre. I rapporten ges även exempel på vad kostnaderna för psykisk ohälsa kan uppgå till om den kvarstår under vuxenlivet. Om en person utvecklar psykosociala arbetshinder kan samhällskostnaderna uppgå till omkring 2 miljoner kronor under en trettioårsperiod. Även kostnaderna för psykiska sjukdomstillstånd kan vara höga, cirka 7–9 miljoner kronor enligt det exempel som valts. För en enda missbrukare kan samhällets kostnader uppgå till omkring 12–15 miljoner kronor under en trettioårsperiod beroende på hur mycket kostnaderna diskonteras.

En rimlig hypotes är att det finns en samhällsekonomisk potential i att satsa på förebyggande arbete inom de generella verksamheterna för barn och ungdomar, inte minst mot bakgrund av att de framtida selektiva insatser som kan komma att behövas är så kostsamma. Kunskapen är dock inte tillräcklig för att man med säkerhet ska kunna säga att en viss insats innebär en framtida ekonomisk vinst. För att ändå få en uppfattning kan man räkna ut hur många barn som kan få en viss insats för den kostnad som sparas in om ett enda fall av psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom eller missbruk förebyggs. Om man till exempel förebygger en enda persons missbruk under vuxenlivet, kan man för samma kostnad ge stödjande utbildning som syftar till att utveckla föräldrarnas kompetens och sätt att bemöta sina barn till cirka 3 400 eller 6 900 barns föräldrar beroende på hur kostnaderna diskonteras. Den här typen av utbildningar har visat sig effektiv när det gäller att förebygga utåtriktade psykiska problem hos barn och ungdomar. Det förefaller inte orimligt att man genom en så omfattande utbildningsinsats kan förhindra att minst ett av barnen kommer att leva som missbrukare. Det är vad som krävs för att insatsen ska vara samhällsekonomiskt lönsam på lång sikt.

Samhällsekonomiska analyser behöver kompletteras med en beskrivning av de fördelningseffekter som insatsen leder till. Dessa kan vara av två slag. En del handlar om att beskriva vilka barn som gynnas av insatsen. Är det de barn som är mest angelägna att nå? Den andra delen handlar om att det är viktigt att beskriva var i samhället som olika kostnader och besparingar uppstår. Vissa samhällssektorer och huvudmän kan få högre respektive lägre kostnader som en följd av insatsen, vilket det är viktigt att vara medveten om eftersom det kan påverka aktörernas incitament för att genomföra olika insatser.

I rapporten illustreras detta med ett räkneexempel som tar fasta på att samhällskostnaderna för en person med psykosociala arbetshinder under 30 år är ungefär lika höga som kostnaderna för att minska klasstorleken i grundskolan för 80 barn under ett år. Om man antar att den förebyggande insatsen kan leda till att ett fall av psykosociala arbetshinder förebyggs går samhället som helhet varken med vinst eller förlust på lång sikt. För de enskilda aktörerna ser dock bilden olika ut. Kommunen har kostnader för genomförandet av insatsen som uppgår till drygt en miljon kronor. Dessa kostnader uppvägs i viss mån av att kommunens kostnader för psykosociala arbetshinder minskar i framtiden. Kommunen har dock ändå en nettokostnad på cirka 650 000 kronor. För de övriga aktörerna som påverkas av psykosociala arbetshinder, till exempel försäkringskassan, innebär däremot insatsen en ren intäkt. Ur ett strikt ekonomiskt perspektiv framstår alltså minskad klasstorlek i det här exemplet som en förlust för kommunen medan det finns andra aktörer som har mycket att vinna på insatsen.

Väl fungerande samverkan mellan olika verksamheter och huvudmän kan vara en förutsättning, inte bara för att få ett bra resultat av insatserna, utan också för att insatserna överhuvudtaget ska genomföras. Samverkan är viktig kring såväl insatser för barn som redan har problem som vid utformningen av tidiga generella insatser som ska förebygga psykisk ohälsa.

Bristen på kunskapsunderlag och ett sektorsövergripande perspektiv påverkar det lokala prioriteringsarbetet. En beslutsfattare står ofta inför en avvägning där en närliggande och säker kostnad för en viss insats ställs mot en osäker intäkt någon gång i framtiden – som dessutom kanske tillfaller någon annan aktör. Ett långsiktigt perspektiv och samverkan mellan olika huvudmän är därför av stor betydelse för att nå ett bra resultat men också för att samhällets resurser ska kunna användas så effektivt som möjligt.

De slutsatser som dras i rapporten kan sammanfattas på följande sätt:

- Samhällets generella insatser för barn och ungdomar i form av exempelvis barnhälsovård, förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg och skola utgör en viktig del av uppväxtmiljön och står för huvuddelen av samhällets resurser till barn och ungdomar. De är därför betydelsefulla för den psykiska hälsan.
- Prioriteringar inom detta område bör grundas på kunskaper om insatsernas effekt på barns och ungdomars psykiska hälsa och samhällsekonomiska konsekvenser. Besparingar inom en sektor kan leda till kostnadsökningar inom en annan. Det är därför viktigt med sektorsövergripande prioriteringar.
- Det är viktigt både ur ett individ- och ett samhällsekonomiskt perspektiv att insatser för att förebygga psykisk ohälsa ges tidigt. Exempelen i rapporten visar att ett betydande mänskligt lidande och stora samhällskostnader uppstår på längre sikt om inte psykisk ohälsa förebyggs. Det behövs ett långsiktigt perspektiv vid prioriteringar.
- Det behövs mer kunskap om olika insatserns effekt på barns och ungdomars psykiska hälsa. Det saknas i stor utsträckning svenska studier om effekter av generella insatser. Forskningen behöver därför utökas inom detta område. Lokala politiker och tjänstemän har en viktig roll både när det gäller att utvärdera de insatser som ges och sedan omsätta kunskapen i det praktiska prioriteringsarbetet.
- Kunskapen om och användandet av samhällsekonomiska analyser som ett underlag för prioriteringar behöver öka.

- För att utnyttja samhällets resurser mer effektivt än idag är det viktigt att de berörda huvudmännen samverkar när insatserna planeras och genomförs. För att samverkan ska komma till stånd och fungera bra krävs politisk styrning. Alla berörda parter behöver se samverkan som ett område som kräver tid och resurser för att ge bra resultat för de berörda barnen och ungdomarna.
- Det är viktigt att barns och ungdomars psykiska hälsa uppmärksammas och att utvecklingen följs kontinuerligt.

Rapportens syfte och innehåll

Psykisk ohälsa är ett allvarligt och utbrett hälsoproblem bland barn och ungdomar i Sverige och därmed ett angeläget område för olika samhällsinsatser. Syftet med denna rapport är att beskriva vikten av att ha ett sektorsövergripande och långsiktigt samhällsekonomiskt perspektiv och göra konsekvensanalyser när man på olika nivåer inom kommuner, landsting och stat ska prioritera mellan olika insatser som påverkar barns och ungdomars psykiska hälsa. I rapporten presenteras en samhällsekonomisk modell som illustrerar ett sätt att tänka vid prioriteringar mellan olika insatser som påverkar barns psykiska hälsa, en modell för prioriteringsarbetet som sätter barns välfärd i centrum och som ger underlag för bästa möjliga användning av samhällets resurser.

Samhällets resurser är begränsade. I all offentlig verksamhet måste därför prioriteringar göras. De resurser som finns måste användas på bästa sätt och i enlighet med statsmakternas beslut i form av lagstiftning, nationella mål, etiska principer och annan angiven önskvärd inriktning på verksamheten. Prioriteringar måste göras av vilka behov som ska tillgodoses och vilka individer/grupper som ska få del av insatser för att tillgodoses dessa behov och även mellan verksamheter, verksamhetsformer och behandlingsmetoder. Kvalitetsnivåer måste väljas och vägas mot kostnaderna för att uppnå dessa. Analysen måste omfatta flera huvudmän och sektorer för att ge en rättvisande bild av sammanlagda samhällsekonomiska kostnader och besparingar.

Det mesta av de resurser som samhället satsar på barn och ungdomar ges i form av generella insatser. Mödra- och barnhälsovård, skola, skolhälsovård, och ungdomsmottagningar är exempel på generella insatser som är öppna för barn och ungdomar i en viss ålder, oavsett barnets individuella behov. Trots att inte alla barn har rätt till plats inom förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg kan även de ändå betraktas som generella i den meningen att tillgängligheten inte i första hand avgörs av barnets individuella behov (se även s. 40 och 43). Andra samhällsinsatser riktas enbart till barn och ungdomar som på olika sätt far illa eller behöver särskilt stöd, exempelvis barn- och ungdomspsykiatri och insatser inom ramen för socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Sådana insatser kallas selektiva.

De generella verksamheterna har stor betydelse för barns och ungdomars levnadsförhållanden. Det är därför viktigt att vara medveten om att förändringar, som görs av till exempel besparingskäl, påverkar barns och

ungdomars psykiska hälsa och därmed även barnens behov av selektiva insatser. Frågan är vilka insatser för att förbättra barns psykiska hälsa som ger bäst effekt i förhållande till kostnaderna på kort och lång sikt. Hur mycket resurser ska man satsa på generella hälsofrämjande och förebyggande insatser och hur påverkar detta samhällets kostnader på lång sikt? I denna avvägning behövs det kunskap om de generella insatsernas effekt på barn och ungdomars psykiska hälsa, vad olika insatser kostar och hur kostnaderna inom ett visst område påverkas på kort och lång sikt av vad som görs inom andra samhällssektorer.

Att låta alla barn delta i till exempel organiserad fritidsverksamhet kan förefalla kostsamt för en kommun, jämfört med att rikta särskilda insatser till ett mindre antal barn. För att få en rättvisande kostnadsjämförelse måste dock kostnader i andra samhällssektorer och på längre sikt också vägas in. Det är rimligt att anta att förebyggande insatser och tidigt insatt stöd ofta kan leda till samhällsekonomiska besparingar på längre sikt, förutom att de medför ett ökat välbefinnande för berörda individer.

Inför lokala beslut behövs ett underlag som visar vad olika insatser får för effekter ur ett helhetsperspektiv. Analysen ska helst kunna beskriva såväl vilka som berörs av insatsen (individer och huvudmän) som hur stora effekter den har och vilka kostnader och besparingar som den ger upphov till för olika aktörer och över tid. Grundtanken är att val mellan olika insatser bör göras mot bakgrund av både kostnader och effekter. Det är inte tillräckligt att veta att en viss insats kostar mindre än alternativet om effekten inte är känd. Likaså är det tveksamt om man kan förorda en insats med dokumenterad effekt om man inte vet vilka kostnader den kommer att medföra jämfört med andra tänkbara insatser.

I rapporten presenteras en samhällsekonomisk modell som visar hur kostnader för tidiga generella insatser kan ställas mot insatsernas effekter på barns och ungdomars psykiska hälsa, och de samhällsekonomiska besparingsmöjligheter som dessa i sin tur ger upphov till. Modellen bygger på ett sätt att tänka vid prioriteringar som inte bara tar hänsyn till den berörda huvudmannens kostnader för en insats, utan också till hur kostnaderna påverkas i andra samhällssektorer och på längre sikt. Tänkesättet är relevant och tillämpbart även inom andra områden för offentligt beslutsfattande.

För att göra en samhällsekonomisk analys inom detta område behöver man veta vad olika tänkbara insatser kostar och vilka effekter de har på barns och ungdomars psykiska hälsa. Man behöver också veta hur detta påverkar samhällets kostnader för andra insatser på kort och lång sikt och hur kostnader och intäkter fördelas mellan olika aktörer. Som underlag till denna rapport har därför en litteraturgenomgång gjorts av den

tillgängliga forskningen kring generella insatsers påverkan på barns och ungdomars psykiska hälsa. Uppgifter har samlats in om vad olika generella insatser för barn och ungdomar kostar. Dessa kostnader jämförs sedan dels med kostnader för olika selektiva insatser för barn med psykisk ohälsa, dels med exempel på samhällets kostnader för psykisk ohälsa hos vuxna personer. De beräkningar som presenteras ska i första hand ses som exempel på en analysmetod och är inte avsedda att användas som underlag för jämförelser och val mellan olika tänkbara insatser.

Psykisk ohälsa ur ett samhällsekonomiskt perspektiv

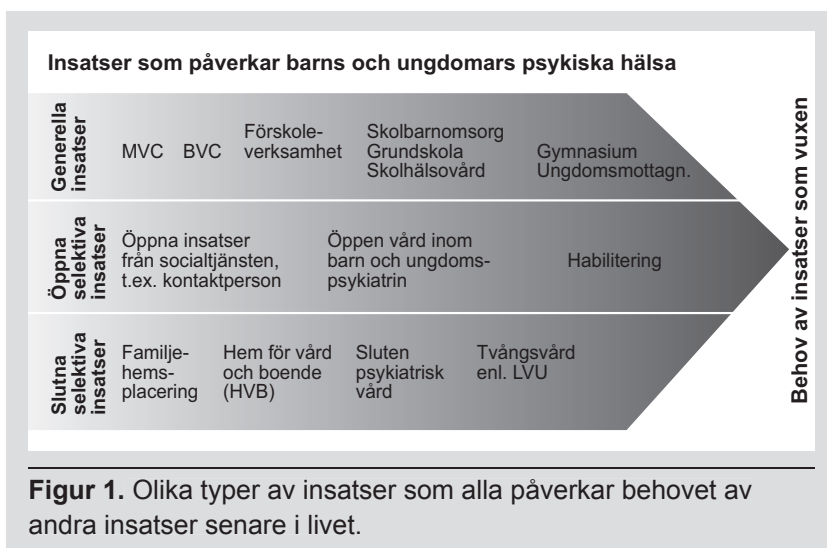
Barns psykiska hälsa – ett prioriterat område

Barns och ungdomars psykiska hälsa är ett prioriterat område för samhället. Genom Sveriges ratificering av FN:s konvention om barnets rättigheter – Barnkonventionen – har samhället tydligt markerat att barn och ungdomar är en prioriterad grupp. Trygga och goda uppväxtvillkor är också ett av de elva folkhälsomål som riksdagen har fastställt. Den psykiska ohälsan bland barn och ungdomar ska särskilt uppmärksammas, liksom barns och ungdomars levnadsvanor (Prop. 2002/03:35).

Många barn och ungdomar har psykiska problem och/eller mår psykiskt dåligt och mycket tyder på att barns och ungdomars psykiska hälsa har försämrats under senare år. Det är också i unga år som grunden läggs för hur den enskildes psykiska hälsa kommer att utvecklas senare i livet. Den psykiska ohälsan medför betydande kostnader för samhället, förutom det minskade välbefinnande som den medför för barn och anhöriga. Barnpsykiatrikommittén beräknade de totala samhällskostnaderna för barn och ungdomar med psykiska problem till cirka 11 miljarder kronor 1996, varav kommunerna finansierade omkring 77 procent, landstingen 16 procent och staten 7 procent. Drygt 80 procent bestod av kostnader för vård- och behandlingsinsatser. Mindre än en femtedel gick till förebyggande verksamheter (Det gäller livet, 1998). Om man till detta lägger kostnaderna för psykisk ohälsa under vuxenlivet blir samhällskostnaderna för den psykiska ohälsan avsevärt högre.

Barns välfärd är beroende av många olika faktorer och kan beskrivas på många olika sätt. Viktiga aspekter är fysisk och psykisk hälsa, relationer till familj och kamrater, ekonomi, utbildning, framtidsutsikter, miljö, boende, m.m. I denna rapport ligger fokus på den psykiska hälsan hos barn och ungdomar, en viktig grundförutsättning för barns välfärd som hänger nära samman med många av de andra aspekterna. Barns psykiska hälsa formas av såväl individuella egenskaper som av uppväxtmiljön. Dessa samspekar också, på så sätt att barnets sätt att vara påverkar hur omgivningen reagerar och vice versa.

Barnets omgivning består inte bara av föräldrarna och andra anhöriga. Samhällets olika insatser har också mycket stor betydelse. Så gott som alla barn kommer i kontakt med mödra- och barnhälsovården, förskoleverksamheter, skolan och skolhälsovården, många också med skolbarnsomsorgen och ungdomsmottagningar. Utöver dessa generella insatser har exempelvis barn- och ungdomspsykiatri och insatser inom ramen



för socialtjänstens individ- och familjeomsorg stor betydelse för barn och ungdomar som på olika sätt far illa eller behöver särskilt stöd. Vilka insatser som ett barn får under sin uppväxttid och kvaliteten på dessa påverkar också den psykiska hälsan och det framtida behovet av insatser som vuxen, se figur 1.

Inom folkhälsoarbetet talar man om insatser på tre olika åtgärdsnivåer: hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser. En stor del av samhällets generella insatser för barn och ungdomar kan beskrivas som hälsofrämjande och förebyggande när det gäller psykisk hälsa. Väl utformade generella insatser kan främja en god psykisk hälsa hos alla unga. På så sätt kan insatserna bidra till ett minskat behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård. De kan också förebygga ohälsa genom att tidigt upptäcka och fånga upp barn och ungdomar som är i riskzonen för att utveckla psykiska problem och som därför behöver selektiva insatser. I många fall är gränsen mellan förebyggande och behandlande insatser flytande eftersom en tidig behandling ofta förebygger allvarigare problem på lång sikt (Hälsa på lika villkor, 1999). Samtidigt kan samhällets generella insatser, om de fungerar dåligt, ha motsatt effekt och till och med generera ett ökat behov av vård och omsorg.

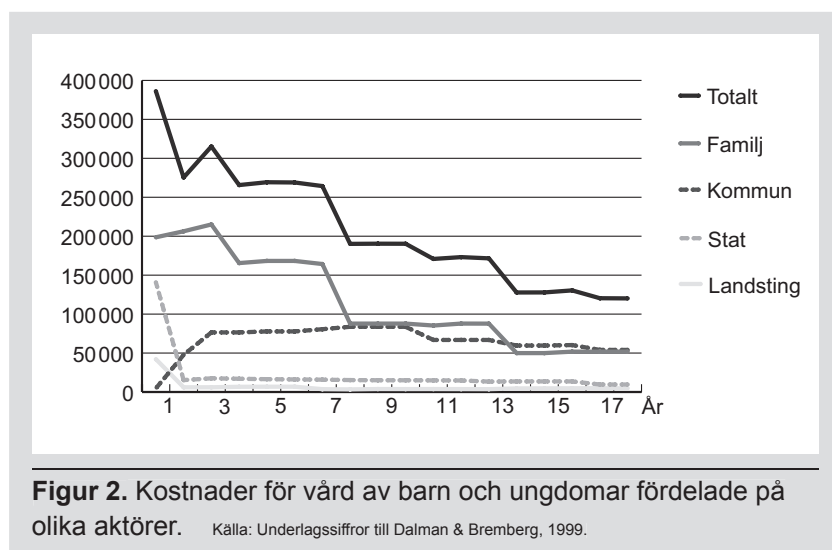
Frågan om de generella insatsernas betydelse för barns och ungdomars psykiska hälsa har aktualiserats av de besparingar inom förskoleverksamheten, skolan och skolbarnsomsorgen som gjordes under 1990-talets krisår. Barngrupperna och klasserna blev större samtidigt som stödresurserna minskade. Fritidsverksamheterna skars ner eller togs bort. Samtidigt ökade trycket på socialtjänstens individ- och familjeomsorg

och landstingens barn- och ungdomspsykiatri. Ett rimligt antagande kan vara att det fanns ett samband mellan dessa två utvecklingstendenser. Minskade kostnader i en sektorssektor ledde i så fall till ökade kostnader i en annan, vilket kanske inte var avsikten. Besparingar inom generella verksamheter kan också ha lett till ökade långsiktiga kostnader. Totalt sett kan detta ha inneburit såväl minskad välfärd som samhällsekonomiska merkostnader.

Kostnader för barn ur ett samhällsekonomiskt perspektiv

Kostnaden för olika aktörers insatser ger en bild av deras betydelse för barns och ungdomars uppväxtvillkor. Enligt en studie från Stockholms läns landsting beräknas varje barn fram till artonårsdagen få insatser till ett värde av 3,8 miljoner kronor (Dalman & Bremberg, 1999). Familjen står för drygt hälften av den totala kostnaden, i form av utgifter för mat, boende, förskola, fritidshem, etc. och för den omsorg (tid översatt i pengar) som föräldrarna ägnar åt barnen, se figur 2. Kommunen och landstinget står tillsammans för ungefär en tredjedel av kostnaden och staten för en mindre del, som främst består av olika transfereringar, till exempel barnbidrag, föräldraförsäkring och bostadsbidrag. Statens och landstingets insatser är koncentrerade till de första åren. Kommunens kostnader är mer jämnt fördelade över uppväxtåren men avtar successivt med barnets ålder.

Barn och ungdomar får huvuddelen av de offentligt finansierade resurserna i form av förskoleverksamhet, skola och skolbarnsomsorg.

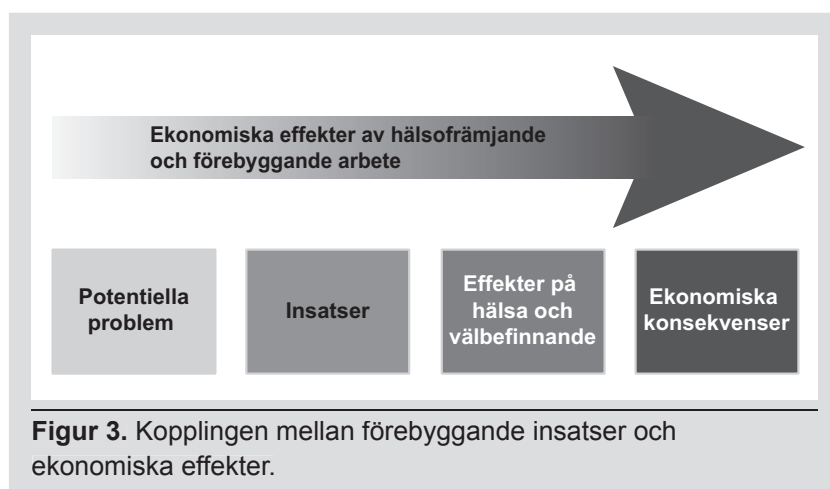


Kommunerna står för drygt nio gånger så mycket resurser som landstingen. Av kommunernas och landstingens samlade kostnader går drygt åttio procent till förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg och skola, tio procent till hälso- och sjukvård (varav det mesta är kostnader för mödra- och barnhälsovårdscentraler) och åtta procent till olika selektiva insatser från exempelvis socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och habilitering.

Av de resurser som kommunerna och landstingen lägger på barn och ungdomar går således det allra mesta till generella verksamheter och endast en liten del till selektiva insatser. De generella verksamheterna för barn och ungdomar är därför mycket betydelsefulla ur ett hälso- och välfärdsperspektiv. Särskilt de kommunala generella verksamheterna har genom sin omfattning stor betydelse.

Den svåra konsten att prioritera

Tidiga generella insatser för att förebygga psykisk ohälsa kan vara samhällsekonomiskt fördelaktiga. Välfungerande insatser kan förväntas ge effekter på barns framtida hälsa och välbefinnande, som i sin tur skapar positiva effekter för samhället, se figur 3. Dessa effekter kan exempelvis bestå av minskade kostnader för vård, omsorg och behandling, men också av ökade intäkter i form av bättre arbetsförmåga och möjligheter för individer att försörja sig själva. Resonemanget bygger på ett antagande om att insatserna kan förhindra att barnen senare i livet kommer att drabbas av olika problem, exempelvis missbruk, psykiska sjukdomar, psykosociala problem och arbetslöshet, som både skapar ett sämre liv för dem själva och ökade kostnader för samhället som helhet. Man skulle kunna säga att man med detta tänkande ser tidiga satsningar på barn som sociala investeringar i befolkningens hälsa.

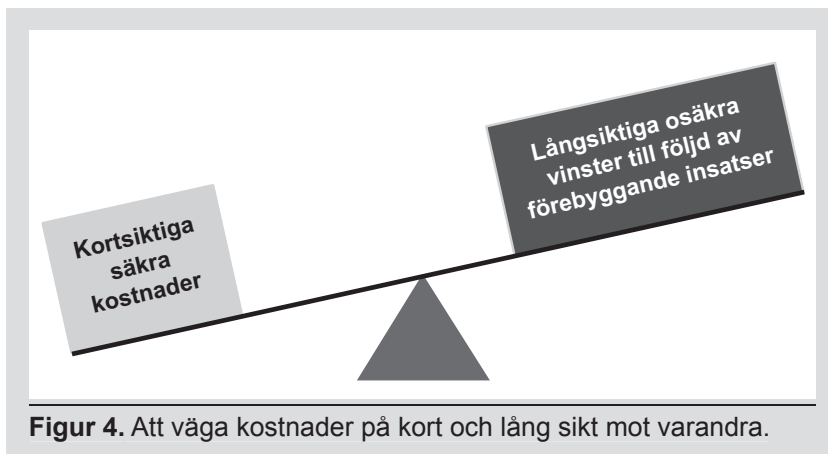


Figur 3. Kopplingen mellan förebyggande insatser och ekonomiska effekter.

Länkarna mellan de olika stegen i figur 3 är dock vare sig lätta att upptäcka eller att bevisa. Det finns flera tydliga problem sett ur en beslutsfattarens perspektiv:

- Kopplingen mellan en insats och dess hälsoeffekt är inte alltid klar. Vilka insatser leder, med vilka sannolikheter, till vilka effekter? **Kausalitetsproblemet.**
- Det tar ofta lång tid innan en insats effekter uppträder, ibland så lång tid att kopplingen blir oklar eller osynlig. **Fördröjningsproblemet.**
- Eftersom de flesta offentliga beslutssystem bygger på det ettåriga budgetperspektivet finns det inga styrinstrument för att hantera långsiktiga effekter. **Kortsiktighetsproblemet.**
- I offentliga budgetsystem har man inte något annat sätt att redovisa sociala insatser på än som kostnader, i motsats till fysisk infrastruktur där man har en balansräkning med en investeringsdel. **Bristen på ett socialt investeringsperspektiv.**
- Insatser som genomförs av en aktör kan leda till konsekvenser för helt andra aktörer, både i positiv och negativ riktning. **Omfördelningsproblemet.**
- Beslutsfattare har sällan vare sig kunskap, möjligheter eller mandat att titta utanför den egna sektorns verksamhet. **Problemet med tunnelseende.**

Den enskilde beslutsfattaren har ofta att ta ställning till en ganska ojämn balanssituation där en konkret, välidentifierad och säker kostnad idag



Figur 4. Att väga kostnader på kort och lång sikt mot varandra.

för att genomföra en viss insats ska värderas i förhållande till en osäker, i de flesta fall diffus (både vad avser storlek och omfattning) intäkt någon gång i framtiden – som dessutom kanske tillfaller någon annan aktör. Det är inte konstigt att man i denna typ av beslutssituation ofta låter dagens näraliggande perspektiv väga tyngre än den osäkra framtidens, se figur 4.

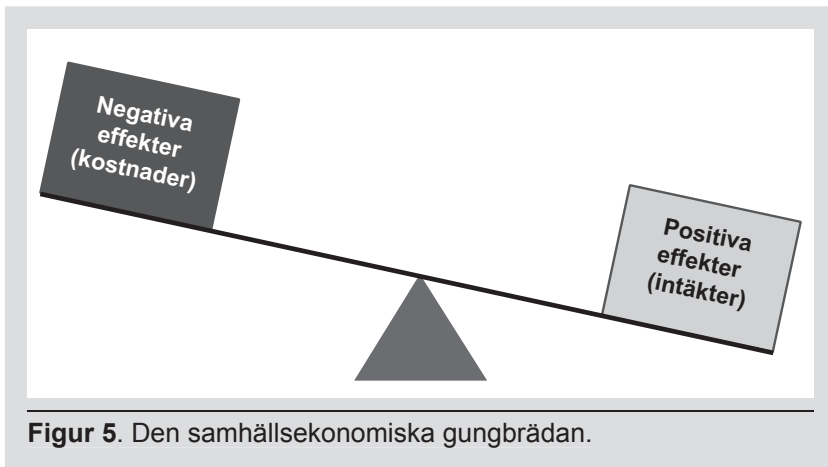
Det är mot bakgrund av detta lätt att förstå att många beslut om insatser som påverkar barns och ungdomars psykiska hälsa blir långt ifrån de bästa tänkbara. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv blir istället resultatet att resurserna används ineffektivt.

Ekonomiska analysmetoder

Utgångspunkten för ekonomiska analyser är att de tillgängliga resurserna är begränsade och att det därför gäller att välja det handlingsalternativ som ger mest nytta eller välfärd. När man vill beskriva effekter av alternativa insatser i relation till de kostnader som respektive insats medför finns det olika traditioner och modeller att utgå från (Socialstyrelsen, 1999; Månsson & Rydberg, 2003a). Analyserna i denna rapport utgår från det som brukar kallas en samhällsekonomisk analysmodell (cost-benefit-analysis). Det finns även andra sätt att redovisa kostnader i förhållande till effekter av en insats (se bilaga 1).

Samhällsekonomisk analys

I en samhällsekonomisk kostnadsintäktanalys – eller kortare samhällsekonomisk analys – försöker man värdera och väga alla negativa effekter av en insats mot alla positiva effekter. I teorin tänker man sig då att alla effekter kan värderas i ekonomiska termer och därför är jämförbara.



Figur 5. Den samhällsekonomiska gungbrädan.

I praktiken är detta inte alltid möjligt, antingen för att underlag saknas eller för att effekterna är mer svårvärderade. Samhällsekonomiska analyser kan beskrivas med figur 5.

Analysen syftar till att visa om summan av de positiva effekterna för samhället som helhet överstiger summan av de negativa för att man ska kunna avgöra om insatsen bör ges.

Endast reala kostnader och intäkter tas med i en samhällsekonomisk analys. Som reala kostnader räknas de resurser som genomförandet av en insats tar i anspråk. Det innebär att man binder upp resurser som skulle kunna använts för att producera något annat eller samma sak men för någon annan. Även om resurserna redan finns till hands, till exempel i form av befintliga lokaler eller anställd personal, ska de räknas som en kostnad eftersom de hade kunnat användas till någon annan verksamhet om insatsen inte hade genomförts. Det är detta som är innebörden i begreppet alternativkostnad. Reala intäkter uppstår när resursbehovet minskar till följd av insatsen och resurser frigörs som kan användas till andra insatser.

Normalt räknas inte transfereringar i form av skatter, avgifter och bidrag in i en samhällsekonomisk analys. Transfereringar, eller finansiella kostnader som de också kallas, utgör en omfördelning i samhället men tar inte några nya resurser i anspråk. Exempel på en transferering är om individ A betalar skatt som av handläggare B ges till individ C som ekonomiskt bistånd. Handläggaren flyttar inkomst från A till C. Den enda reala kostnaden i detta är handläggarens arbetstid som skulle kunna användas till något annat. Själva transfereringen, det vill säga skatteinbetalningen eller utbetalningen av ekonomiskt bistånd, varken tillför eller minskar tillgången på resurser i samhället och ska därför inte tas med i en samhällsekonomisk kalkyl (Samhällsekonomiskt beslutsunderlag, 1986; Socialstyrelsen & Riksrevisionsverket, 1989 och 1990).

De negativa effekterna, det vill säga de samhällsekonomiska kostnaderna, består huvudsakligen av resursåtgången för att genomföra insatsen. Även andra slags negativa effekter kan dock förekomma, till exempel biverkningar av läkemedel. De positiva effekterna, det vill säga de samhällsekonomiska intäkterna, kan indelas i olika kategorier: förbättrad hälsa och/eller livskvalitet som i sin tur leder till minskade kostnader (resurser frigörs som kan användas till andra insatser) och ökad produktion i samhället. Det kan vara bra att göra en sammanställning enligt modellen i tabell 1 av reala kostnader och intäkter för olika aktörer:

Tabell 1. En modell för samhällsekonomisk balansräkning

Aktör	Negativa effekter	Positiva effekter			
	Resurs- åtgång för insatsen	Förbättrad hälsa/ökad livskvalitet	Minskade kostnader	Ökad pro- duktion	Andra positiva effekter
Enskilda					
Kommun					
Landsting					
Stat					
Företag					
Organisationer					
Σ Samhället					

Kolumnerna i tabell 1 beskriver de olika effekter som insatsen kan medföra:

- En insats för att främja psykisk hälsa hos barn och ungdomar tar alltid vissa resurser i anspråk. Resursåtgången består av kostnader för personal, lokaler och arbetsmaterial, och ska värderas till marknadspris. Det innebär att man utgår ifrån hur lång tid insatsen tar att genomföra, vilken personal som krävs och vad dessa har i lön. Vidare måste man uppskatta vilka lokaler som krävs och vad hyran är för dessa, samt vad det kommer att kosta att köpa in nödvändigt arbetsmaterial. Kostnader kan uppstå hos flera olika huvudmän. En kommunal insats kan exempelvis leda till att fler barn med allvarig psykisk ohälsa fångas upp och slussas vidare till landstingets barn- och ungdomspsykiatri.
- Det är svårt att värdera alla positiva effekter i ekonomiska termer. Psykisk ohälsa medför ofta mycket stora personliga ”kostnader” i form av psykisk smärta, social isolering och oro bland anhöriga och i resten av befolkningen (Knapp & McDaid). Bättre hälsa eller ökad livskvalitet säljs inte på någon marknad och saknar därför något fastställt värde eller ”pris”. Ibland används olika metoder för att skatta värdet av sådana effekter, till exempel försök att mäta människors betalningsvilja för att få del av den positiva effekten, men när det gäller hälsa är detta inte särskilt meningsfullt. Det är dock viktigt att kartlägga och redovisa alla effekter i sammanställningen, även sådana som inte på ett enkelt sätt kan värderas ekonomiskt. Även effekter som inte har kunnat prissättas måste tas med i den slutliga värderingen.

- Om insatsen medför bättre hälsa och livskvalitet kan det i sin tur leda till att kostnaderna minskar i andra verksamheter. Om man genom insatser i till exempel skolan förebygger psykisk ohälsa och skapar goda uppväxtvillkor kan färre barn komma att uppsöka hälso- och sjukvården. Även kostnaderna för socialtjänsten, rättsväsendet och vården av ungdomsbrottslingar kan påverkas, liksom kostnader för skadegörelse, m.m.
- Insatser som motverkar psykisk ohälsa kan också få positiva konsekvenser för människors arbetsförmåga och därmed för den samlade produktionen i samhället. Kostnader för förlorad produktion, så kallade indirekta kostnader, avser till exempel tillfällig frånvaro från arbetet, att man förlorar förmågan att arbeta helt eller delvis på grund av sjuklighet, skador eller för tidig död. Det är både de berörda barnens framtida arbetsförmåga och deras föräldrars möjligheter att förvärvsarbeta som kan påverkas positivt om en insats har effekt. Då minskar de indirekta kostnaderna. Av etiska skäl kan det vara lämpligt att sådana antaganden redovisas separat. Om dessa effekter vägs in kan det nämligen leda till att insatser för barn, gamla och funktionshindrade, som inte tillhör den arbetande delen av befolkningen, framstår som mindre värda att satsa på än insatser för personer i arbetskraften (Drummond et al, 1993).
- Slutligen kan det också vara viktigt att väga in vad insatsen får för andra positiva effekter, till exempel på inlärning, personlig utveckling eller allmänhetens känsla av trygghet.

Genom att redovisa de negativa och positiva reala effekterna steg för steg på detta sätt kan det sammanlagda samhällsekonomiska resultatet beräknas.

Ett fördelnings- och tidsperspektiv på analysen

Samhällsekonomiska analyser bör kompletteras med en fördelningsanalys, som visar var i samhället de positiva respektive negativa effekterna uppstår. Vad blir resultatet för varje enskild aktör? Vilka sektorer i samhället gynnas av insatsen och vilka förlorar? Här måste också effekter på transfereringar i form av bidrag och skatter inkluderas. Insatser som förebygger psykisk ohälsa kan antas leda till minskat behov av ekonomiskt bistånd och olika typer av sjukersättningar och kan därför ha stor inverkan på transfereringsflödena i samhället. Detta kan vara högst väsentligt att ta med i kalkylerna för respektive aktör och måste därför kartläggas när en fördelningsanalys av en insats konsekvenser ska göras.

I fördelningsanalysen görs beräkningar utifrån de enskilda aktörernas perspektiv i form av till exempel kommunalekonomiska och landstings-ekonomiska kalkyler. Att redovisa insatsens konsekvenser för olika huvudmän separat är dessutom viktigt för att belysa olika aktörers incitament. Detta kan ge viktig information om vilka hinder som kan finnas för att insatsen ska kunna genomföras.

En närbesläktad fråga gäller vilka individer det är som gynnas av insatsen och om det är de individer som man helst vill gynna. Här kan det finnas olika politiska målsättningar om att insatserna ska vara lika tillgängliga för alla eller ha en viss fördelningsprofil, till exempel för att bidra till ökad jämlikhet och minskade skillnader mellan olika grupper eller att särskilt satsa på de individer som har sämst utgångsläge.

Det är också viktigt att väga in när kostnader och intäkter uppstår (på kort eller lång sikt) och hur stor osäkerhet som råder kring dessa. Det är vanligt att kostnaderna för en insats uppstår tidigare än de intäkter som den kan leda till. Det finns alltid en osäkerhet när det gäller framtida vinster medan kostnader däremot gärna skjuts upp eftersom man kan få ränta på pengarna under tiden. Man måste därför ta hänsyn till tidsaspekterna i analysen genom att diskontera beloppen. Valet av diskonteringsränta påverkar beräkningarnas resultat. Man bör därför göra analyser med olika ränteantaganden för att kunna avgöra hur känsligt resultatet är för valet av räntesats. Genom diskonteringen kan man direkt väga den kostnad som insatsen medför idag mot nuvärdet av de intäkter som den förväntas leda till längre fram.

Det är också viktigt att i alla beräkningsled beskriva hur pass osäkra de bedömningar och antaganden som ligger till grund för resultatet är. Man bör därför alltid göra en känslighetsanalys av hur mycket slutresultatet påverkas av de antaganden som görs under de olika stegen i analysarbetet. Ett enkelt tillvägagångssätt är att variera antagandena och ta fram såväl en pessimistisk som en optimistisk alternativberäkning. Syftet är att kunna beskriva vad som skiljer de olika scenarierna åt och att visa hur osäkerhet kring olika antaganden påverkar den slutliga bedömningen.

Analysens olika steg

Förenklat kan en samhällsekonomisk analys delas upp i ett antal olika steg, som beskrivs längre fram. Det är självfallet inte alltid vare sig realistiskt eller nödvändigt att göra så här omfattande analyser av alternativa insatser före ett prioriteringsbeslut. Det finns dock alltid skäl att gå igenom dessa punkter och göra en bedömning av vad som är relevant och behöver utredas närmare. Det är också viktigt att redovisa vad som inte har utretts och vilken information som saknas inför beslutet.

1. Definition av problemet och tänkbara handlingsalternativ

Det är viktigt att ha klart för sig vilket eller vilka problem det är som insatsen ska bidra till att lösa, hur omfattande problemet är, hur det kan definieras och mätas och vilka grupper i samhället som påverkas. En förutsättning för att en insats ska kunna utvärderas är att såväl nollalternativet – att man inte genomför insatsen – som förändringsalternativet – att den genomförs – är väl beskrivna. Om en insats och de effekter den får inte går att avgränsa från andra verksamheter, uppstår svårigheter med att avgöra vilka kostnader och intäkter som är ett resultat av insatsen.

2. Kartläggning av insatsers effekter på hälsa och livskvalitet

Det är viktigt att kartlägga vilken effekt en insats har på de berörda hälsa och att i möjligaste mån försöka värdera detta. Som underlag behövs utvärderingar av vad liknande insatser har haft för effekt. Brist på forskning och på gemensamma effektmått kan göra det svårt att direkt jämföra vilka insatser som har bäst effekt på den psykiska hälsan.

3. Kartläggning och beräkning av ekonomiska konsekvenser

Kostnaden för att genomföra insatsen är lika med värdet av de resurser i form av personal, lokaler och arbetsmaterial som avsätts. Om insatsen har önskvärd effekt är det troligt att samhällets kostnader för andra insatser minskar. Analysen bör kunna identifiera vilka kostnader som påverkas, för vilka aktörer, när och hur mycket. När det ekonomiska resultatet för samhället som helhet sammanställs är det endast effekter på den reala resursåtgången som räknas in. Transfereringar påverkar inte det samhällsekonomiska resultatet. Sammanställningen visar om insatsen leder till ökade eller minskade kostnader för samhället totalt.

4. Fördelningen av kostnader och intäkter

Parallellt med den samhällsekonomiska analysen är det viktigt att klarlägga de fördelningseffekter som uppstår som ett resultat av insatsen. Här bör också transfereringar tas med eftersom de har betydelse för aktörernas ekonomiska utfall.

5. Slutsatser

Till sist handlar en samhällsekonomisk analys om att kunna ge en rekommendation om vilken eller vilka insatser som bör genomföras. Analysen ger en bild av hur samhällets resurser kan användas mest effektivt. Det är dock en politisk bedömningsfråga hur olika slags effekter ska värderas och om fördelningseffekterna är acceptabla. Det är också en politisk fråga vilka kostnader som är godtagbara för att uppnå en önskad effekt.

Barns och ungdomars psykiska hälsa och sociala anpassning

Hur definieras och mäts psykisk ohälsa hos barn och ungdomar?

Alla barn går igenom normala utvecklingskriser och upplever händelser som orsakar obehag och psykisk smärta under sin uppväxt. I vilken mån detta leder till att barnet utvecklar varaktiga psykiska problem och behöver särskilt stöd beror dels på barnets individuella egenskaper, dels på vilka skydds- och riskfaktorer som finns i barnets miljö (Det gäller livet, 1998).

Psykisk ohälsa hos ett barn kan ta sig många olika uttryck. Vissa psykiska problem har subjektiva symtom som innebär ett minskat välbefinnande för barnet. Andra symtom är mer objektiva och noteras främst av omgivningen. Psykisk ohälsa kan även ta sig olika uttryck hos flickor och pojkar. De flesta studier visar att pojkar har en tendens att reagera med utåtriktade beteendevikelser såsom bråkighet, trotsighet och normbrott. Flickor reagerar med mera inåtvända symtom såsom psykosomatiska reaktioner, ångest och depression. Dessa mönster är dock inte generella, det är vanligt att barn visar drag av båda typerna (Cederblad, 2003).

Hur man definierar psykisk ohälsa och beteendestörningar bygger i viss mån på värderingar, det vill säga på föreställningar om vad som är önskvärt och icke önskvärt. Beteckningar bör därför uppfattas som sociala konventioner. I denna rapport tas tre olika men delvis överlappande synsätt på psykisk ohälsa upp: psykisk ohälsa definierad utifrån diagnoser i enlighet med internationell sjukdomsklassificering, utifrån klassificering av de funktionshinder som den psykiska ohälsan ger upphov till samt utifrån hur barnet och personer i omgivningen upplever situationen. De tre synsätten skiljer sig åt i perspektiv och användningsområden och kan därför komplettera varandra.

Det är vanligt att beskriva psykisk ohälsa i termer av olika diagnoser. Definitionen utgår då från internationella sjukdomsklassifikationer som beskriver diagnoser som finns angivna i särskilda manualer, ICD-10 (International Classification of Diseases, Socialstyrelsen, 1997b) och DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1995). Psykiska problem indelas i tre delvis överlappande grupper: utåtriktade psykiska problem (främst hyperaktivitetsstörningar och beteendestörningar av utagerande slag), inåtvända psykiska problem (främst depression, ångest och tvångssyndrom) samt

inlärningssvårigheter. Begreppet inlärningssvårigheter används som ett samlingsbegrepp för allmänna inlärningssvårigheter och lindrigt förståndshandikapp. Att barnet ges en diagnos av det här slaget är ofta en förutsättning för att barnet ska få en adekvat behandling.

Ett annat synsätt är att definiera psykisk ohälsa utifrån de funktionshinder som barnet har och se dessa i förhållande till omgivningens krav. Detta synsätt flyttar delvis fokus från individen till hur den omgivande miljön försvårar eller underlättar barnets utveckling och dagliga liv. Numera tillämpas en miljörelaterad syn på handikapp. Det innebär att ett funktionshinder inte behöver leda till ett handikapp om samhället anpassas och hinder undanröjs. Även för detta synsätt finns det en internationell klassifikation att utgå från, ICF, som beskriver funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa med beaktande av såväl medicinska som sociala aspekter (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2001). De komponenter som klassifikationen bygger på är kroppens funktioner och strukturer, aktiviteter och delaktighet, omgivningsfaktorer och personfaktorer. Detta gör det möjligt att se funktionstillstånd och funktionshinder ur flera perspektiv eftersom de olika komponenterna interagerar med varandra (Smedby & Dahl, 2002).

Klassifikationer av det här slaget är viktiga när man planerar för olika rehabiliteringsåtgärder och bedömer barnets behov av insatser och ersättningar, men också för att kunna anpassa miljön på bästa sätt till barnets egna förutsättningar. Det pågår för närvarande ett arbete med att ta fram en särskild barnversion av ICF som bättre beaktar de särskilda aspekter som har att göra med barns utveckling och barns och ungdomars levnadsmiljöer (Björck-Åkesson & Simeonsson, 2002).

Många studier som avser barn i skolåldern mäter effekter av olika insatser i termer av elevernas skolresultat. Detta kan inte direkt ses som ett mått på barnens psykiska hälsa men kan ändå i viss mån användas som en indikator på psykisk hälsa/ohälsa. I första hand är det dåliga skolresultat som kan vara ett tecken på psykisk ohälsa. Bra skolresultat kan däremot i mindre utsträckning tolkas som ett tecken på god psykisk hälsa.

Ett tredje sätt att definiera psykisk ohälsa, som är vanligt inom epidemiologisk forskning, utgår från hur barnet själv upplever sin situation, oavsett om hälsotillståndet kan diagnosticeras eller inte. Med hjälp av frågeformulär, som barnen själva svarar på, mäts den självskattade psykiska ohälsan. Även föräldrars och lärares bedömningar kan vägas in. Man använder kvantitativa mätmetoder som baserar sig på utvecklingspsykologin. Frågorna tar fasta på både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Detta kombineras ofta med frågor om olika psykosomatiska besvär, som ont i magen, huvudvärk eller sömnproblem, symptom som ofta är en följd av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2000).

Psykisk ohälsa framstår som vanligare i undersökningar där ungdomarna själva bedömer sin hälsa än i undersökningar där föräldrarna gör bedömningarna. Lägst förekomst av psykisk ohälsa framkommer vid lärarbedömningar. En vanlig uppfattning är att barn är bättre som informanter för inåtvända problem, medan föräldrar och lärare bättre bedömer utåtriktade problem. Samtidigt är det viktigt att tänka på att det inte är säkert att barnet fungerar och uppträder på samma sätt i alla sammanhang och miljöer. Föräldrars och lärares bedömningar kan därför komplettera varandra (Socialstyrelsen, 2000).

Hur vanligt är psykisk ohälsa bland barn och ungdomar?

Barn och ungdomar i Sverige har generellt en god hälsa. Det finns dock tecken på att den psykiska hälsan har försämrats under senare år. Andelen 16–19-åringar som uppger att de känner ängslan, oro eller ångest ökade från fem till tolv procent mellan åren 1988/89 och 1998/99. Andelen ungdomar med långvariga psykiska besvär ökade också (Ofärd i välfärden, 2001; Välfärdsbokslut för 1990-talet, 2001). Brist på statistik gör det svårare att bedöma hur de yngre barnens psykiska hälsa har utvecklats.

Enligt Barnpsykiatrikommittén förekommer psykiska problem och störningar hos minst fem till tio procent av alla barn och ungdomar vid en viss tidpunkt, även om mycket strikta och snäva definitioner används (Det gäller livet, 1998). Andelen barn och ungdomar som någon gång under sin uppväxt (fram till 18 års ålder) har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri uppskattas till omkring 15 procent. Två av tre i denna grupp kan ges en tydlig diagnos baserad på symtom, det vill säga de har olika kliniska syndrom, uppvisar personlighetsstörningar eller utvecklingsstörning. De övriga har mindre distinkta tillstånd och söker hjälp på grund av till exempel relationsproblem eller psykosomatiska problem.

Psykosomatiska och stressrelaterade symtom är vanliga hos barn och ungdomar. Enligt en levnadsnivåundersökning år 2000 för barn i åldrarna 10–18 år upplever mellan vart sjätte och vart fjärde barn ett lågt psykiskt välbefinnande, beroende på vilken indikator som används. Vart fjärde barn har huvudvärk, vart femte magont och vart tredje sömnsvärigheter minst en gång i veckan. Över 40 procent känner sig stressade minst en gång i veckan och drygt 20 procent flera gånger i veckan. Lågt välbefinnande och psykosomatiska problem är vanligare bland flickor än bland pojkar och också vanligare bland äldre barn (Barns och ungdomars välfärd, 2001).

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder, uppmärksamhetsstör-

ning och impulsivitet/hyperaktivitet) är den oftast identifierade diagnosen för beteendestörningar i barndomen. Cirka tre till fem procent av alla skolbarn bedöms ha någon form av ADHD. Socialstyrelsen har publicerat en kunskapsöversikt om ADHD hos barn och vuxna (Socialstyrelsen, 2002a). I den framgår att ADHD har en betydande inverkan på barnets situation i de flesta miljöer: i hemmet, i skolan och i kamratrelationerna. Många barn med ADHD utvecklar trotsyndrom och uppförandestörning. Uppföljningsstudier visar många gånger en dystyr bild med bristande skol- och yrkesframgång och ofta allvarliga sociala och psykiatriska problem i vuxen ålder.

Mobbning, det vill säga en systematisk och medveten kränkande behandling som ett barn utsätts för av andra barn eller vuxna, påverkar i stor utsträckning utsatta barns psykiska hälsa. Beroende på hur mobbning mäts och definieras visar olika undersökningar att andelen barn som mobbas är mellan tre och tio procent. Yngre barn är mer utsatta än äldre och pojkar mer än flickor, även om det senare kan bero på att undersökningsmetoderna är sämre på att fånga upp mobbning av flickor. Barn som mobbas känner sig ofta otrygga och stressade, de har psykosomatiska besvär, ett lågt psykiskt välbefinnande och är oroliga/bekymrade eller nedstämda/håglösa. Dessa barn tror också mer sällan än andra barn att de kommer att få en bra framtid (Barn och ungdomars välfärd, 2001).

En nationell kartläggning visar att tre procent av eleverna på grundskolan och gymnasiet varit utsatta för mobbning under det senaste året, sex procent att de flera gånger eller ofta har blivit illa behandlade av en eller flera andra elever och fyra procent att de flera gånger eller ofta har blivit illa behandlade av lärare (Skolverket, 2001). 14 procent känner ibland eller nästan alltid obehag eller oro för att gå till skolan och fem procent är ibland eller nästan alltid rädda i skolan. Flickor känner sig mer utsatta än pojkar, medan pojkar oftare uppger att de behandlar andra illa. Det är vanligare att elever med utländsk bakgrund känner sig utsatta för mobbning och andra former av kränkande behandling. Samtidigt anger elever med samma bakgrund i högre grad att de mobbar och kränker andra. Mobbing och kränkande behandling är vanligast i årskurs 8.

Själv mord är den näst vanligaste dödsorsaken bland 15–24-åringar. I lägre åldrar är själv mord sällsynta även om det förekommer. Själv mord är ungefär dubbelt så vanligt bland unga män som bland unga kvinnor, medan självmordsförsök är vanligare bland unga kvinnor (Socialstyrelsen, 1997a och 2001a).

Risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa

Det går sällan att dra enkla slutsatser om vad som ligger bakom att ett barn får psykiska problem. Ett visst symptom kan ha helt olika bakgrund hos olika barn, samtidigt som en likartad bakgrund inte behöver leda till att barn utvecklar samma problem. Man måste se till barnets hela situation för att förstå orsakerna (Det gäller livet, 1998).

Inom folkhälsofältet är det vanligt att man skiljer mellan tre typer av bestämningsfaktorer för ohälsa: specifika sjukdomsframkallande faktorer (så kallad agens), faktorer som är knutna till miljön samt faktorer som är knutna till individen. Barn kan riskera att utveckla psykisk ohälsa av många olika skäl. Barnets medfödda egenskaper har en stor betydelse. Samtidigt kan olika faktorer i miljön påverka barnets utveckling. Under de första åren påverkas barnen främst av föräldrarna och familjen. Under barnets fortsatta uppväxt får också andra miljöer stor betydelse, särskilt förskoleverksamheten, skolan och skolbarnsomsorgen. Barnens individuella egenskaper påverkar samspelet med föräldrar och andra personer i omgivningen och miljöns inverkan kan därför inte ses som oberoende av dessa egenskaper.

Olika risk- och skyddsfaktorer påverkar sannolikheten för psykiska problem. Många forskare har kommit fram till ungefär samma typer av föräldraegenskaper och familjeförhållanden som fungerar som skyddsfaktorer. Familjer där barnen växer upp till stabila och resursrika vuxna karaktäriseras ofta av starkt engagerade föräldrar som visar kärlek och förståelse för sina barn samtidigt som de sätter rimliga gränser för barnet på ett sätt som är konsekvent men inte hårt. Familjerna utmärks av stabilitet och låg konfliktnivå. Det finns också studier som visar på betydelsen av att det finns andra stödjande och engagerade vuxna utanför kärnfamiljen. Det har stor betydelse hur de tidiga relationerna utformas mellan spädbarnet och föräldrarna (Cederblad, 2003).

Åtskilliga undersökningar visar att långvariga psykiska påfrestningar (Campbell, 1995) och upprepade negativa livshändelser i familjen, exempelvis i form av ekonomiska problem, arbetslöshet och familjekonflikter, ökar risken för psykisk ohälsa hos barnet (Goodyer, 1990). En enskild påfrestning, exempelvis en skilsmässa, kan ha mycket begränsade konsekvenser. Det är först när skilsmässan kombineras med andra risker, exempelvis ekonomiska problem eller byte av bostadsort som bestående effekter blir tydliga (Bremberg, 1998).

Om en förälder har problem med till exempel missbruk, är psykiskt sjuk eller har en utvecklingsstörning kan risken öka för psykisk ohälsa hos barnet eftersom det kan innebära att föräldern har svårare att fungera i sin roll som förälder. Även riskfaktorer som hänger samman med

familjens socioekonomiska förhållanden, till exempel dålig ekonomi, låg utbildning, arbetslöshet och att bo i ett område med mycket ungdomskriminalitet, påverkar barnets utveckling. Misshandel, sexuella övergrepp, traumatiska separationer, allvarliga sjukdomar eller olycksfall, mobbning eller ett svagt socialt nätverk är andra exempel på viktiga riskfaktorer. Omvänt fungerar till exempel goda relationer till kamrater och föräldrar och en positiv inställning till skolan som skyddsfaktorer (Det gäller livet, 1998; Hälsa på lika villkor, 1999; Välfärdsbokslut för 1990-talet, 2001).

Mellan en femtedel och en tredjedel av alla patienter inom vuxenpsykiatri är föräldrar till minderåriga barn. Som grupp löper dessa barn större risk för att få egna psykiska störningar eller andra svårigheter. Risken för att bruka våld mot barnen kan också vara förhöjd bland föräldrar med psykisk sjukdom. Under 1987–1990 hade 2,3 procent (34 000) av alla barn minst en förälder med en psykiatrisk diagnos från slutenvård (Socialstyrelsen, 2001a och 2002e). De barnen löpte en nästan fördubblad risk att dö och en tre gånger så hög risk att under den följande fyraårsperioden vårdas för någon psykiatrisk diagnos. Riskerna för dessa barn att få en narkotika- eller alkoholrelaterad diagnos och att begå självmord eller göra självmordsförsök var också högre.

Föräldrars missbruk är det vanligaste skälet till att barn omhändertas enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Alkoholmissbruk anses förekomma i var tionde svensk barnfamilj. En uppföljning av barn till föräldrar som 1987–1990 vårdades för alkoholdiagnos i slutenvård visade att risken för att bli utsatt för våld, att dö eller att få en psykiatrisk diagnos var dubbelt så stor jämfört med andra barn. Risken för att även barnet skulle börja missbruka alkohol och narkotika var tre respektive fyra gånger högre. Av allt att döma finns det ett samband mellan föräldrars alkoholmissbruk och barnmisshandel. Ett barn som misshandlas allvarligt löper stor risk att misshandlas igen (Socialstyrelsen, 2002e).

Om föräldrarna är kriminella ökar det risken för problem hos barnen. Risken att även barnen blir kriminella i vuxen ålder ökar också. Risken förefaller vara särskilt stor om barnet samtidigt har störningar i uppmärksamhet, impuls kontroll och motorik. När det gäller att förebygga framtida brottslighet visar flertalet insatser riktade till yngre barn goda resultat. Däremot är effekterna av insatser för redan kriminellt belastade ungdomar ganska obetydliga (Socialstyrelsen, 2002e).

Det finns också barn som ställer höga krav på föräldrarna. Det gäller till exempel barn med ADHD (Socialstyrelsen, 2002a). Föräldrar till barn med ADHD upplever ofta en hög stressnivå, framför allt om barnet också har ett trotsigt beteende. Det är svårt att få tiden att räcka för de

övriga familjemedlemmarna. Vardagens konflikter föder frustration och skuld känslor hos föräldrarna, vilket kan leda till äktenskapskonflikter och upplevelser av att inte orka med. Det finns i dessa situationer en risk för onda cirklar i samvaron mellan föräldrar och barn. Att uppfostra ett barn med svåra problem kan vara en övermäktig uppgift även för en välfungerande familj. Om man inte förstår hur ett krävande barn kan påverka sin omgivning finns det risk för att man tolkar det som att föräldrarna orsakar de problem man iakttar.

För många barn med ADHD blir problemen särskilt tydliga i skolan. Att inte kunna sitta still, koncentrera sig på uppgifter, acceptera krav, ingå i grupp och inte kunna utveckla kamratrelationer leder till negativa reaktioner från omgivningen. Dessa barn är mer beroende av goda förhållandena i klassrummet än barn i allmänhet. Skolans förändrade arbetssätt kan ha medfört att ADHD idag blivit ett betydligt större handikapp än det var för några tiotal år sedan. Det gäller till exempel kraven på att eleverna ska kunna arbeta självständigt, ta ett stort ansvar för det egna lärandet och kunna arbeta i grupp. Årskursblandade och stora grupper kan innebära mer oro i klassrummet, och minskad lärartäthet minskar möjligheten att få individuellt stöd. För att barn med ADHD inte ska utveckla andra allvarliga problem finns det ett stort behov av att tidigt ge föräldrar och pedagogisk personal kunskap om barnets sätt att fungera, information om förhållningssätt och metoder som underlättar vardagen och råd om hur svåra situationer kan hanteras.

Risikfaktorer för psykisk ohälsa adderas inte bara till varandra, utan växelverkar ofta (Bremberg, 1998). Om ett barn utvecklar beteendeproblem på grund av påfrestningar i familjen, har det inte bara konsekvenser för barnet självt utan gör också föräldrarnas situation svårare. Det kan i sin tur ytterligare förvärra barnets situation. Negativa förhållanden under en period kan ha effekt långt senare. Det avgörande är inte i första hand att identifiera någon enskild riskfaktor och försöka avlägsna den. Inriktningen måste istället vara att sträva efter att minska den totala mängden riskfaktorer och öka tillgången på skyddsfaktorer. Det är när det finns en ansamling av riskfaktorer, samtidigt som skyddsfaktorerna är otillräckliga, som den psykiska hälsan hos barn och ungdomar försämras.

Det är slutligen viktigt att komma ihåg att möjligheterna att förutsäga vilka barn och unga som kan komma att fara illa är begränsade (Lagerberg & Sundelin, 2000). Därför kan det vara svårt att rikta förebyggande insatser så att de når de barn som bäst behöver dem. I många fall kan det av detta skäl finnas en fördel med att ge förebyggande insatser inom ramen för de generella verksamheterna, till exempel barnhälsovården, förskoleverksamheten, skolan och skolbarnsomsorgen, som de allra flesta barn tar del av.

Samhällsinsatser med betydelse för psykisk hälsa

Barn och ungdomar i Sverige tar del av en mängd olika samhällsinsatser under sin uppväxt. Vissa verksamheter är öppna för barn och ungdomar i en viss ålder, oavsett barnets individuella behov, exempelvis förskoleverksamheten, skolan och skolbarnsomsorgen. Sådana insatser kan därför sägas vara generella. Andra samhällsinsatser är selektiva och riktas enbart till barn och ungdomar som på olika sätt far illa eller behöver särskilt stöd, exempelvis barn- och ungdomspsykiatri och insatser inom ramen för socialtjänstens individ- och familjeomsorg. I detta kapitel beskrivs de vanligaste insatserna. Både de generella och de selektiva insatserna kan vara av betydelse för barns och ungdomars psykiska hälsa. I nästa kapitel diskuteras vilket forskningsunderlag som finns om de generella insatsernas effekter på den psykiska hälsan.

Generella insatser

Utbudet av generella insatser för barn och ungdomar i olika åldrar är stort och varierat. Det är inte alla barn som tar del av samtliga dessa verksamheter. Verksamheterna är dock generella i den bemärkelsen att de inte är riktade till vissa grupper av barn som antas ha större risk för att utveckla psykisk ohälsa eller andra problem än andra. Inom ramen för de generella insatserna kan det dock också ges insatser av mer riktad karaktär.

Mödra- och barnhälsovård

Nästan alla barn som föds i Sverige kommer i kontakt med mödra- och barnhälsovården. Det är landstinget som är verksamhetens huvudman och den styrs av hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Målgruppen är barn under skolåldern och deras föräldrar.

Mödra- och barnhälsovården har både medicinska och psykosociala uppgifter. Exempel på det psykosociala arbetet är föräldragrupper, individuellt stöd av barnmorska/sjuksköterska eller förmedling av kontakt med andra yrkesgrupper, till exempel psykologer. Det psykosociala arbetet inom mödra- och barnhälsovården kan dock se mycket olika ut, vilket beror på att man saknar strukturerade och väldokumenterade metoder för att i god tid upptäcka och ingripa vid risk för psykisk ohälsa. Det finns också brister i hur samverkan mellan mödra- och barnhälsovården och socialtjänsten fungerar (Det gäller livet, 1998). Ett arbetssätt

för att tidigt upptäcka och förebygga problem är familjecentraler, där mödra- och barnavårdscentralerna samlokaliseras och samverkar med öppna förskolan och socialtjänsten (Välfärd, vård och omsorg, 2001).

Mödra- och barnhälsovårdens föräldrautbildningar i grupp är en viktig förebyggande psykosocial verksamhet. Föräldrastödet inom mödrahälsovården riktar sig till föräldrar som väntar barn. Grupperna träffas i regel mellan fem och tio gånger. Som teman ingår ofta frågor kring graviditet och förlossning, smärtlindring, kost- och näringsfrågor, amning, risker med tobak och alkohol, första tiden som förälder samt relationen till barnet. Ofta ges också information om föräldraförsäkringen och andra rättigheter. Även frågor om hur det väntade barnet kan komma att påverka familjelivet och parrelationen samt möjligheterna för båda parter att förena ansvaret för hem och barn med förvärvsarbete och studier m.m. brukar tas upp (Stöd i föräldraskapet, 2001).

Föräldrastödet/utbildningen inom barnhälsovården riktar sig till föräldrar som nyligen har fått barn. Syftet är att ge kunskap och information, stärka föräldrarna i deras föräldraroll och ge dem möjlighet till kontakt med andra föräldrar. Gruppen träffas normalt mellan fyra och tio gånger under barnets första levnadsår. Vanliga teman är frågor kring det nyfödda barnet och dess utveckling, amning, kost, risker med tobak, barnets skötsel, olycksrisker i hemmet och sjukdomar hos barnet. Föräldrarnas roll och relationer i den nya familjen kan också diskuteras (Stöd i föräldraskapet, 2001).

I mödrahälsovårdens föräldrautbildning deltar nästan alla förstagångsföräldrar. Av alla blivande föräldrar, det vill säga även de som har fått barn tidigare, deltar knappt hälften. Inom barnhälsovården deltar cirka 70 procent av förstagångsföräldrarna i föräldrautbildningen. Knappt hälften av alla föräldrar som fått barn tidigare deltar i föräldrautbildningen. Papporna har under senare år ökat sitt deltagande i föräldrautbildningarna men det är främst förstagångspappor som deltar. Papporna deltar vanligtvis i mödrahälsovårdens föräldragrupper men mer sällan i barnhälsovårdens. En orsak till det låga deltagandet (knappt tio procent) är att många pappor förvärvsarbetar under barnets första levnadsår och att föräldragrupper i allmänhet hålls på dagtid (Stöd i föräldraskapet, 2001).

Insatser för att främja psykisk hälsa under spädbarnsåren anses kunna ha stor betydelse för att förebygga psykisk ohälsa senare i livet (Hwang & Wickberg, 2001). I verksamheter som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos spädbarn är det nödvändigt att fokusera på hela familjen, det vill säga inte bara barnet utan även föräldrarna och deras relation, och att uppmärksamma både risk- och skyddsfaktorer. Ofta behövs en kombination av generella insatser som når alla, riktade insatser till sårbara

grupper samt individuellt utformad hjälp till barn och föräldrar som löper särskilt stor risk för eller visar tecken på psykisk ohälsa. Det är viktigt att förebyggande psykosociala program är strukturerade och att insatserna dokumenteras. Tvärfackliga specialistresurser, som kan ägna sig åt särskilt utsatta familjer, behövs som komplement till mödra- och barnhälsovårdens basverksamheter och bör samla kompetens från såväl barnpsykiatri och barnhälsovården som socialtjänsten (Det gäller livet, 1998; Hwang och Wickberg, 2001).

Föräldrastöd efter spädbarnstiden

De flesta föräldrar deltar i någon form av föräldrautbildning inom mödra- och barnhälsovården under graviditeten och spädbarnsåret. Även föräldrar med äldre barn kan dock vara i stort behov av stödinsatser i syfte att motverka psykisk ohälsa hos barnen. Något generellt och likartat sådant stöd erbjuds idag inte av samhället, men förekommer ändå genom lokala initiativ. Det är dock inte känt hur stor andel av föräldrarna som får del av någon form av föräldrastöd efter spädbarnstiden.

Statens folkhälsoinstitut har undersökt vilka olika typer av förebyggande föräldrastödsinsatser som erbjuds föräldrar med barn i åldern 1,5–18 år (Andalibi Andersson, Hagekull & Bremberg, 2003). Inventeringen, som inte gör anspråk på att vara heltäckande, omfattar 60 olika insatser som syftar till att främja barns psykiska hälsa. Variationen är stor när det gäller insatsernas former och organisation. Ungefär tre fjärdedelar är gruppverksamheter, övriga består till största delen av individuellt stöd i form av enskilda samtal eller telefonrådgivning. Även föreläsningar och internetrådgivning förekommer. En fjärdedel av gruppverksamheterna är strukturerade. Antalet stödtillfällen varierar, från enstaka kontakter med föräldrarna till grupper som träffas under flera år. Verksamheterna kan vara initierade och drivas av såväl kommuner och landsting som ideella organisationer och företag. Det är vanligt att olika aktörer samverkar. Innehållsmässigt skiljer sig insatserna inte så mycket åt. Olika aspekter av uppfostran, synen på barn och kunskap om deras utveckling, riskfyllda situationer som barn möter samt kommunikation inom familjen är vanliga teman.

I förskoleåldern är insatserna ofta allmänt föräldrastödjande eller inriktade på att förebygga beteendeproblem. Stöd till föräldrar med barn i tonåren handlar oftare om oro för missbruk, nätverksskapande eller relationsutveckling. Insatserna är ofta beroende av enskilda eldsjälar. Brist på resurser upplevs ofta vara ett problem, liksom hur man ska lyckas nå de föräldrar som bäst behöver stöd.

Förskoleverksamhet

De flesta barn i Sverige deltar i någon form av förskoleverksamhet. Hösten 2002 var 80 procent av alla ett- till femåringar inskrivna i förskola eller familjedaghem, 72 procent i förskola och 8 procent i familjedaghem (Skolverket, 2003a). Därutöver deltar ett okänt antal barn och föräldrar i öppen förskola.

Förskoleverksamhetens uppgift är både att stödja och stimulera barns utveckling och lärande och att möjliggöra för föräldrar att förena föräldraskap och förvärvsarbete eller studier. Kommunerna är sedan 1995 skyldiga att erbjuda förskola eller familjedaghem till barn vars föräldrar förvärvsarbetar eller studerar och till barn som har ett eget behov av verksamheten. Under åren 2001–2003 har skyldigheten successivt utvidgats och i dag har även barn till arbetslösa eller föräldralediga rätt till plats. Sedan den 1 januari 2003 har dessutom alla fyra- och femåringar rätt till avgiftsfri förskola motsvarande tre timmar per dag (allmän förskola).

Förskolan har en viktig roll när det gäller att främja en positiv psykisk utveckling hos barn och för att förebygga och fånga upp problem i ett tidigt skede. Barn i behov av särskilt stöd har sedan länge haft rätt till plats i förskola oavsett föräldrarnas sysselsättning. Särskilt stöd kan ges i form av exempelvis minskat antal barn i gruppen, stödpersonal och/eller psykolog- eller specialpedagoghandledning för personalen. Kartläggningar från mitten av 1990-talet visar att andelen barn som bedöms behöva särskilt stöd ligger mellan fem och tio procent, men kan vara betydligt högre i vissa särskilt utsatta storstadsområden. Kommunerna brister ofta i planeringen av insatser för barn i behov av särskilt stöd, samtidigt som besparingar i form av minskad personaltäthet kan slå hårt mot denna grupp (Det gäller livet, 1998).

Förskolan har under 1990-talet varit utsatt för omfattande besparingar med större barngrupper och lägre personaltäthet som följd. Den genomsnittliga gruppstorleken steg från 13,8 barn per grupp 1990 till 17,4 barn 2002. Under samma period sjönk den genomsnittliga personaltätheten från 4,4 barn per årsarbetare till 5,3 (Skolverket, 2003c). Besparingarna har särskilt drabbat barn som är beroende av en generellt god kvalitet i förskolan, till exempel barn i behov av särskilt stöd och invandrar- och flyktingbarn. Situationen för dessa barn har generellt försämrats under 1990-talet (se till exempel Socialstyrelsen, 1996).

Öppen förskola riktar sig till barn som inte är inskrivna i någon förskola samt förälder eller annan vuxen som har ansvar för medföljande barn (Skolverket, 2000a). Den erbjuder barnen en pedagogisk gruppverksamhet samtidigt som föräldrarna ges stöd i föräldrarollen och möjlighet till kontakt och gemenskap i bostadsområdet. Service, råd och

stöd ges ofta i samverkan med andra verksamheter, till exempel mödra- och barnhälsovården och socialtjänsten. Den öppna förskolan kan ses som en del av kommunens uppsökande och förebyggande arbete för barn i behov av särskilt stöd.

Även den öppna förskolan har varit utsatt för besparingar. Mellan 1991 och 2002 lades mer än hälften av de öppna förskolorna ner. År 1991 fanns 1 600 enheter, år 2002 drygt 700. Hösten 2002 saknades öppen förskola helt i 130 kommuner (Skolverket, 2003a). Enligt Skolverkets föräldraenkät 2002 har knappt hälften av alla barn mellan ett och fem år deltagit i öppen förskola, framför allt barn till föräldralediga. Föräldrarna till vart fjärde barn som inte deltagit uppgav att skälet till detta var att det inte funnits någon öppen förskola tillgänglig (Skolverket, kommande rapport). I takt med att förskolan når allt fler barn har behovet av öppna förskolor minskat. Tidigare har till exempel arbetslösa föräldrar och deras barn varit en viktig målgrupp. Det finns dock skäl att tro att minskningen i efterfrågan inte förklarar den nedläggning av öppna förskolor som ägt rum under de senaste åren, utan att många lagts ner av besparingsskäl.

Skolan

Alla barn i skolåldern går i skolan i Sverige. Läsåret 2002/03 gick också 94 procent av samtliga sexåringar i den frivilliga skolformen förskoleklass. Av barnen i åldrarna 7–15 år går 99 procent i den obligatoriska grundskolan; övriga går i särskola (barn med utvecklingsstörning) eller specialskola (vissa barn med syn-, hörsel- eller talskada). 98 procent av de elever som gick ut grundskolan våren 2002 gick i gymnasieskolan samma höst. Ungefär tre fjärdedelar av de elever som börjar i gymnasieskolan fullföljer den och får slutbetyg inom fyra år (Skolverket, 2003a).

Besparingarna under 1990-talet innebar att de totala kostnaderna per elev minskade med fem procent och utgifterna för undervisning med tolv procent mellan 1991 och 1999. Samtidigt minskade lärartätheten från 9,4 till 7,6 heltidsanställda lärare per 100 elever (Välfärdsboksut för 1990-talet, 2001). På senare år har lärartätheten i kommunala skolor ökat något, till 7,9 heltidsanställda lärare per 100 elever. Andelen lärare i grundskolan med pedagogisk utbildning har minskat kraftigt, från 94 procent läsåret 1993/94 till 81 procent år 2002/03 (Skolverket, 2003a). Samtidigt finns det i Sverige en stor andel äldre och erfarna lärare. De stora pensionsavgångar som väntar under de närmaste åren innebär att andelen erfarna lärare med pedagogisk utbildning kan väntas sjunka ännu mer (Gustafsson & Myrberg, 2002).

Barn i behov av särskilt stöd har enligt skollagen rätt att få sådant stöd. Stödets utformning kan dock se mycket olika ut, från några timmar med

extra lärarstöd till undervisning i särskilda klasser på heltid. Ett åtgärdsprogram ska utarbetas av berörd personal i samråd med eleven och vårdnadshavarna. Åtgärdsprogrammen fungerar som uppföljnings- och utvärderingsinstrument och bidrar till att tydliggöra ansvarsfördelningen i arbetet med barnen. En brist som har påtalats är att åtgärdsprogrammen ofta har starkt fokus på individens problem och individinriktade åtgärder för att komma tillrätta med dessa. Mer sällan beskrivs mål och åtgärder på grupp- och organisationsnivå. Ungefär var fjärde elev som får särskilt stöd saknar helt dokumenterad planering (Skolverket, 2003d).

Under 1990-talet har antalet elever i särskolan ökat kraftigt, särskilt i grundsärskolan. Mellan läsåren 1992/93 och 2002/03 ökade antalet elever i den obligatoriska särskolan med 79 procent och i gymnasiesärskolan med 69 procent. Under samma period steg elevantalet i grundskolan med 19 procent och med 4 procent i gymnasieskolan (Skolverket, 2003a).

Samtidigt visar forskningen att mer permanent placering i specialklass snarast har negativa effekter för elever i behov av särskilt stöd på grund av negativa effekter för elevernas självbild och motivation (Gustafsson & Myrberg, 2002). Ökningen av antalet elever i särskolan kan sannolikt till viss del förklaras av nedskärningar och resursbrist i grundskolan. De nya läroplanernas och det nya betygssystemets krav på att alla elever ska nå uppställda mål kan också ha påverkat utvecklingen (Skolverket, 2002).

Skolans elevhälsoarbete

Elevhälsa bör enligt Utredningen om elevvård – skolhälsovård ses som ett eget samlat verksamhetsområde för att främja lärande och hälsa, där skolhälsovård, elevvård och specialpedagogiska insatser ingår. Arbetet bör i stor utsträckning vara förebyggande och hälsofrämjande (Från dubbla spår till elevhälsa, 2000; Prop. 2001/02:14).

Skolhälsovården består av skolläkare och skolsköterska och har enligt skollagen till uppgift att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras fysiska och psykiska hälsa samt verka för sunda levnadsvanor. Skolhälsovården genomför hälsokontroller, har mottagningsverksamhet, ger vaccinationer och deltar i övrigt elevvårdsarbete. Insatserna kan vara generella och till exempel beröra elevernas fysiska, psykiska och sociala arbetsmiljö, men de kan också vara individuellt anpassade (Socialstyrelsen, 2001b).

En stor del av skolhälsovårdens verksamhet består av elevkontakter föranledda av psykiska och sociala problem. Detta förutsätter en väl fungerande samverkan med föräldrar, lärare, övrig elevvård, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Om resurser inom övrig elevvård minskar, ökar kraven på skolhälsovården inom detta område. Det finns tydliga

tecken på att psykiska hälsoproblem ökar. Det är viktigt att så tidigt som möjligt identifiera och ge stöd till elever som är i behov av särskilt stöd. Att känna igen tecken på psykisk ohälsa och elevers behov av stöd innan mer omfattande problem utvecklats är angeläget och en uppgift för all personal i skolan, men skolhälsovården har ett särskilt ansvar (Socialstyrelsen, 2001b).

Övriga delar av elevvården har en mindre tydligt formulerad uppgift. Liksom för skolhälsovården handlar en viktig del om att motverka mobbning, en annan om skolans ansvar för elever i behov av särskilt stöd. Elevvårdspersonal och specialpedagoger ska komplettera och stödja lärare och övrig skolpersonal i deras elevvårdande arbete (Det gäller livet, 1998).

I en granskning av skolhälsovården i nio kommuner av olika storlek i Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län fann Socialstyrelsen, som är tillsynsmyndighet, stora variationer i antalet elever per heltidsanställd skolläkare och skolsköterska. Skolpsykologer och skolkuratorer var för få eller saknades helt inom vissa skolor. Resurserna bedömdes vara otillräckliga. Generellt saknades mål, tydlig ledning, övergripande dokumentation och redovisning av resultat. Kvalitetssystem med bland annat rutiner för avvikelshantering enligt Lex Maria saknades hos merparten av de granskade kommunerna (Socialstyrelsen, 2003a). Liknande resultat framkom även i en granskning av skolhälsovården i tio sydsvenska kommuner år 2000 (Socialstyrelsen, 2002d).

Skolbarnsomsorg

Skolbarnsomsorgens uppgift är att komplettera skolan och erbjuda barn en meningsfull fritid samtidigt som den ska möjliggöra för föräldrarna att förvärvsarbeta eller studera. Kommunen är sedan 1995 enligt Skollagen skyldig att tillhandahålla skolbarnsomsorg i form av fritidshem eller familjedaghem till skolbarn till och med tolv års ålder om föräldrarna förvärvsarbetar eller studerar eller om barnet har eget behov. För barn mellan tio och tolv år får skolbarnsomsorg även bedrivas i form av öppen fritidsverksamhet.

Fritidshemmen har byggts ut kraftigt under den senaste tioårsperioden. År 2002 fanns 350 700 barn inskrivna, jämfört med 98 000 år 1990. Utbyggnaden har dock i stort sett endast omfattat sex- till nioåringarna. Hösten 2002 var närmare tre fjärdedelar av alla sex- till nioåringar inskrivna i fritidshem och ytterligare ett par procent i familjedaghem. Bland tio- till tolvåringarna var knappt tio procent inskrivna i fritidshem medan ytterligare cirka fem procent deltog i öppen fritidsverksamhet. En stor del av tio- till tolvåringarna klarar sig på egen hand efter skolan (Skolverket, 2003a samt kommande rapport).

Skolverkets föräldraenkät har visat att barn med högutbildade föräldrar oftare har skolbarnsomsorg än andra, liksom barn med ensamstående föräldrar och barn i storstäder (Skolverket, kommande rapport).

Fritidshemmen har varit utsatta för mycket stora besparingar under 1990-talet och besparingarna har fortsatt under 2000-talet. Mellan 1990 och 1998 nästan halverades personaltätheten. Denna trend bröts dock 2000. År 2001 fanns det på fritidshemmen i genomsnitt 17,4 inskrivna barn per årsarbetare, vilket är en viss minskning jämfört med året innan (Skolverket, 2003a). I en rapport från Skolverket konstateras att utvecklingen har inneburit att fritidshemmen idag är mer en förvaringsplats än den pedagogiska verksamhet som regering och riksdag har slagit fast att de ska vara. Kvalitetsfrågorna är nära förknippade med resurstilldelningen (Skolverket, 2000c).

Öppen fritidsverksamhet för tio- till tolvåringar kan samordnas och vara samlokaliserad med kommunens övriga fritidsverksamheter för barn och ungdom och även anordnas i samarbete med föreningslivet. Den kan ses som en del av kommunens uppsökande och förebyggande arbete för barn i behov av särskilt stöd (Skolverket, 2000b). Öppen fritidsverksamhet organiseras endast i 27 procent av kommunerna. I många kommuner råder det brist på öppen fritidsverksamhet, trots att det finns en efterfrågan bland föräldrarna (Skolverket, 2003a samt kommande rapport).

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningar arbetar för att förebygga fysisk och psykisk ohälsa och riktar sig till ungdomar i åldern 13 till 20 år, ibland upp till 25 år. Mottagningarnas huvuduppgift är att förebygga könssjukdomar och oönskade graviditeter. I personalgruppen finns alltid barnmorska, läkare och kurator. Det finns drygt 200 ungdomsmottagningar, varav ungefär hälften drivs gemensamt av kommuner och landsting. Verksamheten består av både förebyggande och hälsofrämjande insatser, såsom individuella samtal, undersökning och behandling, gruppverksamhet och utåtriktat arbete.

De flesta ungdomar som kommer till mottagningarna är flickor, som ofta i första hand tar kontakt för att få preventivmedelsrådgivning och liknande, men som också i många fall har psykiska problem. Enligt Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar har cirka tio procent av ungdomarna som kommer till mottagningarna allvarliga psykiska problem (Det gäller livet, 1998). Barnpsykiatrikommittén ansåg att ungdomsmottagningar är viktiga för att fånga upp och stödja ungdomar med psykiska problem och att kommuner och landsting i samverkan bör få i

uppdrag att bygga upp mottagningar där sådana saknas, samt särskilt se till att mottagningarna även tillgodoser pojkars behov. Detta innebär en utvidgning av ungdomsmottagningarnas ursprungliga uppdrag.

Övriga generella insatser

De verksamheter som beskrivits är alla exempel på vanliga generella insatser för barn och ungdomar i Sverige. De generella insatsernas omfattning och bredd är dock ännu större. Ytterligare några verksamheter som är helt eller delvis offentligt finansierade bör nämnas, även om någon mer utförlig beskrivning inte kommer att ges här.

Kommunernas fritidsgårdar för barn över tolv år är en viktig generell insats som många ungdomar tar del av. Kulturella verksamheter, i form av exempelvis musikundervisning, teatergrupper och biblioteksverksamhet, når också i någon form de flesta barn och ungdomar. Idrottsrörelsen har en mycket omfattande barn- och ungdomsverksamhet och får ett betydande ekonomiskt stöd från det allmänna. Även andra ideella organisationer får bidrag för att bedriva verksamheter för barn och ungdomar, vilket kan ha stor betydelse för deras psykiska hälsa och utveckling.

Selektiva insatser

Vid sidan av de generella verksamheterna får vissa barn och ungdomar selektiva insatser som särskilt riktas till dem som bedöms ha behov. Dessa individinriktade insatser ges främst inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg och inom barn- och ungdomspsykiatri. Insatserna både förebygger och behandlar psykisk ohälsa genom verksamhet riktad till barn och ungdomar som på olika sätt far illa eller befinner sig i riskzonen.

Socialtjänstinsatser

Individ- och familjeomsorgen inom socialtjänsten utreder och ger stöd till barn, ungdomar och föräldrar som av olika anledningar far illa. Insatserna kan föranledas av att familjen själv ansöker om stöd eller att en anmälan kommit till socialtjänsten från till exempel skolan eller polisen. De vanligaste skälen för utredning är relationsproblem inom familjen, kriminalitet, missbruk och skolproblem. Öppenvårdsinsatser kan ofta bestå av stöd till familjen (i form av kontaktperson, familjerådslag eller likande), strukturerade öppenvårdsprogram (exempelvis sysselsättning, social träning eller stödboende) och annat stöd, såsom kontakter med barn- och ungdomspsykiatri eller missbrukarvården. Dygnsvård kan bestå av placering i familjehem, barn- eller ungdomshem (i kommunens eller landstingets regi) eller hem för vård och boende (kommunal eller

privat regi). Unga lagöverträdare kan också dömas till slutna vård på Statens institutionsstyrelses ungdomshem.

Antalet anmälningar till socialtjänsten om barnavårdsproblem har ökat under 1990-talet. Det är svårt att dra några säkra slutsatser om detta beror på att problemens omfattning har ökat eller på att anmälningsbenägenheten har blivit större. Oavsett vilket innebär det en ökad belastning på kommunernas sociala barnavård. Det ökade trycket på skolans elevvård och på barn- och ungdomspsykiatri har troligen lett till att barnen och deras föräldrar i allt större utsträckning hänvisas till socialtjänsten. Den kommunala statistiken är mycket ofullständig inom detta område. Kommunernas kostnader för omhändertaganden har ökat under 1990-talet, vilket beror på såväl ett ökat antal institutionsplaceringar som en förskjutning mot dyrare vårdformer. Det kan också vara ett tecken på att satsningen på öppna insatser inom socialtjänsten har varit otillräcklig (Välfärd vid vägskalet, 2000).

Antalet barn (0–17 år) som har kontaktperson/kontaktfamilj någon gång under året har ökat betydligt, från 11 100 barn 1990 (Socialstyrelsen, 2002c) till 19 600 barn år 2001 (Socialstyrelsen, 2002b). År 2001 fick också 15 500 barn behovsprövat personligt stöd och 3 500 gick i strukturerade öppenvårdsprogram (Socialstyrelsen, 2002b). Ett barn kan omfattas av flera olika insatser, vilket innebär att det totala antalet barn som fick något slags insats är okänt. För alla insatser kan man se att familjer med svag ekonomi, invandrarbakgrund, arbetslöshet och ensamstående mödrar är kraftigt överrepresenterade i allmänhet och vid omhändertaganden i synnerhet (Välfärd vid vägskalet, 2000).

Antalet barn som omhändertagits och är placerade i heldygnsvård har ökat från omkring 10 800 barn 1 november 1990 till 11 700 barn 1 november 2001 (Socialstyrelsen, 2002c). Andelen barn som är placerade på institution har ökat från cirka 15 procent till 22 procent, trots att den politiska målsättningen varit att barn i första hand ska placeras i familjehem. De privat drivna institutionerna har blivit dubbelt så många under 1990-talet. Antalet platser i enskild regi har nästan trefaldigats från 1990 till 2001 medan antalet platser i kommunal regi minskat med 50 procent (Socialstyrelsen, 2002e).

Barn- och ungdomspsykiatri

Varje år har cirka 1–2 procent av alla barn och ungdomar kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Totalt under uppväxtåren är det mellan 12–15 procent som någon gång har kontakt. Mellan åren 1993 och 1996 ökade antalet besök inom landstingens barn- och ungdomspsykiatri med 45 procent (Hälsa på lika villkor, 1999).

Barn- och ungdomspsykiatriens arbete med rådgivning och behandling bedrivs till stor del som öppenvård. Det fanns omkring 160 öppenvårdsmottagningar, som uppskattningsvis hade mellan 50 000 och 60 000 ärenden under 1996. De vanligaste orsakerna till besök inom den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården var aggressivitet och utagerande beteende, följt av ångest, oro och depression (Det gäller livet, 1998).

Den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården hade cirka 4 000 inskrivningar 1995. Flest inskrivningar beror på missbruk utan beroende, som dock hade mycket korta vårdtider. Om man ser till totalt antal vård dagar stod diagnosgrupperna utagerande beteende/emotionella störningar, anorexi/ätstörningar och neuros/ångest/fobi för största delen av slutenvården. Även diagnoserna personlighetsstörning, depression och katastrof/krisreaktion stod för ett stort antal vård dagar. För vissa diagnoser berodde omfattningen främst på ett stort antal inskrivningar, till exempel anorexi, för andra på att den genomsnittliga vårdtiden var lång, till exempel personlighetsstörning. Det fanns 35 slutenvårdskliniker 1996 med totalt 382 platser (Det gäller livet, 1998).

Habilitering

Landstingens barn- och ungdomshabilitering tar emot barn och ungdomar med alla typer av funktionshinder. Definitionen av habilitering är att man vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter tidigt förvärvat skada/sjukdom, genom planerade och från flera kompetensområden sammansatta åtgärder, allsidigt främjar utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde. Rehabilitering innebär det motsvarande men tar fasta även på skador och sjukdomar som inträffar senare i livet och syftar till att återvinna funktionsförmågan (Socialstyrelsen, 2003c).

Barn och ungdomar med behov av habilitering och/eller rehabilitering är ett ansvar för landstingen. Enligt en kartläggning som Socialstyrelsen genomförde under 2002 kan verksamheten organisatoriskt vara upplagd på många olika sätt. Tillgången till habilitering/rehabilitering är ojämnt fördelad, både mellan olika landsting och mellan olika grupper av funktionshinder. Grupper som vanligen har tillgång till habilitering/rehabilitering är barn och ungdomar med utvecklingsstörning, rörelsehinder och neurologiska skador och sjukdomar. Barn/ungdomar med brister i tillgång till habilitering är framför allt de med funktionsnedsättningar till följd av ADHD, autismsliknande tillstånd och autism. Samverkan har brister, både internt inom landstingen och externt mellan landstingens olika verksamheter och till exempel skolan (Socialstyrelsen, 2003c).

Att kartlägga antalet barn som får habilitering inom landstingen var inte möjligt då flertalet landsting inte kan ta fram uppgifterna. Inte heller

finns det några uppgifter om hur många barn som finns inom respektive ålders- eller funktionshindergrupp (Socialstyrelsen, 2003c). Barnpsykiatrikommittén bedömde dock att landstingens barn- och ungdomshabilitering har kontakt med uppskattningsvis en till två procent av alla barn och ungdomar och att ungefär en tredjedel av habiliteringens barn och ungdomar beräknas ha behov av barnpsykiatrisk kompetens (Det gäller livet, 1998).

Barn- och ungdomsmedicin

Många barn med psykisk ohälsa kommer också i kontakt med landstingens barn- och ungdomsmedicinska specialister inom öppen vård, det vill säga på vårdcentraler eller särskilda mottagningar, eller på barnmedicinska kliniker. Det är svårt att uppskatta vilken omfattning av de barnmedicinska insatserna som föranleds av psykisk ohälsa.

Behovet av samverkan

De flesta barn med psykisk ohälsa kommer i kontakt med såväl olika generella som selektiva verksamheter. Det faktum att forskningen visar att det är den samlade tillgången på skyddsfaktorer och frånvaron av riskfaktorer i kombination med individens egen motståndskraft som har betydelse för hur barns och ungdomars psykiska hälsa utvecklas innebär också att det ofta behövs insatser av flera olika slag samtidigt från olika instanser. En förutsättning är ett fungerande samarbete mellan olika aktörer (Cederblad, 2003).

Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundets gemensamma Vård- och omsorgsberedning har i två rapporter lyft fram vikten av samarbete kring barn i behov av särskilt stöd och deras familjer (Bryt upp reviren, 2002; Samverkan.nu, 2002). Brist på samverkan mellan olika verksamheter drabbar framför allt barn med komplexa behov. Samverkan behövs inte bara mellan olika huvudmän utan också internt mellan deras olika verksamheter. Samarbete är särskilt viktigt för förebyggande insatser och tidig upptäckt av barn i behov av särskilt stöd. Särskilt viktigt är samarbete mellan föräldrar och förskola/fritidshem/skola, mellan förskola/fritidshem/skola och socialtjänstens individ- och familjeomsorg, mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri och mellan den senare och barn- och ungdomshabiliteringen.

Att samarbete behövs mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri har också konstaterats av Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter som tillsammans med elva av landets länsstyrelser har granskat samverkan kring barn med komplicerade behov på grund av psykosociala problem och psykiska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2004). Granskningen visar att det i många fall finns en samsyn kring behovet av samverkan, men att man har olika förväntningar på varandra. När det gäller faktisk

samverkan vet de flesta hos både socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrien vem man ska kontakta och hur. Det finns dock varierade grad av struktur för samverkan. På några få håll finns en fast struktur som inte begränsats till vissa grupper. Granskningen visar också exempel på total brist på samverkan, liksom mindre strukturerad samverkan. Otillräckliga resurser hos både kommuner och landsting uppges ofta vara ett problem, som kan leda till konflikter om ekonomi och betalningsansvar.

Även Nationella folkhälsokommittén har framhållit att barn som lever i familjer med påfrestningar samt barn och ungdomar med psykiska och sociala problem har behov av insatser från ett flertal olika aktörer – socialtjänst, barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri, barnhabilitering, skolans elevvård inklusive skolhälsovård, ungdomsmottagningar och barnsjukvård. Kommittén konstaterade att samverkan inte sällan är bristfällig (Hälsa på lika villkor, 1999).

Att samverkan är viktigt för de berörda barnen och ungdomarna är de flesta verksamma inom området således överens om. Samarbetet måste dock problematiseras. Hur bör det se ut och kan man förklara varför det inte kommer till stånd i önskvärd omfattning? Kan det finnas några kostnader i samverkan? Klarar de personer som arbetar inom verksamheterna av att både ge direkt stöd till barnen och ungdomarna och att samverka i långsiktiga åtaganden? Räcker tiden till för att också dokumentera samarbetet så att erfarenheterna kan spridas till andra? Det finns många hinder för samarbete, inte minst oklara ansvarsgränser och olika uppfattningar om kostnadsansvar. Samverkan kräver tid, respekt och samförstånd mellan olika yrkesgrupper, stöd från chefer och politiker, struktur och utvärdering. Det behövs både politiska beslut och ett erkännande från alla berörda parter att samverkan är ett område som kräver att man avsätter tid och resurser för att få det att fungera (Bryt upp reviren, 2002; Samverkan.nu, 2002).

I ett forsknings- och utvecklingsprojekt har man lyft fram betydelsen av kommunernas organisation, beslutsformer och resursfördelning för möjligheterna till samverkan (Persson, 2002). Fem skånska kommuners barn- och ungdomsarbete har studerats. Det arbete som präglar samhällets insatser beskrivs som reaktivt snarare än proaktivt och som symptomorienterat snarare än problemorienterat. Insatserna präglas av differentiering mer än av integration och de aktörer som utför arbetet är snarare specialister än generalister. Detta bidrar till brister i samverkan och i organisationens och personalens samspel med varandra, och i förlängningen till dubbelarbete och till att problemen ofta kvarstår.

Den organisatoriska strukturen försvårar gränsöverskridande arbete genom traditionell styrning med ett uppifrån-och-ned-perspektiv, som främst fokuserar den finansiella sidan på kort sikt. Den kommunala

budgeten planeras för ett år i taget och långsiktiga ekonomiska planer förekommer sällan. Samverkan hindras också av att verksamheter inom samma nämnd i budgeten delas upp i olika program, resultatenheter och konton enligt förebild från näringslivet. Dessa strukturer överensstämmer sällan med den organisation av arbetet som behövs för att nå goda resultat. Även om politikerna har ambitioner att planera på längre sikt än mandatperioden försvåras detta av det ekonomiska styrsystemet (Persson, 2002).

Det paradoxala är att samtidigt som samverkan är en förutsättning för ett effektivt resursutnyttjande kan begränsade resurser ofta vara ett avgörande hinder för att samverkan ska komma till stånd. I verksamheter med snäva ekonomiska ramar och växande köer av hjälpbehövande barn och ungdomar upplever personalen ofta att det inte finns tid och pengar över till att samverka och utveckla nya arbetsformer. Samtidigt finns det en tendens att huvudmännen försöker tillskriva varandra ansvaret för problemen för att klara sin egen budget.

Det är i detta läge som risken är störst för kortsiktiga prioriteringar och ett ineffektivt resursutnyttjande. En ond cirkel uppstår lätt, där hjälpbehövande inte får stöd, vilket genererar högre kostnader längre fram och ännu sämre möjligheter att ge tillräckliga insatser. En av de viktigaste förutsättningarna för att kunna bryta detta mönster är att man klargör vilka samhällsekonomiska konsekvenser olika handlingsalternativ får. Det är först då som de ekonomiska argumenten för samverkan och förebyggande insatser framträder tillräckligt tydligt.

Vad har generella insatser för effekt på den psykiska hälsan?

Den samhällsekonomiska analysmodell som presenteras i denna rapport bygger på att såväl kostnader som effekter till följd av olika insatser måste identifieras. Om en insats har positiva effekter på barns psykiska hälsa så kan det i sin tur leda till minskade kostnader för andra verksamheter, som bör ställas mot kostnaden för att genomföra insatsen. En avgörande länk i resonemanget är således att kunna slå fast vilka insatser som har positiv effekt på barns och ungdomars hälsa och hur stora effekterna är.

I detta kapitel diskuteras vad som krävs för att man ska kunna uttala sig om en insats effekter och tillgången på relevant kunskap. Avslutningsvis redogörs för forskningsläget kring ett antal generella insatser. Forskningsresultat finns dock bara för en del av de insatser som barn och ungdomar i Sverige tar del av.

Behovet av att kartlägga orsakssamband

För att ett orsakssamband mellan en insats och förbättrad psykisk hälsa hos de barn som fått del av insatsen ska kunna fastslås, ställs höga krav på ett systematiskt tillvägagångssätt. Det kan alltid finnas flera faktorer än själva insatsen som samtidigt har påverkat barnen som man måste kunna kontrollera. Både insatsen som ska studeras och resultatet, i form av förbättrad psykisk hälsa, måste därför vara väl definierade.

Hur starkt ett samband är mellan en insats och ett utfall i form av förbättrad psykisk hälsa kan beräknas med hjälp av olika statistiska metoder, som dock inte kommer att beskrivas närmare här. Den psykiska hälsan hos barn som har fått del av insatsen och barn i en kontrollgrupp som inte fått del av den jämförs. Med hjälp av statistiska metoder kan man också ta hänsyn till att även andra faktorer än insatsen påverkar barnens psykiska hälsa, till exempel socialgrupp, kön och tidigare psykiska problem, så att insatsens effekt renodlas (Bremberg, 2001).

Hur en undersökning läggs upp har stor betydelse för hur säkra slutsatser som kommer att kunna dras om insatsens effekter. Studier av samband kan vara utformade på olika sätt. Vissa undersökningsmetoder rankas högre än andra, samtidigt som det inte råder full enighet om vilka som egentligen ger de starkaste bevisen för olika samband (Hedin, 2002). Undersökningar med försöks- och kontrollgrupper rankas normalt högt och anses göra det möjligt att dra slutsatser om samband med hög säkerhet. Om fördelningen mellan försöks- och kontrollgrupper har

gjorts slumpmässigt i ett så kallat randomiserat kontrollerat försök anses studien ofta ge särskilt säkra slutsatser. När kontrollgrupp saknas, finns det en risk för att påvisade skillnader tillskrivs insatsen, trots att förklaringen är en annan. Bäst är det i så fall om samma individer kunnat följas över en längre tid, i så kallat kohort- eller longitudinella undersökningar. Tvärsnittsundersökningar anses ge mer osäkra slutledningar.

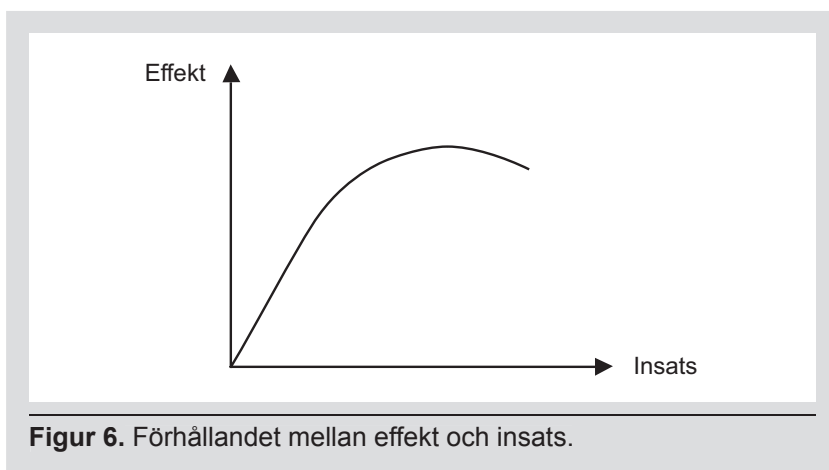
Kan forskningsresultat generaliseras?

Vilken evidensgrad som bör krävas av studier är inte given. En synpunkt som förts fram är att kunskapsunderlag som begränsas till enbart randomiserade kontrollerade studier kan ge en alltför förenklad bild av verkligheten. Frågan uppstår om hur generaliserbar och användbar för praktiken sådan kunskap är, och om den speglar en idealiserad verklighet. Vidare är tidsperspektivet mycket viktigt; hur lång tid efter insatsen kvarstår effekten? Insatser i förskola, skola och fritidsverksamhet kan ofta vara svåra att analysera experimentellt. En kombination av kvantitativ och kvalitativ forskning och av processutvärdering, som visar vad i insatsen som haft effekt och vad som behövs för att insatsen ska kunna upprepas, kan ge bättre resultat (Hedin, 2002).

I alla studier, oavsett hur de är utformade, finns en risk för ”forskningseffekter” på grund av extra engagerad personal. Därför kan det vara svårt att utifrån en studie dra slutsatser om vilka effekter som skulle uppstå om insatsen skulle spridas mer allmänt; normalt måste man anta att dessa är mindre. Det är också ofta lättare att få en studie publicerad om den visar på resultat än om inga effekter påvisats. Det finns därför en risk för att den bild man får av forskningsresultat ger ett felaktigt intryck av att effekterna är större än vad de verkligen är.

Ofta kan den typ av insatser som diskuteras i denna rapport vara relativt svåra att avgränsa från övrig verksamhet. Ett exempel på är särskilda pedagogiska insatser inom förskolan. Det kan vara svårt att skilja insatsen från vad som redan görs inom verksamheten. Därmed blir det också osäkert vilka resultat och kostnader som ska förknippas med insatsen. I viss mån kan man genom en genomtänkt uppläggning av studien komma tillrätta med sådana avgränsningsproblem.

I vilken mån hälsofrämjande och förebyggande insatser har effekt eller inte påverkas av vilka insatser som de berörda barnen och ungdomarna omfattas av i utgångsläget och vilka resurser dessa verksamheter har. I figur 6 illustreras hur sambandet mellan insatser (här mätt i kronor) och effekter (här mätt som minskad psykisk ohälsa) ofta ser ut. Antag att kurvan beskriver förhållandet mellan skolans resurser och psykisk ohälsa bland eleverna. Sambandet kan då tolkas som att hälsoförbättringarna blir stora om insatser sätts in i skolor med små resurser. Ju

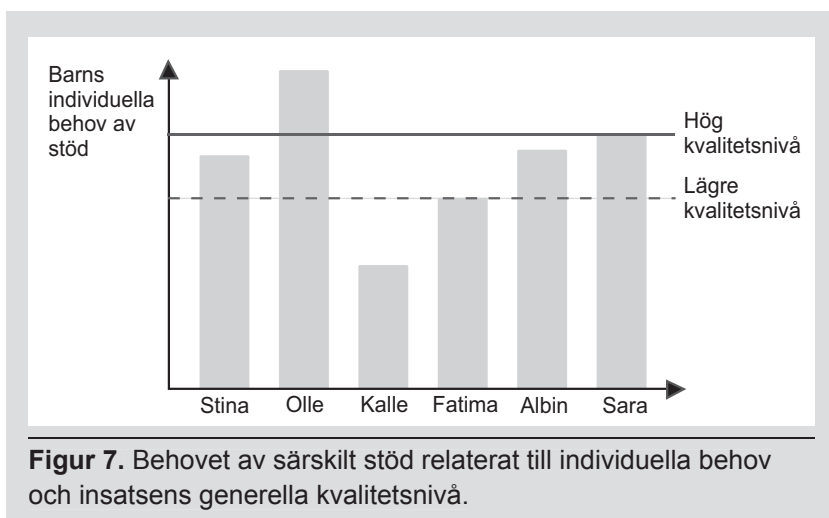


Figur 6. Förhållandet mellan effekt och insats.

större resurser som finns i utgångsläget, desto lägre blir margineffekten av ytterligare insatser. Om barnen redan tar del av mycket omfattande insatser kan resultatet ibland till och med antas bli negativt om ytterligare insatser sätts in.

Samma förhållande är naturligtvis också relevant om det istället för ökade insatser är fråga om att göra en nedskärning. Besparingar inom en verksamhet har mindre betydelse för resultaten om insatserna i utgångsläget ligger på en hög nivå. Om barnen istället endast får del av begränsade insatser kan en nedskärning få mycket negativa följder. Upprepade besparingar kan alltså förväntas få allt allvarigare effekter.

Man kan också beskriva det som att det är verksamhetens kvalitetsnivå som avgör hur många barn som är i behov av särskilda stödinsatser. Alla barn har olika stora behov av stöd. Generella insatser av hög kvalitet kan tillgodose behoven hos de flesta barn, även de som har relativt stora behov. Om kvalitetsnivån däremot sänks kommer de generella insatserna vara otillräckliga för fler barn som istället kommer att behöva särskilt stöd. Detta samband illustreras i figur 7. Figuren är tillämplig för olika generella insatser. Som exempel kan figuren antas föreställa en grupp barn i förskolan. Staplarna visar barnens individuella behov av stöd, som kan vara ett resultat av såväl medfödda egenskaper som familjerelationer, socioekonomiska förhållanden, m.m. Om verksamhetens kvalitetsnivå, definierad i termer av till exempel personaltäthet och personalens kompetens, sänks kommer antalet barn som inte får sina behov tillgodosedda inom ramen för den ordinarie verksamheten att öka från ett till fyra. Dessa fyra barn kommer att behöva särskilda stödinsatser. På motsvarande sätt minskar antalet barn med behov av särskilda stödinsatser om den generella kvalitetsnivån höjs.



Slutsatsen är att det har stor betydelse hur situationen för barnen ser ut innan en insats alternativt en besparing görs. Detta medför att generaliserbarheten i en del forskningsresultat måste ifrågasättas och understryker vikten av att noggrant beskriva under vilka omständigheter en studie är gjord.

Ett betydande problem är också bristen på svensk forskning inom detta område. De allra flesta studier med hög kvalitet är gjorda i USA. Eftersom barns situation i Sverige och USA skiljer sig relativt mycket åt är möjligheten att överföra slutsatser från amerikanska studier till svenska förhållanden begränsade.

Effekter av generella insatser enligt svensk och internationell forskning

I detta avsnitt redovisas forskningsresultat om olika generella insatser effekter på barns och ungdomars psykiska hälsa. En del av de internationella forskningsresultat som refereras har sammanställts till denna rapport av Sven Bremberg på uppdrag av de tre myndigheterna. Resultaten bygger dels på översiktsarbeten, dels på en systematisk litteraturgenomgång. Hur litteratursökningen har gått till beskrivs närmare i bilaga 2.

Föräldrastöd under spädbarnstiden

Det saknas kontrollerade studier av den svenska föräldrautbildningen i form av föräldragrupper inom mödra- och barnhälsovården och det är därför inte vetenskapligt klarlagt i vilken mån utbildningarna förbättrar föräldrarnas kompetens och barnens psykiska hälsa. Ett norskt program

för spädbarnsföräldrar med gruppträffar och enskilda samtal som syftar till att utveckla samspelet mellan föräldrar och barn har dock visat goda resultat i en studie med kontrollgrupp (Hwang & Wickberg, 2001).

I en kunskapsöversikt om förebyggande arbete bland ungdomar beskrivs internationella forskningsresultat som behandlar effekterna av tidiga familjeinterventioner i form av hembesöksprogram för blivande och nyblivna föräldrar. Programmen syftar till att förbereda föräldrarna inför förlossning och föräldraskap, att främja ett bra samspel mellan föräldrar och barn samt att tillhandahålla intellektuellt och socialt stimulerande aktiviteter i hemmet och/eller i förskoleverksamheten. De flesta program har gett bra resultat men de har riktats till familjer som bedöms ha en större risk för problem. Det finns dock även exempel, särskilt från olika europeiska länder, på generella hembesöksprogram som också visat sig vara framgångsrika (Ferrer-Wreder et al, 2004).

Föräldrastöd efter spädbarnstiden

Statens folkhälsoinstitut har inventerat vilka olika typer av förebyggande föräldrastödsinsatser som i Sverige erbjuds föräldrar med barn i åldern 1,5–18 år. Ingen av insatserna har utvärderats vetenskapligt, det vill säga med en metod som gör det möjligt att dra slutsatser om orsaksamband mellan insatsen och resultat. Några insatser baseras dock på program som tagits fram och utvärderats i andra länder. Troligen har många insatser någon form av effekt, men det behövs mer systematiska utvärderingar (Andalibi Andersson, Hagekull & Bremberg, 2003).

Internationella forskningsresultat om föräldrastöd har sammanställts i en kunskapsöversikt av Statens folkhälsoinstitut (Olsson, Hagekull & Bremberg, 2003). Översikten omfattar totalt 63 artiklar, som alla bygger på randomiserade kontrollerade studier och som publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Effekter mäts utifrån en bred definition av psykisk hälsa, inklusive effekter på föräldrarna när de bedöms vara relevanta för barnens psykiska hälsa. I vissa fall har även andra insatser än föräldrastöd getts samtidigt, varför det inte gått att klarlägga vilka effekter som är ett resultat av stödet. Översikten innehåller insatser i grupp, enskilt eller i några fall på distans (till exempel utskick av skriftligt material). De flesta insatser är strukturerade. Insatsernas innehåll handlar ofta om uppfostran, kommunikation, föräldrarnas insyn i vad barnen gör, information, gränssättande eller socialt stöd. Många av de studerade insatserna är riktade till föräldrar med barn som upplevs ha problem, eller till socioekonomiskt missgynnade grupper. Resultaten kan därför inte med säkerhet sägas vara generaliserbara för en bredare målgrupp. Få studier har följts upp efter längre tid än ett år och det är därför svårt att dra slutsatser om insatsernas långvariga effekter.

I 21 av de studerade insatserna är stödet riktat till föräldrar med barn i åldern 18 månader till 5 år. Enligt kunskapsöversikten är det särskilt vanligt att insatserna fokuserar på uppfostran. Samtliga insatser ger önskade utfall på ett eller flera av de använda måtten på barns psykiska hälsa och på bestämningsfaktorer för deras hälsa. Stöd till föräldrar till skolbarn i åldern sex till tolv år har getts i 27 av insatserna i kunskapsöversikten. Även i dessa åldrar handlar föräldrastödet mycket om uppfostran, men även om förbättrad kommunikation mellan föräldrar och barn. I nästan alla uppnås önskade resultat, i flertalet fall dock i kombination med andra slags insatser. När det gäller stöd till föräldrar med barn i tonåren är det sex olika insatser som ingår i översikten, varav alla utom en gett önskade effekter på föräldrarna (ingen av studierna innehåller direkta mått på barnens psykiska hälsa). Insatserna kretsar oftast kring förbättrad kommunikation, ökad föräldrainsyn och gemensam problemlösning i familjen (Olsson, Hagekull & Bremberg, 2003).

I en annan rapport från Statens folkhälsoinstitut (Bremberg, 2001) identifierades fyra studier av en särskild typ av föräldrautbildning (Strayhorn & Weidman, 1991; Tremblay et al, 1995; Webster-Stratton, 1998; Sanders et al, 2000). Den metod som använts för föräldrautbildningen har anknytning till det arbete som Patterson och medarbetare påbörjade under 1970-talet i USA. Föräldrarna får utbildning i sättet att bemöta barn i allmänhet och särskilt att bemöta barns tendenser till utåtriktade psykiska problem. Några av de viktigaste principerna är att utveckla föräldrarnas kompetens, att erkänna och utveckla barnets självständighet, att förutsäga hur barnet kommer att handla, att ge värme och stimulans, att handskas med barnet när det är upprört samt att konstruktivt hantera konflikter (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982). Utbildningen genomförs i grupp, den är strukturerad och konkret och man utgår ofta från videoinspelningar av de deltagande barnen och deras föräldrar. Föräldrautbildningen riktas till alla föräldrar i ett visst område (Graff, 1996 och 1999). Alla fyra studierna har en utformning som ger slutsatserna hög säkerhet och redovisar en i vissa fall kraftig minskning av andelen barn med utåtriktade problem. Som förväntat förefaller effekten avklinga med tiden. I en studie följdes barnen i åtta år. Då kunde fortfarande en mindre effekt påvisas. Alla de redovisade undersökningarna var dock genomförda i familjer som lever under mindre gynnande sociala villkor än vad som genomsnittligt gäller i Sverige och i samhällen som i större utsträckning präglas av segregation.

Personaltäthet i förskolan

Elva studier som behandlar sambandet mellan personaltäthet i förskolan, mätt som antal vuxna per 100 barn, och barns kompetenser och symptom har identifierats (Bremberg, 2001); därav fyra kohortstudier och sju tvärsnittundersökningar (Ruopp et al, 1979; Clark-Stewart & Gruber, 1984; Kontos & Fiene, 1987; Phillips, Scarr & McCartney, 1987; Holloway & Reichhart-Erickson, 1988; Vandell, Henderson & Wilson, 1988; Howes, 1990; Howes, Phillips & Whitebook, 1992; Deater-Deckard, Pinkerton & Scarr, 1996; Broberg et al, 1997; Howes, 1997). I de flesta av kohortstudierna har barnen följts under högst ett år.

Hög personaltäthet visade sig ha gynnsamma effekter i tre av de åtta analyser som rörde utåtriktade psykiska problem och anslutande beteenden, i två av de fyra analyser som rörde inåtvända problem samt i två av de sju analyser som rörde kognitiv utveckling (vissa studier tog upp mer än ett av dessa problemområden). I vissa av studierna var personaltätheten lägre och i vissa högre än vad som är normalt i Sverige. Detta betyder att resultaten av de olika studierna är svåra att jämföra eftersom det rimligen har betydelse om personaltäthetens effekt studeras vid en låg eller hög nivå, se figur 6 på sidan 53. Det gör det också svårt att utifrån dessa studier dra slutsatser om personaltäthetens betydelse i Sverige.

Samtidigt bör frågan om personaltäthetens betydelse i förskolan ses i relation till vilken utbildning och erfarenhet personalen har. I studier som avser skolan har det visat sig att lärarnas kompetens är den mest betydelsefulla faktorn för barnens skolresultat. Det är rimligt att anta att personalens kompetens har betydelse även i förskolan.

Pedagogiska insatser i förskolan

En systematisk forskningsöversikt av Durlak och Wells behandlar olika pedagogiska insatser i förskolan för att utveckla barnens känslomässiga och sociala kompetenser (Bremberg, 2001; Durlak & Wells, 1997). De studier som inkluderats syftade till att förebygga utåtriktade problem och är genomförda som RCT-studier, det vill säga som experiment med kontrollgrupper. I sammanställningen ingår 14 undersökningar som avser barn i åldern två till sju år. I sex av studierna studerades effekter av pedagogik som syftar till att utveckla barnens sociala kompetens. Insatserna utgick i allmänhet från en modell utvecklad av Spivac och Shure som går ut på att utveckla barnens förmåga att identifiera problem i relationen människor emellan, att utveckla olika förslag till lösningar och att ta ställning till fördelar och nackdelar med de olika förslagen (Spivac & Shure, 1974). Spivac och Shure har nått goda resultat. I åtta andra studier var syftet att utveckla barnens förmåga att känna igen och tolka egna och andras känslor och förstå människors beteenden. Vanligen

använde sig lärarna av historier, dockspel, musik och olika övningar. Den genomsnittliga effekten av den här typen av pedagogiska insatser är enligt den systematiska forskningsöversikten mycket stor.

Lärartäthet och klasstorlek

Många studier som avser barn i skolåldern mäter effekter av olika insatser i termer av elevernas skolresultat. Detta kan inte direkt ses som ett mått på barnens psykiska hälsa. Skolprestationer kan dock i viss mån användas som en indikator på psykisk hälsa/ohälsa. Därför har även studier av generella insatsers effekter på barns och ungdomars skolresultat tagits med i sammanställningen.

Det finns förhållandevis mycket forskning kring hur klasstorlek, alternativt lärartäthet, påverkar elevernas skolprestationer. Litteraturen är dock inte samstämmig. Att öka lärartätheten är en förhållandevis kostsam insats eftersom löner utgör en stor del av skolans kostnader.

Fem systematiska forskningsöversikter som undersöker samband mellan klasstorlek, alternativt lärartäthet, och elevernas skolprestationer har identifierats i litteratursökningen till denna rapport (Glass & Smith, 1978; Educational Research Service, 1978; Cooper, 1989; Slavin, 1989; Hanushek, 1995). Vad som definieras som små respektive stora klasser varierar något. Trots att författarna till de systematiska forskningsöversikterna i stor utsträckning utgått från samma studier, varierar deras slutsatser. Tre av dem (Glass & Smith, Cooper och Slavin) konstaterar en förbättring av skolprestationerna till följd av små klasser, men i de övriga två är resultatet att det saknas säkerställd effekt. Samtliga författare påpekar att det finns brister i de analyserade studierna. Det är troligt att skillnaderna i deras slutsatser beror på att de har hanterat dessa brister på olika sätt.

Den systematiska forskningsöversikten av Hanushek kommenteras också i en rapport från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) om lärartätheten i skolan (Krueger & Lindahl, 2002). Hanusheks slutsats är att skolresurser, antingen i form av mindre klasser eller ökade utgifter per elev mer generellt, inte har någon betydande effekt på barnens skolprestationer. Enligt Krueger och Lindahl har dock för stor vikt lagts på studier som visat på negativa effekter av ökade resurser. Det finns i själva verket fler studier som visar på positiva effekter än som visar på motsatsen. Den genomsnittliga studien visar således att mer skolresurser ger bättre elevprestationer.

I litteratursökningen till denna rapport identifierades även fyra experimentella studier från USA med högre tillförlitlighet än de äldre systematiska forskningsöversikterna (McGiverin, Gillman & Tillitski, 1989; Mosteller, 1995; Molnar, 1999; Nye, Hedges & Konstantopoulos, 1999).

I samtliga påvisades bättre skolprestationer för elever som gått i små klasser under sina första tre skolår. Som små avsågs klasser med cirka 13–17 barn och som stora de med cirka 22–25 barn. Uppföljningen gjordes direkt efter de tre åren i liten klass, utom i studien av Nye som följde upp eleverna vid 13 års ålder. Den effekt som uppnåddes under de första åren visade sig då vara bestående.

Krueger och Lindahl har även granskat en av dessa studier, det så kallade STAR-experimentet från delstaten Tennessee i USA (Mosteller, 1995). De finner att den är genomförd på ett vetenskapligt korrekt sätt och att resultaten visar att elever som går i små klasser presterar bättre än elever i normalstora klasser. Denna effekt var särskilt tydlig för elever med minoritets- eller låginkomstbakgrund. Resultaten visade sig också vara långsiktigt bestående om än med viss avtrappning. Det var enligt detta experiment små klasser, snarare än antalet lärare, som hade effekt och slutsatsen är att hjälplärare i stora klasser inte ger samma positiva resultat (Krueger & Lindahl, 2002).

I ESO-rapporten konstateras vidare att det i stort sett saknas nyare svenska studier kring dessa frågor. För att kunna se om de amerikanska resultaten är giltiga för svenska förhållanden har Krueger och Lindahl därför samlat in data som avser ett urval elever i Stockholm. Även Stockholmsstudien visar att mindre klasser har en positiv påverkan på elevernas prestationsnivå (mätt genom prov i matematik) och att den positiva effekten är större för elever med utländska föräldrar (Krueger & Lindahl, 2002).

I en rapport från Studieförbundet Näringsliv och Samhälle görs också en genomgång av den internationella forskningen kring klasstorleken betydelse. Här dras slutsatsen att en rimlig tolkning av forskningen är att mindre klasser har en positiv effekt på studieresultat och att klasstorleken är av särskilt stor betydelse för unga elever och elever med en ofördelaktig familjebakgrund (Björklund et al, 2003).

Även i en kunskapsammansättning av Gustafsson och Myrberg finner författarna stöd i forskningen för slutsatsen att studieprestationerna tenderar att vara bättre i mindre klasser och att klasstorleken främst har betydelse i lägre årskurser och för elever från socioekonomiskt och utbildningsmässigt svagare hemmiljöer. Sambandet mellan mindre klasser och bättre elevresultat kan i viss mån antas bero på att undervisningen har högre kvalitet i mindre klasser. Den främsta förklaringen är dock att elevernas socialisation till skolmiljön och skolarbetets villkor underlättas. Detta kan också förklara varför forskningen främst funnit effekter för yngre barn och varför effekterna tycks bestå även på längre sikt. Gustafsson och Myrberg påpekar dock att en minskning av klasstorleken innebär att fler lärare behöver anställas. Om tillgången på kvalifice-

rade lärare är begränsad kan resultatet bli försämrade snarare än förbättrade resultat eftersom lärarnas kompetens är den faktor som har störst betydelse för elevernas prestationer (Gustafsson & Myrberg, 2002).

Även när det gäller studier av klasstorleken betydelse är det viktigt att vara medveten om att det kan vara betydelsefullt vid vilken nivå som effekterna studeras. Om klasserna är mycket stora från början blir effekten troligen en annan än om de är relativt små, se figur 6 på sidan 53.

Ekonomiska resurser och lärarkompetens i skolan

Enligt Gustafsson och Myrberg kan man av den internationella forskningen dra slutsatsen att det finns ett generellt samband mellan skolans ekonomiska resurser och pedagogiska resultat. Sambandet är dock svagt (Gustafsson & Myrberg, 2002). De ekonomiska resursernas effekt kan antas vara beroende av på vilken resursnivå som effekterna studeras. Om en skola har små resurser från början kan effekten antas vara större än vid ett bättre utgångsläge. Det är därför svårt att dra några allmänna slutsatser.

Lärarnas kompetens är den enskilt mest betydelsefulla faktorn för elevernas resultat. Olika indikatorer på lärarnas kompetens har analyserats och ger samma resultat. Det som kännetecknar en effektiv lärares undervisning är bland annat att den anpassas efter olika elevers behov, att läraren har en bred repertoar av olika undervisningsmetoder, strategier och interaktionsstilar som kan tillämpas för olika elevgrupper samt att läraren kan presentera informationen klart och entusiastiskt på ett sätt som får eleverna motiverade (Gustafsson & Myrberg, 2002). Även Björklund et al konstaterar att lärarna har betydelse för elevernas resultat, men att det inte är lärarnas formella utbildningsnivå och erfarenhet som ger störst utslag. Däremot tycks lärare som fått bra resultat på olika ämnes- och pedagogiska prov ha mer framgångsrika elever. Det finns för lite forskning om vilken typ av lärarutbildning som fungerar (Björklund et al, 2003).

Samtidigt som övriga resurser minskat har investeringarna i datorutrustning och IT varit omfattande i svenska skolor. Det saknas dock internationella forskningsresultat som tyder på att användandet av datorer förbättrar elevernas resultat. Inte heller har några betydande svenska utvärderingar genomförts (Björklund et al, 2003).

Skolans storlek

Sambandet mellan skolans storlek och elevernas prestationer har analyserats i 16 studier, varav två kunskapsöversikter, som identifierats i litteratursökningen till denna rapport. I fem av originalstudierna påvisades bättre skolprestationer om skolans elevantal översteg 500 elever (Ste-

vension, 1996; Lee & Smith, 1997; Bracey, 1998; Al-Soliman, 1999; Gardner, Ritblatt & Beatty, 2000), i fem andra påvisades inga skillnader (Melnick et al, 1987; Edington & Martellaro, 1990; Ramirez, 1990; Luyten, 1994; Lamdin, 1995). Sämre resultat påvisades i fyra studier (Miller et al, 1986; Rogers, 1987; Thompson, 1994; Walberg, 1994). I de två kunskapsöversikterna dras slutsatsen att det inte finns några säkerställda samband mellan skolans storlek och elevernas prestationer (Green & Stevens, 1988; Smith & DeYoung, 1988). Ingen av studierna var experimentell, vilket innebär att slutsatserna har måttlig eller låg säkerhet.

Pedagogiska insatser i skolan

Durlak och Wells systematiska forskningsöversikt om pedagogiska insatser (som refererats i avsnittet om förskolan) omfattar även studier av barn i skolåldern (Durlak & Wells, 1997). Studierna har hög eller mycket hög säkerhet. Resultaten för barn i sju- till elvaårsåldern liknar förskolestudierna och tyder på att pedagogik som syftar till att utveckla barnens förmåga att känna igen och tolka känslor också i skolåldern har betydande effekter.

Elevinflytande

Endast en studie av betydelsen av elevinflytande identifierades i litteratursökningen till denna rapport (Richter & Tjosvold, 2000). I denna experimentella amerikanska studie påvisades betydande effekter på inlärning för elever i årskurserna 3–6, dock efter en kort uppföljningstid, fem veckor. Författarna konstaterar att mycket få studier publicerats inom området. Det är anmärkningsvärt med tanke på den omfattande diskussion som förts både i Sverige och internationellt kring betydelsen av elevinflytande och demokrati i skolan.

Framgångsrika skolor

Det finns omfattande forskning kring så kallade ”framgångsrika skolor” (effective schools) (MacBeath & Mortimore, 2001). Begreppet utgår från studier av karaktäristika för skolor, där barnen har goda prestationer, även då de kommer från socialt mindre gynnade familjer. En tidig undersökning genomfördes i Londons East End under 1970-talet (Rutter et al, 1979). Författarna fann att eleverna klarade sig bättre, både när det gäller skolprestationer och med avseende på social anpassning, i skolor som karaktäriserades av ett starkt pedagogiskt ledarskap från skolledare, höga förväntningar på eleverna, betoning på basfärdigheter och ofta återkommande bedömningar av eleverna.

Den dominerade ansatsen har varit att jämföra elevprestationer, olika skolor emellan, sedan man tagit hänsyn till elevernas sociala bakgrund

och deras tidigare skolprestationer (Sammons et al, 1995). Med denna metod får man fram hur stor del av variationen mellan eleverna som kan tillskrivas skolan. De två sammanställningar av den tillgängliga litteraturen som identifierats i litteratursökningen till denna rapport tyder på att cirka tio procent av elevprestationerna kan förklaras av i vilken skola eleverna gått (Teddie, Reynolds & Sammons, 1997; MacBeath & Mortimore, 2001). De ingående studierna är gjorda från 1970-talet och framåt, till största delen i USA. De har måttlig eller låg säkerhet.

Ett problem med denna ansats är att författarna relativt sällan direkt analyserar vilka faktorer i skolan det är som kan förklara varför det går bra för eleverna. Denna fråga har man istället närmast sig i kvalitativa studier där man försöker karaktärisera de framgångsrika skolorna. I metaanalyser av sådana studier framkommer bland annat följande faktorer som betydelsefulla: rektorns pedagogiska ledarskap, höga förväntningar på eleverna och ofta förekommande feedback från lärarna på elevernas prestationer (Sammons, Mortimore & Thomas, 1996; Reynolds & Teddie, 1997). Enstaka studier har presenterats där man analyserat betydelsen av enskilda skolfaktorer. I litteratursökningen till denna rapport hittades endast en undersökning som medger slutsatser med måttlig säkerhet (en kohortstudie) (Zigarelli, 1996). Studien genomfördes bland 7 407 elever i årskurserna 8–12 i 1 100 olika skolor i USA. Rektorns uppfattning om skolans prestationsorientering, rektorns möjlighet att påverka anställning av lärare samt lärarnas uppfattning om skolans ”anda” var alla faktorer som visade statistiskt säkerställda samband med elevernas prestationer.

Insatser mot mobbing

I en kunskapsöversikt om förebyggande arbete bland ungdomar beskrivs internationella forskningsresultat rörande effekterna av förebyggande skolprogram som fokuserar på mobbing. Välkontrollerade utvärderingar visar i allmänhet att mobbningsprogram för hela skolan effektivt minskar mobbningen och förbättrar inlärnings- och kamratmiljöer i de lägre årskurserna. Resultaten är dock mer blandade när det gäller program för ungdomar som är i mitten och slutet av tonåren. Framgångsrika program innehåller ofta förtydliganden av skolans regler och aktiva försök att ändra normer kring våld i skolan. Såväl elever, föräldrar, lärare och administrativ personal involveras och man strävar efter att öka medvetenheten om mobbing (Ferrer-Wreder et al, 2004).

I en svensk nationell kartläggning av hur eleverna upplever den sociala miljön i grundskolan och gymnasiet har överensstämmelsen mellan olika skolfaktorer och elevernas upplevelser av mobbing undersökts (Skolverket, 2001). Undersökningen är en tvärsnittsundersökning utan

kontrollgrupper och det är därför svårt att dra några slutsatser om vad som orsakar och påverkar förekomsten av mobbning.

Kartläggningen visar att det inte finns något samband mellan hur stora undervisningsgrupperna är och elevernas upplevelser av att det förekommer kränkande handlingar. Skolans storlek tycks ha en viss betydelse, då det är vanligare att pojkar upplever etniska kränkningar i stora skolor och fler elever trivs med sin klass och sina lärare i mindre skolor. Elever som går i skolor med en heterogen elevsammansättning (till exempel med åldersblandade grupper eller hög andel elever med utländsk bakgrund) upplever i något mindre grad trivsel och i något högre grad att det förekommer kränkande handlingar. Av kartläggningen framgår också att fler elever upplever trivsel och färre att det förekommer kränkande handlingar på skolor där personalen arbetar i lag. Detta antas ha betydelse för möjligheten att skapa goda relationer och ett gott socialt klimat i skolan. Vuxna rastvakter och kamratstödjare har ett samband med att fler elever trivs. På skolor där vuxentätheten är större upplever fler elever trivsel och kränkningarna är färre, särskilt gäller det sexuella och etniska trakasserier.

Så gott som alla skolor i undersökningen har handlingsplaner mot mobbning som normalt innehåller både förebyggande och åtgärdsinriktade moment. Skolor med ett utvecklat förebyggande arbete har också generellt färre kränkningar. Det finns dock undantag. I vissa skolor med ett utvecklat arbetssätt är kränkningarna fler. Detta kan bero på att dessa skolor har ett problematiskt utgångsläge och därför initierat ett omfattande arbete mot kränkningar som ännu inte gett resultat fullt ut. Det kan också bero på att arbetet har bidragit till att eleverna bättre känner till problemen och/eller vågar berätta om sin situation.

Fritidsverksamhet

Fem amerikanska studier av fritidsverksamhet med hög eller måttligt hög säkerhet identifierades i litteratursökningen till denna rapport (Hahn, Leavitt & Aaron, 1994; Local Collaboration for Children and Youth, 1997; Pettit et al 1997 och 1999; Posner & Vandell, 1999). I studierna jämförs barn som fått delta i en strukturerad fritidsverksamhet med barn som fått klara sig själva efter skolan, dock saknas närmare uppgifter om fritidsverksamheternas innehåll. I tre av de fyra undersökningar som studerat utåtriktade problem påvisades en viss minskning av andelen med problem och i en studie en liten ökning. Effekterna av fritidsverksamhet förefaller vara större för barn som är yngre än nio år än för äldre barn. I samtliga av de fyra undersökningar som mätt skolprestationer konstaterades en minskad andel barn med låga skolprestationer.

Även nio tvärsnittsundersökningar som påträffades genom litteratur-

sökningen granskades (Berman et al, 1992; Cutler, Smith & Kilmon, 1995; Howie, 1996; Marshall et al, 1997; Mulhall, Stone & Stone, 1996; Pierce, Hamm & Vandell, 1999; Posner & Vandell, 1994; Vandell & Corasaniti, 1988; Vandell & Ramanan, 1991). Effekter av fritidsverksamhet på utåtriktade problem och angränsande beteenden påvisades i tre av sex studier som redovisat sådana resultat, effekter på inåtvända problem påvisades i en av sex studier och effekter på skolprestationer i två av sex studier. I en studie tycks andelen med utåtriktade problem och låga skolprestationer istället vara högre bland barn som deltar i fritidsverksamhet.

De refererade forskningsresultaten ger en bild av att fritidsverksamhet, särskilt för lite äldre skolbarn, har en relativt osäker och möjligen begränsad inverkan på förekomsten av psykisk ohälsa. Utifrån dessa studier är det dock svårt att dra några slutsatser om den svenska skolbarnsomsorgen.

En kort sammanfattning av litteraturgenomgången

Av genomgången framgår att det finns ett visst forskningsstöd för att exempelvis föräldrastöd, personal- och lärartäthet i förskolan och skolan, särskilda pedagogiska insatser samt lärarnas kompetens har betydelse för barns och ungdomars skolprestationer och psykiska hälsa. Det bör understrykas att detta inte innebär att man säkert vet att övriga insatser saknar effekt.

Det saknas i stor utsträckning svensk forskning om effekter av de generella verksamheterna för barn och ungdomar. Detta utgör ett problem eftersom det är svårt att direkt översätta resultat från internationella experimentella studier och dra slutsatser om vilken effekt insatsen skulle ha om den användes i Sverige.

Relativt få studier mäter generella insatsers effekter på barns psykiska hälsa direkt. Istället används ofta skolprestationer som ett effektmått. Även Nationella folkhälsokommittén har konstaterat att hälsoeffekter på barn och ungdomar av personaltäthet, personalkompetens och olika organisationsformer inom förskola och skola endast i begränsad omfattning har varit föremål för systematiska studier. Sådana undersökningar är viktiga för att ge vägledning vid beslut om hur befintliga resurser bäst kan användas för att främja barns och ungdomars hälsa (Hälsa på lika villkor, 1999). En anledning till att det inte har forskats så mycket om barns psykiska hälsa är att det har saknats bra mätinstrument. Där har det dock skett en utveckling på senare år som öppnar nya möjligheter.

En samhällsekonomisk analys

Insatser för att motverka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar tar resurser i anspråk som skulle kunna användas till annat. Samtidigt kan insatser som förbättrar barns och ungdomars psykiska hälsa leda till att behovet av särskilda stödinsatser minskar. Inför ett beslut om en insats ska genomföras eller inte är det därför viktigt att beräkna vilka kostnader och besparingar som insatsen medför för olika aktörer. Därigenom kan man få en bild av om insatsen leder till ett positivt ekonomiskt resultat för samhället som helhet.

En samhällsekonomisk analys visar hur samhällets resurser kan användas effektivt. Den ger ett underlag för prioritering av tillgängliga resurser för att få så stora positiva effekter som möjligt för pengarna. Analysen visar också vilka kostnader och intäkter som uppstår för olika aktörer till följd av olika insatser. Det är viktigt att ta hänsyn till att kostnader och positiva effekter inte alltid uppstår samtidigt. Många gånger måste beslutsfattare vara beredda att satsa långsiktigt om de mest kostnadseffektiva insatserna ska kunna väljas.

I detta kapitel ges exempel på beräkningar av såväl kostnader för tidiga generella insatser som den psykiska ohälsans samhällskostnader och hur dessa kan ställas mot varandra. Exempel ges också på hur en insats fördelningseffekter kan analyseras, det vill säga hur resultaten för de olika aktörerna kan beskrivas och jämföras. Det bör understrykas att beräkningarna ska ses som räkneexempel och inte som kompletta samhällsekonomiska analyser. De bör ändå kunna tjäna som illustration av ett sätt att tänka kring långsiktiga prioriteringar och också ge en uppfattning om beloppens storleksordning.

Kostnader för olika generella insatser

Beräkning av kostnaderna för en insats

Kostnader för en insats kan beräknas på olika sätt. I detta avsnitt redovisas ett sätt som är ganska vanligt då man vill skapa sig en översiktlig bild av vad en insats kan kosta. För att illustrera tillvägagångssättet används kostnaderna för att driva en ungdomsmottagning som exempel. De siffror som används bygger på uppgifter från en verklig ungdomsmottagning.

Man börjar med att definiera vilken kompetens och personal som kan behövas för att bedriva verksamheten, exempelvis barnmorskor, kuratorer, specialiststöd inom gynekologi, allmänmedicin och ungdomspsy-

kiatri samt administrativt stöd. Därefter gör man med utgångspunkt i detta en bemanningstablå eller skapar den arbetsgrupp som behövs. Detta är den vänstra kolumnen i tabell 2.

Med detta som grund tar man reda på rimliga månadslöner, lägger på det lönekostnadspåslag (LKP) som är förknippat med olika former av sociala avgifter, multiplicerar detta med tolv för att få årslönekostnaden och därefter med antalet helårstjänster för att få totalkostnaden för just denna funktion. Här används det lönekostnadspåslag på 41,92 procent som enligt Svenska Kommunförbundet gäller för kommuner och lands-ting under 2003. När kostnaderna för olika personalkategorier sedan summeras får man den totala lönekostnaden för verksamheten, i exem-plet nedan cirka tre miljoner kronor.

Utöver lönekostnader finns även kostnader för lokaler, utrustning, förbrukningsmaterial, telefoner, datorer, fortbildning, handledning, resor, m.m. Dessa kostnader kan beräknas på två sätt. Då man står inför att i en viss given miljö inleda en verksamhet försöker man naturligtvis i detalj budgetera kostnaderna för varje sådan delpost. På det mer allmänna plan som är relevant här är det emellertid inte nödvändigt. Det kan räcka med att veta att för praktiskt taget all verksamhet av det slag som be-handlas i denna rapport uppgår lönekostnaden till mellan 75 och 85 procent av den totala kostnaden. I detta exempel har därför ett schablon-påslag gjorts på 25 procent för att täcka dessa så kallade overheadkost-nader (739 971 kr). Totalkostnaden blir då cirka 3,7 miljoner kronor.

Vad kostar då ett besök på denna ungdomsmottagning? För att få veta detta delas totalkostnaden med antalet tänkbara besök under ett år – i detta fall 6 000. Man kommer då fram till att styckpriset per besök uppgår till cirka 600 kronor.

Tabell 2. Beräkning av kostnader för en ungdomsmottagning.

Personal	Antal	Månads- lön	Lön inkl LKP	Årslöne- kostnad	Total årslöne- kostnad
Barnmorska	3,0	29 000	41 157	493 882	1 481 645
Kurator	2,0	29 500	41 866	502 397	1 004 794
Receptionist	0,5	22 000	31 222	374 669	187 334
Gynekologkonsult	0,2	42 000	59 606	715 277	143 055
Läkarkonsult	0,2	42 000	59 606	715 277	143 055
Summa lönekostnad					2 959 884
Overheadkostnad					739 971
Total kostnad					3 699 854
Antal klienter					6 000
Kostnad per klient					617

En insats leder ofta till kostnader för fler aktörer och huvudmän. Detta är naturligtvis fallet i samverkansprojekt. Kostnader för andra kan emellertid uppstå även när det inte finns något uttalat samarbete. Ett exempel är när insatser inom den kommunala förskolan leder till att fler barn med psykiska problem fångas upp och slussas vidare till landstingens barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter. I sådana fall kan det vara viktigt att även beräkna dessa sekundära aktörers kostnader för insatsen och lägga dessa till totalkostnaden.

Det kan ibland också vara relevant att räkna med kostnader för de personer som berörs av insatsen, till exempel föräldrars reskostnader för att kunna delta i en föräldragrupp, förlorad arbetsinkomst om deltagandet sker på arbetstid eller värdet av förlorad fritid. Det har emellertid inte gjorts här.

Exempel på kostnader för tidiga generella insatser

I detta avsnitt ges enkla exempel på hur kostnaderna kan beräknas för några av de insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar som har beskrivits i tidigare kapitel.

Föräldrautbildning i grupp

De flesta föräldrar deltar i någon form av föräldrautbildning under graviditeten och under barnets första levnadsår inom ramen för mödra- och barnhälsovårdens föräldrastödjande verksamheter. Föräldrastöd i grupp förekommer också till föräldrar med äldre barn. Kostnadsberäkningen här är ett exempel på vad en generell insats i form av gruppträffar för föräldrar med lite äldre barn under ledning av en förskollärare kan kosta. På motsvarande sätt kan även kostnaden för barnmorske- eller distriktssköterskeledda grupper för blivande föräldrar eller föräldrar med spädbarn beräknas.

Den främsta kostnaden är gruppledarens arbetstid. Kostnaden för en arbetstimme som en förskollärare utför beräknas till 192 kronor om man antar att månadslönen är 18 000 kronor, arbetsåret 1 600 timmar och lönekostnadspåslaget 41,92 procent. Den arbetstid som går åt per barn och förälder kan skattas till $6 \times 0,75 \times 12 / 8 = 6,75$ timmar om man antar att en förälder per barn deltar 2×45 minuter vid 12 tillfällen i grupper om 8 deltagare och att varje tillfälle kräver 6×45 minuters total arbetstid för förskolläraren inklusive förberedelser. Kostnaden per barn blir då $6,75 \times 192 = 1\,296$ kr. Kostnader för utbildning och handledning samt övriga overheadkostnader såsom lokal och material tillkommer, cirka 25 procent av bruttolönekostnaden. Den totala kostnaden för insatsen kan därför skattats till ungefär 1 600 kronor per barn.

Öppen förskola

På motsvarande sätt kan kostnaden för att driva en öppen förskola beräknas. Utgångspunkten är här en öppen förskola med två anställda förskollärare som under ett år i genomsnitt har 50 barn som mer eller mindre regelbundet besöker den med sina föräldrar. Om förskollärarna tjänar 18 000 kronor i månaden, lönekostnadspåslaget är det samma som tidigare och overheadkostnaden 20 procent blir årskostnaden för att bedriva verksamheten cirka 736 000 kronor totalt eller ungefär 14 700 kronor per barn.

Ökad personaltäthet i förskoleverksamhet

En annan insats som beskrivits tidigare är att öka personaltätheten i förskolan. Här handlar det mer om att beräkna merkostnaden i förhållande till ordinarie förhållanden än att beräkna de totala kostnaderna för verksamheten eftersom de flesta barn i Sverige tar del av förskoleverksamheten.

Utgångspunkten här är att en avdelning för barn i åldrarna tre till sex år har en grundpersonaltäthet på 2,5 tjänst per 18 barn = 7,2 barn per vuxen, vilket får anses vara en vanlig nivå. Årskostnaden för verksamheten är 91 000 kronor per barn (uppgift från Skolverket). Sedan ökas personaltätheten till 3 alternativt 3,5 tjänster i gruppen med 18 barn vilket innebär att antalet barn per vuxen sjunker till 6 respektive 5,1 barn per vuxen.

Kostnaderna för personalförtäningen kan beräknas genom en enkel proportionalitetsuppräkning utifrån ett antagande om att 80 procent av kostnaderna inom förskolan är personalkostnader. Ett förenklande antagande görs att övriga kostnader (för lokaler, mat, material etc.) inte påverkas utan kan anses vara en fast kostnad per barn som uppgår till 18 200 kronor.

För att göra det lite enklare beräknas först vad personalkostnaden skulle bli om det bara fanns en tjänst (genom att ta $0,80 \times 91\,000 / 2,5 = 29\,120$ kr). Denna kostnad används sedan för att beräkna personalkostnaden vid 3 respektive 3,5 tjänster. Totalt ökar kostnaden med ungefär 14 600 kronor per barn om personaltätheten ökas från 2,5 till 3 tjänster i en grupp med 18 barn. Motsvarande kostnadsökning blir cirka 29 100 kronor vid en personaltäthet på 3,5 tjänster, se tabell 3.

Tabell 3. Kostnad för att öka personaltätheten i förskolan.

	1 tjänst	2,5 tjänster	3 tjänster	3,5 tjänster
Årskostnad per barn	47 320	91 000	105 560	120 120
Övriga kostnader per barn	18 200	18 200	18 200	18 200
Personalkostnad per barn	29 120	72 800	87 360	101 920
Kostnadsökning per barn			14 560	29 120

Minskad klasstorlek i grundskolan

Ökad personaltäthet eller minskad gruppstorlek är en insats som visat sig ha betydelse även för barn i skolåldern. Idag kostar grundskolan cirka 62 800 kronor per elev och år (Skolverket 2003b). Om ett antagande görs att en grundskoleklass normalt består av 30 elever blir kostnaden för hela klassen totalt 1 884 000 kronor per år. Om klasstorleken minskas blir den främsta ekonomiska effekten att samma kostnad för lokaler och personal ska delas på färre barn. Minskas klasstorleken med en elev kommer kostnaderna per elev att öka med ungefär 2 200 kronor per elev och år. Om klassen istället minskas till 25 elever ökar kostnaden med 12 600 kronor per elev och år.

Kurator i skolan

Att ha tillgång till kurator i skolan kan antas ha betydelse för elevernas psykiska hälsa. En skolkurator kan idag beräknas ha möjlighet att arbeta med ett elevunderlag på cirka 1 000 skolbarn. Om kuratorn har en månadslön på 26 000 kronor, lönekostnadspåslaget är 41,92 procent och overheadpåslaget 15 procent ger det en total kostnad på 509 000 kronor eller cirka 500 kronor per elev och år.

Speciallärare i skolan

En speciallärare som arbetar två timmar per vecka med varje barn kan ge stöd till ungefär 15 barn under ett läsår. Om specialläraren tjänar 27 000 kronor i månaden, lönekostnadspåslaget är samma som ovan och overheadkostnaden 20 procent blir den totala årskostnaden cirka 552 000 kronor, det vill säga ungefär 36 800 kronor per barn.

Minskad gruppstorlek på fritidshem

Kostnaden för ett barn på fritidshem är cirka 30 000 kronor per år (Skolverket 2003b). Anta att man av kvalitetsskäl vill minska barngruppens storlek från 18 till 15 barn med bibehållen vuxennärvaro, vad blir då de ekonomiska konsekvenserna? Med motsvarande enkla beräkningssätt som i exemplet med minskad klasstorlek i grundskolan antas att samma kostnad som tidigare ska delas på färre barn. Kostnadsökningen blir då 6 000 kronor per barn och år.

Öppen fritidsverksamhet

Öppen fritidsverksamhet är ett alternativ till inskriven fritidsverksamhet i till exempel fritidshem som kommunerna kan erbjuda barn i åldrarna 10–12 år. Eftersom relativt få barn i denna åldersgrupp tar del av skolbarnsomsorgen kan öppen fritidsverksamhet också ses som ett alternativ till att barnen får klara sig själva efter skolan.

Kostnaden för öppen fritidsverksamhet kan utifrån ett antagande om att personalstyrkan består av två fritidsassistenter som har hand om en öppen barngrupp med i genomsnitt 40 barn beräknas på samma enkla sätt som i övriga exempel. Månadslönen antas vara 18 000 kronor, löne-kostnadspåslaget samma som ovan och overheadkostnaden 25 procent. Den totala årskostnaden för att driva verksamheten blir då ungefär 766 000 kronor, det vill säga cirka 19 200 kronor per barn.

En jämförelse mellan kostnader för olika generella insatser

I tabell 4 sammanfattas de beräkningar som här redovisats av kostnader för olika generella insatser.

Av tabell 4 framgår tydligt att kostnaderna varierar rätt mycket. Samtidigt bör man beakta att det är kostnaderna per år som redovisas. Vissa insatser, till exempel minskad klasstorlek i grundskolan, kanske behöver pågå i mer än ett år för att kunna antas ha någon påverkan på barnens psykiska hälsa. Andra insatser kanske kan vara mer begränsade i tid, till exempel stöd från speciallärare eller föräldrautbildning i grupp. Detta påverkar självfallet den totala kostnadsbilden, men är inte något som har beaktats i de exempel på kostnadsberäkningar som redovisats här.

Tabell 4. Uppskattning av kostnader för olika generella insatser.

Insats	Kostnad per barn, kr/år
Föräldrautbildning i grupp	1 600
Öppen förskola	14 700
Ökad personaltäthet i förskoleverksamhet	29 100
Minskad klasstorlek i grundskolan	12 600
Kurator i skolan	500
Speciallärare i skolan	36 800
Minskad gruppstorlek på fritidshem	6 000
Öppen fritidsverksamhet	19 200
Ungdomsmottagning*	600

*För ungdomsmottagning redovisas kostnaden per besök.

Kostnader för psykisk ohälsa under barndomen och tonåren

Litteraturgenomgången i föregående kapitel ger visst belägg för att en del tidiga generella insatser kan förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. På många områden skulle det behövas mer kunskap. Det är dock rimligt att anta att kostnaderna för vård och omsorg om personer med psykisk ohälsa i viss utsträckning minskar om man genom generella insatser kan förebygga problem, även om det kan vara svårt att beräkna hur mycket.

Samhällets kostnader för selektiva insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa ger en bild av hur kostnaderna kan påverkas på relativt kort sikt om insatser inom de generella verksamheterna leder till bättre psykisk hälsa. I detta avsnitt redogörs därför för kostnaderna för några av de vanligaste selektiva insatserna för barn och ungdomar.

Kostnader per dygn eller besök för olika selektiva insatser

Kostnaderna för socialtjänstens insatser för barn och ungdomar var för institutionsvård nästan 3 000 kronor per vårddygn och för familjehemsplacering knappt 700 kronor per vårddygn år 2001. Kostnaderna inkluderar även socialtjänstens utredningsarbete och administrativa arbete. Som jämförelse kan nämnas att inom Statens institutionsstyrelse var dygnskostnaden per plats drygt 4 400 kronor för ungdomar som var placerade enligt LVU/SoL och nästan 4 900 kronor för LSU-placerade (Socialstyrelsen, 2003b). LVU står för lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, SoL för socialtjänstlagen och LSU för lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård. Det är således dyrast att ta hand om de kriminellt belastade ungdomarna. För socialtjänstens öppenvårdsinsatser finns ingen kostnadsstatistik per insats eftersom insatserna kan ha mycket olika innehåll och omfattning.

I tabell 5 visas Barnpsykiatrikommitténs beräkningar av landstingens kostnader för selektiva insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa från 1996. Dessa siffror är inte uppdaterade men kan ändå ge en uppfattning om kostnadernas storleksordning.

Tabell 5. Landstingens kostnader för selektiva insatser i form av vård, omsorg och behandling för barn och ungdomar med psykisk ohälsa 1996.

Verksamhet	Insats	Total budget för insatsen, mkr/år	Kostnad per dygn och/eller ärende	Antal barn eller ärenden per år
Barn- och ungdoms-psykiatri	Öppenvård	700	2 500 kr/ besök	50 000–60 000 ärenden
	Slutenvård	500	5 000 kr/ dygn	4 000 intagningar
Barn-habilitering	Habilitering för barn med psykiska problem	185	8 400 kr/ inskrivet barn	6 000 barn
Barnmedicin	Anorexi/ ätstörningar	50	4 000–5 000 kr/ vård dygn	500 barn

Källa: Det gäller livet, 1998.

Exempel på kostnader för selektiva insatser under tonåren

De dygns- och styckkostnader för olika insatser inom socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatrin som redovisats ovan blir intressanta först då insatsernas omfattning och vårdtidens längd har uppskattats. Detta varierar naturligtvis mycket kraftigt mellan olika individer beroende på hur omfattande psykiska och sociala problem det är fråga om. Det är därför inte möjligt att ge något annat än exempel på vad kostnaderna kan uppgå till. Olika insatser kan ges enskilt eller i kombination vilket också påverkar de totala kostnaderna. Syftet är här endast att ge en bild av storleksordningen för de kostnader som kan uppstå under tonåren om problemen inte har kunnat förebyggas genom tidiga insatser.

Fall 1

Insatser: Familjehemsplacering under tre års tid kombinerat med barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård (totalt 40 besök, det vill säga ungefär ett var fjortonde dag).

Kostnad för familjehemsplacering: $700 \times 365 \times 3 = 766\,500$ kronor

Kostnad för barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård: $40 \times 2\,500 = 100\,000$ kronor

Totalkostnad: närmare 900 000 kronor

Fall 2

Insatser: Två perioder av placering i så kallat hem för vård och boende (HVB), som vardera varar i sex månader.

Kostnad för HVB: $3000 \times 365/2 \times 2 = 1\,092\,000$ kronor

Totalkostnad: cirka 1,1 miljoner kronor

Fall 3

Insatser: Familjehemsplacering under två års tid, som senare följs av LVU-placering under sex månader och därefter barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård (totalt 20 besök).

Kostnad för familjehemsplacering: $700 \times 365 \times 2 = 511\,000$ kronor

Kostnad för LVU-placering: $4\,400 \times 365/2 = 803\,000$ kronor

Kostnad för barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård: $20 \times 2\,500 = 50\,000$ kronor

Totalkostnad: cirka 1,4 miljoner kronor

Dessa enkla exempel ger en bild av att samhällets kostnader kan bli relativt höga redan på förhållandevis kort sikt om psykiska problem inte förebyggs och motverkas i ett tidigt skede. Kostnaderna för en familjehemsplacering under två år uppgår till knappt 800 000 kronor och för en HVB-placering under totalt ett år till cirka 1,1 miljoner kronor. Om dessa insatser inte visar sig tillräckliga blir kostnaderna än högre. Många fler exempel kan naturligtvis sammanställas. Det finns också kostnader som är mer osäkra, till exempel kostnader för öppenvårdsinsatser från socialtjänsten eller kostnader för insatser som riktas till personens familj. Det är inte heller orimligt att väga in kostnader som uppstår på grund av kriminella handlingar som den unga personen begår, även om dessa är svåra att beräkna. Sådana kostnader består dels av kostnader för polis och domstolar, dels av kostnader som drabbar allmänheten och företag i form av stölder och skadegörelse.

De selektiva insatserna i dessa exempel ges ofta (men inte alltid) till lite äldre barn än de generella insatser som beskrivits tidigare. Det innebär att kopplingen mellan de generella insatsernas förebyggande effekt, och möjliga intäkter i form av minskade kostnader för selektiva insatser inte alltid är uppenbar eller kan framstå som osäker ur en beslutsfattarens perspektiv. Exempelen visar dock att det redan på några få års sikt kan vara möjligt att göra betydande besparingar om psykisk ohälsa hos barn och ungdomar kan förebyggas, vid sidan om de vinster i form av ökad livskvalitet som också uppstår.

Kostnader för psykisk ohälsa på längre sikt

Ett viktigt avgränsningsproblem i samhällsekonomiska analyser är hur långt fram i tiden man ska räkna med att kostnader påverkas av en insats. När det gäller psykisk ohälsa hos barn och ungdomar är frågan om man bara ska beräkna de ekonomiska konsekvenserna fram till 18-årsdagen eller även de som uppstår under vuxenlivet? Och i så fall under hur många år av vuxenlivet?

Psykisk ohälsa hos en vuxen person har i många fall, men inte alla, en koppling till upplevelser, händelser och miljö under barndomen. Detta innebär inte att man utifrån ett barns beteende kan förutsäga om personen kommer att utveckla psykisk ohälsa, kriminalitet eller andra beteendeavvikelser som vuxen. Barns och ungdomars beteende är mer karaktäriserat av föränderlighet än av konstans. Det finns dock starka belägg för att det är viktigt att minska antalet riskfaktorer och öka tillgången på skyddsfaktorer i uppväxtmiljön (Cederblad, 2003).

Insatser som ges tidigt i en människas liv kan därför ha betydelse för hur personens liv kommer att gestalta sig även många år senare när personen har hunnit bli vuxen. Således är det intressant att i detta sammanhang också beskriva samhällets kostnader för psykisk ohälsa hos vuxna personer. Några säkra slutsatser kan inte dras om hur dessa kostnader kan påverkas av insatser som ges tidigt i livet. De kan dock ge en bild av storleksordningen på samhällets totala kostnader för psykisk ohälsa. Dessa kostnader kommer senare att jämföras med kostnaderna för tidiga generella insatser.

Tre olika scenarier

För att ge en bild av vilka kostnader som är förknippade med psykisk ohälsa hos vuxna gavs ett uppdrag till ekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog, SEE AB. Underlaget bygger på resultat från tre olika studier kring de samhällsekonomiska konsekvenserna av att en persons liv utvecklas i enlighet med något av följande scenarier:

1. Psykosociala arbetshinder som vuxen
2. Psykiskt sjuk som vuxen
3. Missbrukare som vuxen

Studierna bygger på att man tillsammans med olika experter har skapat realistiska scenarier på individnivå. Det går naturligtvis inte att med säkerhet hävda att den psykosocialt betingade arbetslöshetens, den psykiska sjukdomens eller missbrukets kostnader i generella termer är just de som redovisas här. Beräkningarna får snarare ses som kvalificerade

räkneexempel som är utformade för att ge en så representativ bild som möjligt av dessa problemområden.

Det är de reala kostnaderna för samtliga aktörer under kalkylperioden som beräknas. Kalkylperioden är i scenarierna fem år. Därefter vidgas perspektivet till att omfatta en trettioårsperiod. Kostnader kan naturligtvis uppstå under en ännu längre period, men dessa har inte tagits med här. För varje exempel består analysen av fyra steg:

Identifiering av alla relevanta variabler. Här handlar det om att hitta de aktörer som på ett eller annat sätt blir inblandade. Aktörerna kan exempelvis vara kommunen, landstinget, rättsväsendet, försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheter, familjen, bostadsbolag, etc. När aktörerna är identifierade sammanställs en lista på deras insatser för personen under kalkylperioden.

Kvantifiering av alla insatser/aktiviteter med ekonomisk relevans, till exempel hur många besök på akuten, hur många dygn på behandlingshem, hur många polisingripanden?

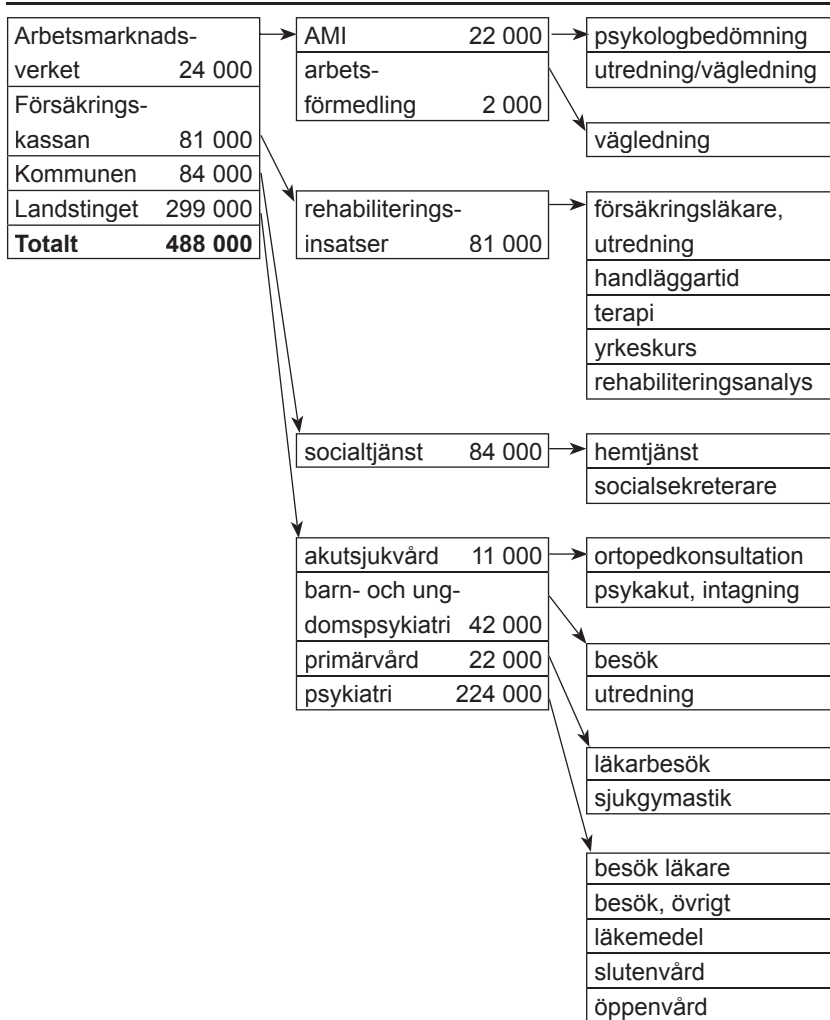
Värdering av alla insatser, det vill säga att sätta priser. Dessa baseras ofta på genomsnittskostnader för de olika insatserna.

Diskontering av kostnaderna. Detta görs med hjälp av en formel som tar hänsyn både till antalet år (t) och diskonteringsräntan (r). Man dividerar kostnaden som inträffar efter t år med $(1+r)^t$ och får då fram intäktens nuvärde. Diskonteringsräntan används för att översätta kostnader och intäkter som utfaller i framtiden till dagens värde. Ju högre diskonteringsränta, desto tyngre väger kostnader på kort sikt och desto lägre värde får kostnader som ligger långt fram i tiden. För att visa hur känsliga resultaten är för val av diskonteringsränta används här två olika räntesatser, två respektive fem procent.

Exempel 1: Samhällets kostnader för ett liv med psykosociala arbetshinder

Detta exempel är baserat på rapporten "Eva-Britt Larsson – en person med psykosociala arbetshinder" (Nilsson Lundmark, Nilsson & Wade-skog, 2000). Här beskrivs en fiktiv kvinna som lider av depression med utmattningssyndrom, "utbrändhet". Hon har problem med ryggsmärtor och omfattande trötthet, får antidepressiv medicin och är långvarigt sjukskriven. Hon drabbas av panikångestattacker och behandlas inom den öppna psykiatrin. Försäkringskassans rehabiliteringsinsatser misslyckas och till sist förtidspensioneras hon med en så låg pension att socialtjänsten tvingas gå in med kompletterande ekonomiskt bistånd under lång tid. Även hennes barn far illa och får insatser från barn- och ungdomspsykiatrin.

Tabell 6. Samhällets reala kostnader (angett i kronor) för ett liv med psykosociala arbetshinder – ett räkneexempel.



I tabell 6 visas samhällets reala kostnader under en femårsperiod. För hela perioden uppgår de till cirka 490 000 kronor. Den årliga kostnaden är i genomsnitt knappt 100 000 kronor.

Den dominerande kostnaden uppstår till följd av landstingets psykiatriska insatser. Kostnaderna består till stor del av slutenvårdskostnader, men även av kostnader för läkemedel och öppenvårdsbesök. Kommunens kostnader består av hemtjänst och den socialsekreterartid som går

åt för att handlägga ärendet. Även för Arbetsmarknadsverket och försäkringskassan uppstår kostnader för handläggning och rehabilitering. De största kostnaderna för de olika aktörerna finns dock inte med i tabell 6 eftersom de består av transfereringar. Personen måste försörjas eftersom hon till följd av sin psykosociala problematik är oförmögen till arbete på den öppna arbetsmarknaden. Dessa kostnader kommer att redovisas längre fram.

Exempel 2. Samhällets kostnader för ett liv som psykiskt sjuk

Detta exempel är baserat på underlag till en ekonomisk utvärdering av verksamheten med personliga ombud för personer med psykiska funktionshinder (Nilsson & Wadeskog, opublicerad), men har anpassats för att bättre passa denna rapporters syfte. Anpassningarna består främst i att behovet av slutna psykiatrisk vård här antagits vara lägre. Denna studie har en likande uppläggning som den tidigare refererade. Räkneexemplen är baserade på en fiktiv person som uppvisar en bred symtombild. Mannen uppfattas som en besvärlig, utagerande och ibland aggressiv och självdestruktiv person. Ett stort antal utredningar görs av såväl psykiatrisk, psykologisk, kurativ som somatisk natur. Han är sjuk i omgångar och vistas under kortare och stundtals längre perioder inom slutenvården och på olika behandlingshem. Han medicinerar kraftigt (neuroleptika) och går som en följd av detta kraftigt upp i vikt. Hans försörjning kommer från socialtjänsten i form av ekonomiskt bistånd. Till följd av personens sjukdom uppstår även sjukvårdskostnader för hans föräldrar.

I tabell 7 visas samhällets reala kostnader för denna persons sjukdom under en femårsperiod. För hela perioden uppgår de till knappt 1,8 miljoner kronor. Den årliga kostnaden är i genomsnitt cirka 350 000 kronor.

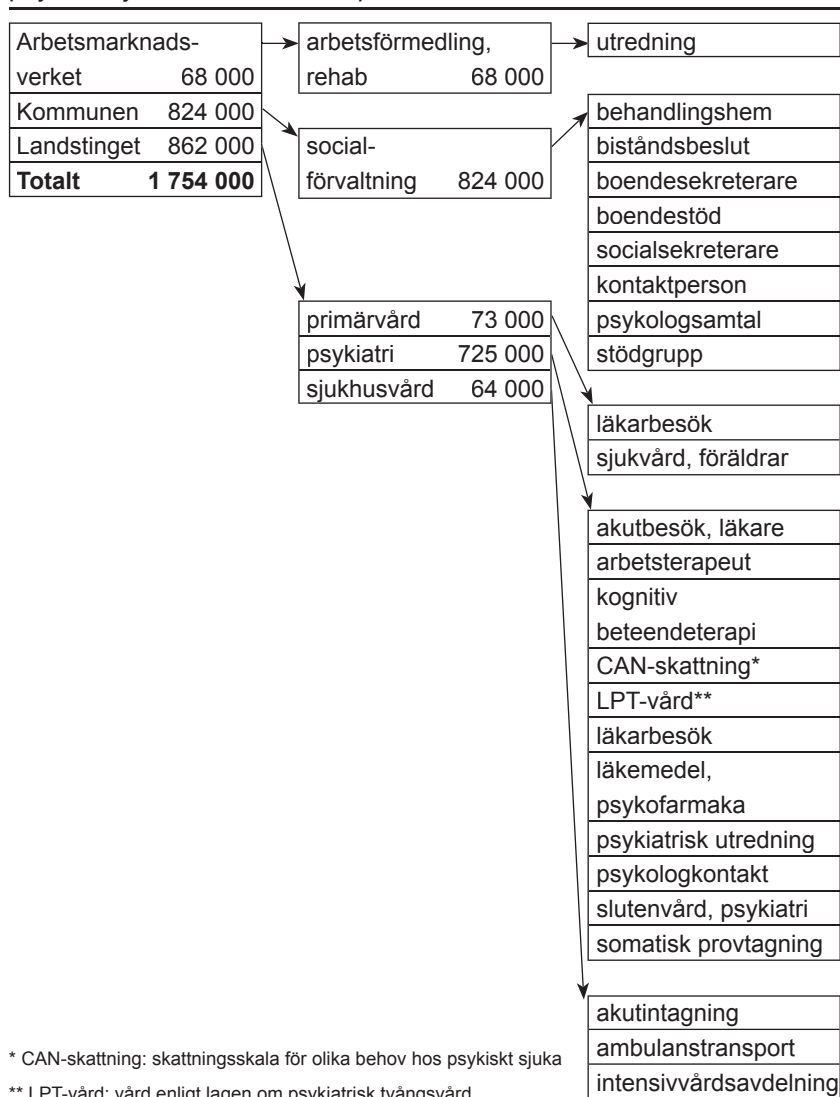
Landstingets kostnader, som uppgår till närmare hälften av de totala kostnaderna, domineras helt av slutenvårdskostnaderna inom psykiatrin. De kommunala kostnaderna består främst av socialtjänstens kostnader för olika behandlingshem.

Exempel 3: Samhällets kostnader för ett liv som missbrukare

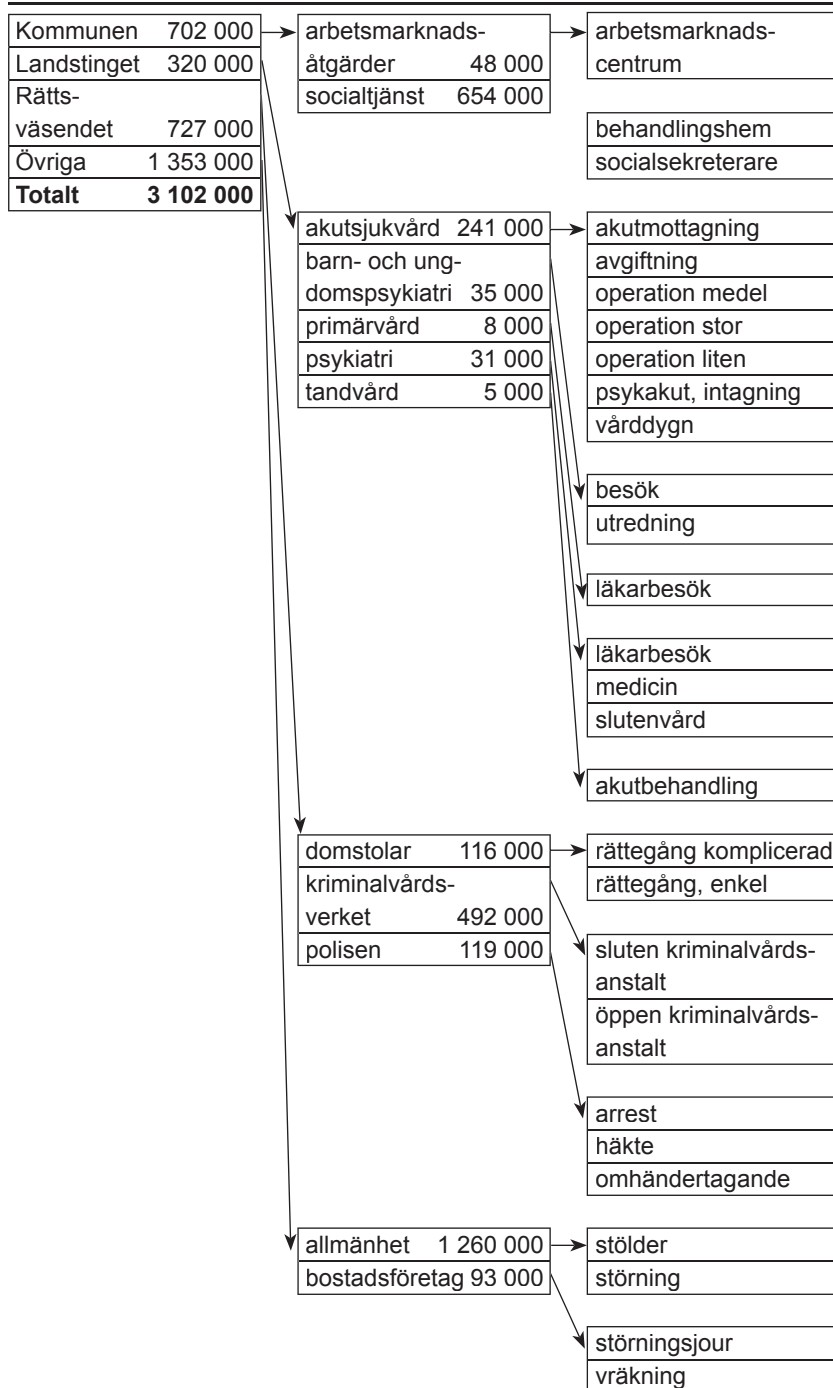
Detta exempel är baserat på rapporten "Svempa Johansson – missbrukare eller företagare?" (Nilsson, 2000). I rapporten beskrivs en fiktiv man vars liv karaktäriseras av ett accelererande missbruk med kortare perioder av drogfrihet i samband med avgiftning och behandlingshemsvistelser. Han finansierar sitt missbruk genom kriminalitet och sitter tidvis i fängelse. Missbruket har medfört att han smittats av såväl hepatit C som hiv. Till följd av olyckor och hjärtproblem har han ofta behov av hälso- och sjukvård. Missbruket går även ut över mannens barn som får insatser från barn- och ungdomspsykiatrin.

I tabell 8 visas samhällets totala kostnader för denna persons miss-

Tabell 7. Samhällets reala kostnader (angett i kronor) för ett liv som psykiskt sjuk – ett räkneexempel.



Tabell 8. Samhällets reala kostnader (angett i kronor) för ett liv som missbrukare – ett räkneexempel.



bruk under en femårsperiod. För hela femårsperioden uppgår de till cirka 3,1 miljoner kronor eller cirka 620 000 kronor per år.

Den största kostnaden är den som rymms under rubriken övriga, och som huvudsakligen består av kostnader för allmänheten till följd av kriminalitet.¹ Om kostnaderna för stölder, som är kalkylens mest svårkontrollerbara och osäkra del, lyfts ur kalkylen kvarstår kostnader på cirka 1,9 miljoner kronor för femårsperioden eller drygt 370 000 kronor på årsbasis. Höga kostnader till följd av missbruk uppstår också för olika delar av rättsväsendet, socialtjänsten och akutsjukvården.

Samhällets kostnader under en trettioårsperiod

De tre räkneexemplen ovan har visat hur kostnaderna för samhället utvecklas under en femårsperiod till följd av psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom eller missbruk. Man kan snabbt konstatera att kostnaderna är höga, rentav mycket höga.

Än mer dramatiska blir siffrorna om man utsträcker tidsperspektivet ytterligare. Nedan har kalkylperioden förlängts till 30 år. Beräkningarna bygger på att konsekvenserna för de tre problemområdena totalt och per myndighet extrapoleras, det vill säga man antar att utvecklingen under de år som scenarierna omfattar återupprepas. Det är möjligt att kostnaderna då uppskattas realistiskt lågt eftersom situationen aldrig tillåts bli värre än vad den var under de första fem åren. Det är alltid vanskligt att extrapolera kostnader eftersom osäkerheten tilltar ju mer tidsperspektivet förlängs. Kostnaderna kan öka till följd av förvärrat missbruk eller sjukdom men de kan också minska till följd av att behandlingsinsatser ger effekt. Individerna kan också avlida i förtid till följd av sin sjukdom eller sitt missbruk.

Trots dessa osäkerheter kan det vara värdefullt att med ett räkneexempel visa vilka ekonomiska konsekvenser som uppstår då de tre exempelpersonerna följs under en period av 30 år. Samtliga kostnader redovisas såväl odiskonterade som diskonterade med två respektive fem procents ränta. Diskonteringen har gjorts så att de belopp som redovisas i tabell 9 visar värdet av de framtida kostnaderna vid nolltidpunkten, det vill säga trettioårsperiodens första år.

¹ Kostnaden är uträknad på följande vis; en dygnsdos heroin kostar lågt räknat cirka 1 000 kronor. För att få 1 000 kronor av en hälare måste man stjäla varor till en kostnad av cirka 4 000 kronor (den så kallade hälerikvoten är 4:1 eller 5:1 i Stockholmsområdet). Stöld vid 60 tillfällen per år ger en kostnad på 240 000 kronor eller 1 200 000 under en femårsperiod. Detta är troligen mycket lågt räknat.

Tabell 9. Samhällets reala kostnader under en trettioårsperiod.

Aktör	Psykosociala arbetshinder	Psykisk sjukdom	Missbruk
Arbetsmarknadsverket	24 000	68 000	0
Försäkringskassan	81 000	0	0
Kommunen	84 000	824 000	702 000
Landstinget	299 000	862 000	320 000
Rättsväsendet	0	0	727 000
Övriga	0	0	1 353 000
Totalt 5 år	488 000	1 754 000	3 102 000
Totalt per år	98 000	351 000	620 000
Totalt 30 år, ingen disk.	2 924 000	10 528 000	18 613 000
Totalt 30 år, 2 % disk.	2 390 000	8 606 000	15 215 000
Totalt 30 år, 5 % disk.	1 861 000	6 701 000	11 846 000

Diskonteringen baseras på ej avrundade värden.

Tabell 9 visar att en person som utvecklar psykosociala arbetshinder enligt detta exempel medför samhällskostnader på omkring två miljoner kronor under en trettioårsperiod. Kostnaderna för psykiska sjukdomstillstånd är betydligt högre, cirka sju till nio miljoner kronor för en trettioårsperiod enligt detta räkneexempel. Samhällets kostnader för en missbrukare uppgår till omkring tolv till femton miljoner kronor beroende på vilken diskonteringsränta som väljs. Detta skulle med en viss överförenkling kunna sägas vara samhällets prislapp för ett enda fall där insatser i barndomen misslyckats och där individen utvecklar ett omfattande missbruk.

En jämförelse mellan kostnader för tidiga generella insatser och kostnader för senare selektiva insatser

Denna rapport vill beskriva värdet av tidiga generella insatser som förebygger problem senare i livet ur ett långsiktigt, sektorsövergripande och samhällsekonomiskt perspektiv. Med ett sådant perspektiv kan tidiga insatser många gånger ses som ett slags sociala investeringar, det vill säga som resurser som behöver avsättas nu för att ge återbäring och eventuellt vinst i form av ett ökat välbefinnande och minskade kostnader i framtiden.

Vikten av att ge insatser i tid

Vid en tidig insats har det visat sig att möjligheterna att kunna göra något åt problemen är större. Insatser under förskoleåldern har visats sig ge bättre effekt än åtgärder i skolåldern (Bremberg, 1998). Barns utveckling kan påverkas mycket gynnsamt om familjen erbjuder tidig högkvalitativ förskoleverksamhet. Det är viktigt att insatserna är långvariga och intensiva, det vill säga pågår under flera år och ges med täta mellanrum (Lagerberg & Sundelin, 2000). Tidiga barndomsinterventioner kan påverka tre viktiga riskfaktorer för ungdomskriminalitet: beteendestörningar, kognitiva problem och brister i föräldrakompetensen. Interventionerna bör starta så tidigt som möjligt. Försök att påverka ungdomar som redan har hunnit börja begå brott har inte varit särskilt effektiva (Lagerberg & Sundelin, 2000).

Nationella folkhälsokommittén har framhållit att det är särskilt viktigt att öka den psykosociala kompetensen hos personer som arbetar med mödrar, barn och ungdomar så att psykosocial problematik kan upptäckas tidigt (Hälsa på lika villkor, 1999). Barnpsykiatrikommittén ansåg att det ur ett samhällsperspektiv är väsentligt att satsa på breda hälsofrämjande insatser och att undanröja riskfaktorer: ”I den mån psykiska problem kan förebyggas genom generella insatser, såsom stöd till den unga familjen och bra basverksamheter, kan man se kostnaderna som investeringar snarare än som konsumtion av resurser.” (Det gäller livet, 1998, s. 49)

Vikten av förebyggande arbete framgår också av att om det vore möjligt att sänka riskerna i alla socioekonomiska grupper till högre tjänstemannanivå så skulle man under perioden 1987–1990 ha undvikit 1 830 fall av psykisk sjukdom, 580 fall av alkoholrelaterad och 320 fall av narkotikarelaterad sjuklighet bland barn under 16 år. Kostnaden för slutenvård skulle då ha blivit drygt 400 miljoner kronor lägre (Socialstyrelsen, 2001a). Enligt en motsvarande beräkning skulle man kunna spara nästan 300 miljoner kronor om barn till ensamstående föräldrar hade samma sjuklighet/dödlighet som barn till sammanboende. Ytterligare ett exempel på hur mycket de selektiva insatserna kostar i förhållande till förebyggande insatser är följande: Om de närmare 800 000 kronor som en dygnsplacerad person kostade under 1995–1999 istället hade använts till psykologstöd skulle det ha räckt till 15 timmars stöd per dygn under motsvarande vårdtid (Socialstyrelsen, 2002e).

Att väga tidiga insatser mot effekter av att problem inte förebyggs

Kunskapen om olika insatsers effekt på barns och ungdomars psykiska hälsa och i vilken mån detta i sin tur minskar samhällets kostnader för

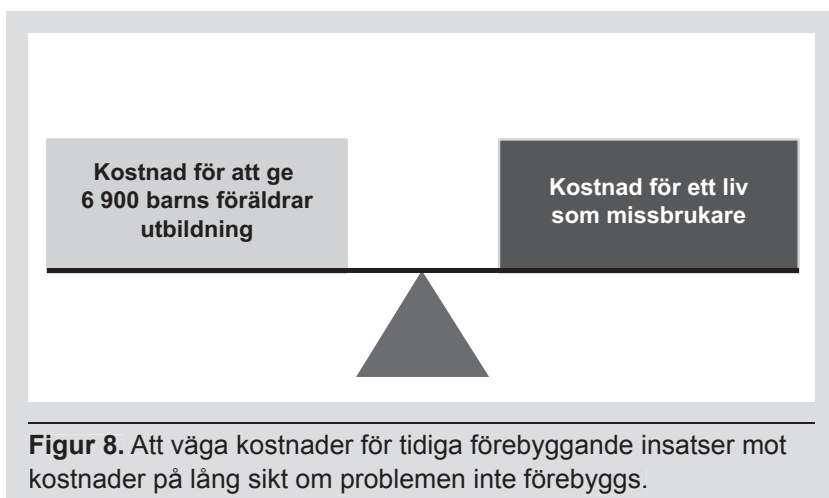
psykisk ohälsa längre fram i livet är inte tillräcklig för att man med säkerhet ska kunna säga att en viss insats kostar x kronor idag men leder till y kronor i vinst i framtiden.

För att ändå ge en bild av hur dessa kostnader kan ställas mot varandra kan ett annat angreppssätt väljas. Exempler i de två föregående avsnitten har visat att ett betydande mänskligt lidande och stora samhällskostnader uppstår om inte psykisk ohälsa förebyggs. För den lokale beslutsfattaren är emellertid problemet ofta att han/hon varken vet effekterna av de insatser som övervägs eller vad konsekvenserna blir av att göra ingenting (se figur 4 på sidan 21).

Det som kan göras här är att jämföra de omedelbara kostnaderna för att genomföra olika generella förebyggande insatser med de kostnader som enligt exemplen i föregående avsnitt kan uppstå på lång sikt om ingenting görs och se hur de förhåller sig till varandra. Frågeställningen blir då istället hur många barn som kan få en tidig generell insats för den kostnad som sparas in om ett enda fall av psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom eller missbruk kan förebyggas genom insatsen. Eller om man väljer ett något kortare tidsperspektiv: hur många barn som kan få insatsen för vad det kostar att ge selektiva insatser till en tonåring med psykisk ohälsa. Utan att veta något säkert om den tidiga insatsens effekter och samhällsekonomiska betydelse görs då ett mycket försiktigt antagande om vilka positiva konsekvenser som den kan få.

Enligt beräkningar som redovisats tidigare kostar föräldrautbildning i grupp cirka 1 600 kronor per barn som får insatsen. Den forskningsgenomgång som redovisats tidigare i rapporten ger stöd för att vissa sådana utbildningar kan minska förekomsten av utåtriktade psykiska problem. I förlängningen är det därför inte orimligt att anta att insatsen kan ha betydelse för om en person utvecklar ett missbruk som vuxen eller inte. I figur 8 på nästa sida ställs kostnaden för föräldrautbildning mot samhällets reala kostnader för en enda person som lever som missbrukare under 30 år.

Innan en rättvisande jämförelse kan göras måste samhällets kostnader för ett framtida missbruk diskonteras ytterligare för att kunna jämföras med en kostnad som uppstår när barnet är i förskoleåldern. Det som ska redovisas är ju situationen inför att ett beslut om en eventuell tidig insats ska fattas. Kostnaderna för insatsen uppträder långt före de möjliga besparingarna. Det är då nödvändigt att jämföra värdet av de kronor som investeras idag med sådana som tack vare insatsen sparas om flera år. Genom diskonteringen får man fram ett nuvärde av de framtida kostnaderna för missbruk som kan jämföras med de omedelbara kostnaderna för föräldrautbildningen.



Av figur 8 framgår att om denna typ av insats kan förhindra att en enda missbrukare etablerar sitt missbruk kan man för de samhällsresurser som då frigörs ge en förebyggande insats i form av föräldrautbildning till ungefär 6900 barn med föräldrar om diskonteringsräntan sätts till två procent. Vid fem procents diskontering kan cirka 3400 barns föräldrar få utbildning. Det förefaller inte orimligt att man genom en så omfattande utbildningsinsats ska kunna förhindra att minst ett av barnen kommer att leva som missbrukare. Det är vad som krävs för att föräldrautbildningsinsatsen ska vara samhällsekonomiskt lönsam. Detta förutsätter dock ett mycket långsiktigt perspektiv vid budgeteringen av insatsens kostnader.

Ett något kortare tidsperspektiv får man om kostnaderna för föräldrautbildningen istället ställs mot kostnaderna för selektiva insatser på grund av psykisk ohälsa under tonåren. I slutet av avsnittet om kostnader för psykisk ohälsa under barndomen och tonåren redogjordes för några enkla beräkningar av vad sådana insatser kan kosta. Om man med ledning av dessa antar att selektiva insatser för en person som är 18 år kostar samhället en miljon kronor kan detta (efter diskontering) ställas mot kostnaden för tidig föräldrautbildning på samma sätt som i figur 8. Ett fall av selektiva insatser i tonåren kostar då lika mycket som föräldrautbildning för knappt 500 barn med föräldrar vid två procents diskontering (eller drygt 300 barn vid fem procents diskontering). Även ur detta något kortare tidsperspektiv tycks insatsen vara motiverad, trots att kunskapen om hur effektivt föräldrautbildningen kan förebygga psykiska problem senare i livet inte är fullständig.

Fler exempel

På motsvarande sätt kan man ställa kostnaderna för föräldrautbildning mot kostnaderna för psykosociala arbetshinder och psykisk sjukdom. I tabell 10 görs denna och likande jämförelser mellan andra tidiga generella insatser och samhällskostnaderna för psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom respektive missbruk.

De generella insatserna ges till barn i en viss ålder, från exempelvis ett till två år vid öppen förskola, till cirka 15 år om det handlar om ungdomsmottagningar. Om man antar att den trettioårsperiod av psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom eller missbruk som beskrivits ovan infaller mellan 20 och 50 års ålder måste alltså kostnaderna diskonteras ytterligare med mellan 5 och 19 år för att kunna ställas mot kostnaderna för den aktuella insatsen. Detta medför att insatser för små barn framstår som mindre lönsamma än insatser för tonåringar. Det betyder inte att sådana insatser är mindre betydelsefulla när det gäller att förebygga problem längre fram i livet, utan speglar bara det faktum att det är brukligt att genom diskontering tillmäta intäkter längre fram i tiden ett lägre värde än intäkter som uppstår relativt snart. För att redovisa hur känsliga resultaten är för detta förhållande har två olika diskonteringsräntor använts, två respektive fem procent. I tabell 10 redovisas resultaten vid fem procents diskontering. Motsvarande tabell med två procents diskonteringsränta återfinns i bilaga 3.

Hur många barn som kan få del av en insats för samma kostnad som samhället sparar in om ett fall av psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom eller missbruk varierar mycket enligt tabell 10. Detta förklaras

Tabell 10. Antal barn som under ett år kan få en viss insats för den kostnad som sparas in om ett fall av psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom eller missbruk kan förebyggas (fem procents diskontering).

	Psykosociala arbetshinder	Psykisk sjukdom	Missbruk
Föräldrautbildning	530	1 920	3 390
Öppen förskola	50	180	320
Ökad personaltäthet förskola	30	110	190
Minskad klasstorlek grundskola	80	300	520
Kurator i skolan	2 520	9 070	16 040
Speciallärare i skolan	30	100	180
Minskad gruppstorlek fritids	170	620	1 100
Öppen fritidsverksamhet	60	230	400
Ungdomsmottagning*	2 430	8 750	15 470

*För ungdomsmottagning redovisas antal besök.

dels av att samhällskostnaderna för psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom och missbruk är olika stora, dels av att insatserna ges till barn i olika åldrar och att kostnaderna därmed har diskonterats olika mycket och dels av att insatserna kostar olika mycket att genomföra. Eftersom missbruk är det problem som kostar mest enligt exemplen i denna rapport räcker den kostnaden till mer omfattande insatser än de övriga. När kostnaderna ställs mot en insats som ges till äldre barn, till exempel ungdomsmottagningar, ger det också ett jämförelsevis bättre resultat på grund av att diskonteringsfaktorn är mindre än i jämförelserna med insatser för yngre barn. Insatser med en låg styckkostnad, till exempel tillgång till kurator eller besök på ungdomsmottagningar, kan också ges till fler barn än dyrare insatser.

Det är viktigt att komma ihåg att de jämförelser som redovisas i detta avsnitt bygger på typfallsberäkningar av samhällets kostnader för psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom och missbruk. Det går därför inte att säga att kostnadsförhållandena alltid är de som presenteras här. Beräkningarna bör dock kunna ge en uppfattning om storleksordningen på skillnaderna mellan kostnaderna för tidiga insatser och kostnaderna på lång sikt om problemen inte förebyggs.

Även om en viss tidig insats effekter på psykisk ohälsa senare i livet inte är helt klarlagda är det i många fall inte orimligt att tro att insatser som riktas till många barn skulle kunna innebära att åtminstone ett fall av psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom eller missbruk kan undvikas. Om så är fallet kan slutsatsen dras att den investering som det innebär att erbjuda insatsen kommer att visa sig samhällsekonomiskt hållbar eller till och med lönsam på längre sikt.

Fördelningen av kostnader och intäkter

En samhällsekonomisk analys bör, som tidigare har nämnts, kompletteras med en beskrivning av vilka fördelningseffekter som uppstår till följd av insatsen. En insats kan ofta leda till minskade kostnader för andra aktörer i samhället samtidigt som den ansvariga huvudmannen får bära hela kostnaden för genomförandet. Det är viktigt att sådana effekter klarläggs eftersom det kan behövas en överenskommelse mellan de berörda aktörerna om fördelningen av kostnadsansvaret. Genom att kartlägga insatsens fördelningseffekter får man en bild av vilka incitament olika aktörer har för att medverka till eller eventuellt motverka att insatsen genomförs.

Transfereringar från olika aktörer

I en fördelningsanalys räcker det inte att bara beskriva de reala kostnaderna för aktörerna eftersom transfereringar också kan ha stor betydelse.

Tabell 11. Transfereringar från olika aktörer (angett i kronor).

**Ett liv med psykosociala
arbetshinder**

Arbetsmarknadsverket	107 000	→ utbildningsbidrag	36 000
Försäkringskassan	1 055 000	→ A-kassa	71 000
Kommunen	84 000	→ bostadstillägg	44 000
Totalt	1 246 000	→ rehabiliteringsersättning	14 000
		→ tidsbegr. sjukersättning	55 000
		→ sjukpenning	942 000
		→ ekonomiskt bistånd	84 000

Ett liv med psykisk sjukdom

Försäkringskassan	284 000	→ bostadsbidrag	23 000
Kommunen	357 000	→ tidsbegr. sjukersättning	52 000
Totalt	641 000	→ sjukpenning	134 000
		→ sjukpenning, förälder	75 000
		→ ekonomiskt bistånd	357 000

Ett liv som missbrukare

Arbetsmarknadsverket	58 000	→ ersättning, OSA*	48 000
Försäkringskassan	35 000	→ a-kassa	10 000
Kommunen	140 000	→ sjukpenning	35 000
Totalt	233 000	→ ekonomiskt bistånd	140 000

* OSA: Offentligt skyddat arbete, en arbetsmarknadspolitisk insats.

Låt oss därför återgå till de tre räkneexemplen och även beskriva effekterna för de olika aktörerna av de transfereringar som är aktuella i vart och ett av exemplen. Ändrade transfereringar i form av minskade skatteintäkter har inte inkluderats. Anledningen är att inte heller produktionsbortfallet till följd av psykisk ohälsa har tagits med i kalkylen (se dock beräkningar i nästa avsnitt).

De tre fiktiva personer som skildras i scenarierna har olika försörjningssituation under de fem år som kalkylen omfattar, vilket i hög grad påverkar transfereringarna. De högsta transfereringskostnaderna upp-

står i fallet med psykosociala arbetshinder. Här beskrivs en kvinna som tidigare har varit heltidsarbetande och som därför har rätt till sjukpenning i högre grad än de två andra. Därmed blir kostnaderna för hennes försörjning högre och faller i stor utsträckning på försäkringskassan snarare än på kommunen. Den psykiskt sjuka personen får sin huvudsakliga inkomst i form av ekonomiskt bistånd. En del inkomster kommer också från försäkringskassan som tidvis också har kostnader för att försörja personens föräldrar som sjukskrivs till följd av sonens problem. Missbrukaren är den som står längst ifrån arbetsmarknaden. Ekonomiskt bistånd från kommunens socialtjänst är den viktigaste transfereringen. I övrigt får personen pengar genom stölder.

Totala kostnader för olika aktörer

För att se de totala kostnaderna för respektive aktör måste de reala kostnaderna och transfereringarna summeras, vilket görs i tabell 12. Här har också tidsperspektivet förlängts till att omfatta en trettioårsperiod på samma sätt som i det tidigare avsnittet om reala kostnader. Kostnaderna är sedan diskonterade med fem procents ränta.

Tabell 12. Kostnader för olika aktörer under 30 år, fem procents diskontering.

Ett liv med psykosociala arbetshinder			
Aktör	Reala kostnader	Transfereringar	Summa
Arbetsmarknadsverket	90 000	411 000	501 000
Försäkringskassan	310 000	4 031 000	4 341 000
Kommunen	320 000	320 000	640 000
Landstinget	1 141 000	0	1 141 000
Ett liv med psykisk sjukdom			
Aktör	Reala kostnader	Transfereringar	Summa
Arbetsmarknadsverket	259 000	0	259 000
Försäkringskassan	0	1 083 000	1 083 000
Kommunen	3 148 000	1 364 000	4 512 000
Landstinget	3 293 000	0	3 293 000
Ett liv som missbrukare			
Aktör	Reala kostnader	Transfereringar	Summa
Arbetsmarknadsverket	0	223 000	223 000
Försäkringskassan	0	135 000	135 000
Kommunen	2 680 000	536 000	3 216 000
Landstinget	1 224 000	0	1 224 000
Rättsväsendet	2 775 000	0	2 775 000
Övriga	5 168 000	0	5 168 000

Vissa aktörer har framför allt kostnader för transfereringar, till exempel försäkringskassan, medan andra ofta har kostnader av båda slagen, till exempel kommunen som både har utgifter för behandlingsinsatser och för försörjning i form av ekonomiskt bistånd. När analysen begränsades till de reala kostnaderna framstod exemplet med psykosociala arbetshinder som mindre kostsamt än de övriga. När analysen kompletteras med transfereringar ser man att en aktör, försäkringskassan, har mycket höga kostnader även i detta fall. Kommunen har mycket höga kostnader i fallet med en person som är psykiskt sjuk, liksom landstinget. I fallet med en person som lever som missbrukare är det allmänheten (ryms under rubriken Övriga) som har högst kostnader, men även kommunen och rättsväsendet är stora kostnadsbärare.

Exempel på en fördelningsanalys

Tabell 12 utgör ett viktigt underlag för att kunna göra en fördelningsanalys av de ekonomiska effekterna av en tidig generell insats. Som illustration kan exemplet där kostnaden för minskad klasstorlek i grundskolan ställs mot kostnaderna för en person med psykosociala arbetshinder användas. Även om det saknas säker kunskap om i vilken mån en minskad klasstorlek kan förebygga det aktuella problemet senare i livet är det intressant att jämföra kostnaderna.

Kommunen är huvudman för grundskolan och står för hela kostnaden för att minska klasstorleken. Frågan är om denna kostnad kan uppvägas av att kommunens kostnader minskar i framtiden om insatsen leder till att ett fall av psykosociala arbetshinder förebyggs?

För att kunna besvara frågan måste hänsyn tas till att barnen är cirka åtta år vid tiden för insatsen och att kostnaderna för psykosociala arbetshinder därmed måste diskonteras ytterligare. I tabell 13 har därför aktörernas kostnader för psykosociala arbetshinder diskonterats med fem procents ränta för tolv år till. På så sätt kan kostnaderna jämföras direkt med vad det kostar för kommunen att minska klasstorleken i grundskolan.

Tabell 13. Diskonterade kostnader för psykosociala arbetshinder.

Aktör	Reala kostnader	Transfereringar	Summa
Arbetsmarknadsverket	50 115	228 860	278 976
Försäkringskassan	172 620	2 244 612	2 417 231
Kommunen	178 188	178 188	356 376
Landstinget	635 351	0	635 351

Utgångspunkten för jämförelsen är att insatsen ska vara samhällsekonomiskt neutral. För samhället kostar en person med psykosociala arbetshinder under 30 år ungefär lika mycket som minskad klasstorlek i grundskolan för 80 barn under ett år vid fem procents diskontering, det vill säga drygt en miljon kronor (se tabell på sidan 85). Om man antar att minskad klasstorlek i grundskolan för 80 barn under ett år kan leda till att ett fall av psykosociala arbetshinder förebyggs går samhället därmed varken med vinst eller förlust på lång sikt. För de enskilda aktörerna ser dock bilden olika ut.

Kommunen har kostnader för insatsen som uppgår till 12 600 kronor per barn, det vill säga drygt 1 miljon kronor för 80 barn. Dessa kostnader uppvägs till en del av att kommunens kostnader för psykosociala arbetshinder minskar med cirka 350 000 kronor i framtiden. Kommunen har ändå en nettokostnad på cirka 650 000 kronor. För de övriga aktörerna som påverkas av psykosociala arbetshinder innebär dock insatsen en ren intäkt eftersom de framtida kostnaderna minskar utan att insatsen leder till några kostnader för deras del eftersom de inte tar del i finansieringen. Insatsen är särskilt gynnsam för försäkringskassan, vars framtida kostnader minskar med cirka 2,4 miljoner kronor.

Ur ett strikt ekonomiskt perspektiv framstår alltså minskad klasstorlek i det här exemplet som en förlust för kommunen medan det finns andra aktörer som har mycket att vinna på att insatsen genomförs. För samhället som helhet är resultatet neutralt. Den här bilden påverkas naturligtvis av vilka antaganden som görs om hur effektivt minskad klasstorlek i grundskolan kan förebygga problem senare i livet. Även om det tillgängliga kunskapsunderlaget är begränsat är kostnadsjämförelsen intressant.

Liknande fördelningsanalyser kan göras även när kostnaderna för andra tidiga insatser ställs mot möjliga framtida intäkter i form av minskade kostnader för psykisk ohälsa. Sådana analyser kompletterar en samhällsekonomisk analys eftersom de ger en bild av vilka aktörer som vinner respektive förlorar på en viss insats. Därmed får man också en bild av vilka ekonomiska drivkrafter som olika aktörer har. Det är rimligt att tro att sådana överväganden kan påverka huvudmannens beslut om en insats ska genomföras eller inte. Den här typen av analyser kan också utgöra underlag för diskussioner mellan olika aktörer om möjligheterna till samfinansiering av insatser.

Vikten av ett långsiktigt och sektorsövergripande perspektiv

Det primära syftet i detta avsnitt är inte att tala om vilka insatser som lönar sig för respektive aktör eller att komma med lösningar på problemet

att kostnader och intäkter inte alltid uppstår på samma ställe. Det har istället varit att genom räkneexempel illustrera hur man kan se på tidiga generella insatser ur ett samhällsekonomiskt och långsiktigt perspektiv. Även om kunskapen om vilka insatser som har betydande effekter på barns och ungdomars psykiska hälsa och om dessa består under vuxenlivet är begränsad, visar exemplen att det ofta är värdefullt att betrakta dem ur ett långsiktigt och sektorsövergripande perspektiv. Vissa insatser är troligen lönsamma redan på relativt kort sikt, även om de kanske inte framstår så om man begränsar analysen till det innevarande budgetåret. Exempelen visar också tydligt att det kan finnas stora potentiella samhällsvinster om mer samverkan mellan olika huvudmän kommer till stånd.

Samtidigt är det viktigt att inte enbart värdera insatserna ur ett ekonomiskt perspektiv. Även om insatserna är kostsamma både på kort och lång sikt kan de vara motiverade av andra skäl, framför allt genom att de förhindrar psykiskt obehag och lidande. Många av de insatser som beskrivs här har dessutom inte främjandet av psykisk hälsa som sin främsta uppgift. I en mer fullständig samhällsekonomisk analys kan det därför vara väsentligt att även studera andra effekter av insatserna, till exempel förbättrad inlärning, och vilka ekonomiska konsekvenser de medför.

Utgångspunkten i detta kapitel är att generella insatser som ges till barn och ungdomar kan förebygga psykisk ohälsa och därmed minska deras senare behov av selektiva insatser för att behandla psykisk ohälsa och andra närliggande problem. Bara för att dessa barns behov av selektiva insatser minskar är det dock inte givet att aktörernas kostnader sjunker. Är utbudet av selektiva insatser i utgångsläget inte tillräckligt för att täcka behoven kommer kostnaderna sannolikt inte minska om en viss insats förbättrar den psykiska hälsan hos en mindre grupp barn. Står det i utgångsläget många med psykiska besvär i kö är det inte säkert att det går att dra ner på psykiatrin även om en viss insats leder till förbättrad psykisk hälsa. I så fall uppstår inga besparingseffekter som syns i landstingets budget. Man räknar dock ändå detta som en samhällsvinst eftersom en större andel av de personer som har behov också kommer att kunna ges hjälp utan att samhällets kostnader ökar. Det är dock viktigt att vara medveten om den här typen av effekter eftersom det kan minska aktörernas drivkrafter när det gäller att genomföra olika förebyggande insatser.

Vilka grupper i befolkningen gynnas?

Utöver de frågor om samhällsekonomisk effektivitet och fördelningen av kostnader och intäkter mellan olika aktörer som har berörts ovan bör analysen också inkludera jämlikhetsfrågor (Knapp & McDavid, 2003). Det är angeläget att kartlägga för vilka grupper i samhället som insatsen är gynnsam och om det finns grupper som missgynnas. Även om insat-

sen inte leder till någon försämring kan det vara viktigt att visa vilka grupper som inte upplevt någon förbättring genom insatsen. Hur jämlikt fördelas resurserna mellan olika grupper? Har alla grupper samma tillgång till insatsen? Vilka hinder finns för att alla som är i behov också ska få del av den? Vad som avses med jämlikhet i hälsa kan definieras på olika sätt.

Fördelningsanalysen kan också visa om man med insatsen når de grupper som är mest angelägna att nå utifrån olika politiska målsättningar. Ofta finns det olika politiska målsättningar om att en insats ska ha en viss fördelningsprofil, det vill säga i första hand gynna vissa grupper barn och ungdomar. Syftet kan vara att uppnå större jämlikhet genom att särskilt satsa på de grupper i samhället som har sämst psykisk hälsa i utgångsläget. Även om det inte finns någon målsättning att rikta insatsen till vissa grupper kan det vara viktigt att veta om en generell insats verkligen är generell eller om det finns hinder för vissa grupper av barn och ungdomar att ta del av den.

Hur påverkas produktionen i samhället av psykisk ohälsa?

Samhällsekonomska analyser beaktar också ofta att samhällsekonomin påverkas om en insats ändrar förutsättningarna för den totala produktionen i samhället (Månsson & Rydberg, 2003b). Personer med omfattande psykisk ohälsa förvärvsarbetar i mindre utsträckning än andra. En insats som effektivt bidrar till att minska den psykiska ohälsan hos barn och ungdomar leder indirekt till att mer varor och tjänster kan produceras i samhället genom att barnens föräldrar och i framtiden även barnen själva i större utsträckning kommer att kunna arbeta. Tankegången bakom att en samhällsekonomska utvärdering också bör väga in förändringar av produktionen är att ökad produktion leder till ökad konsumtion som i sin tur leder till ökad välfärd (Johansson & Lundgren, 1998). Denna samhällsvinst bör då rimligen beaktas när de totala samhällsekonomska konsekvenserna av insatsen sammanställs.

Värdet av ett minskat produktionsbortfall mäts med hjälp av marknadspriser för arbete. Värdet kan sägas vara konjunkturkänsligt i den bemärkelsen att det är mer troligt att produktionsbortfallet minskar i tider när arbetslösheten är låg. Vid hög arbetslöshet kan det vara orimligt att anta att alla berörda personer skulle ha arbetat om de inte påverkats av ohälsa.

Det finns ett etiskt problem med att inkludera ekonomiska konsekvenser i form av ökad produktion i samhällsekonomska analyser, vilket har berörts tidigare i detta kapitel. Anledningen är att det kan få insatser för barn, äldre och personer med funktionshinder att framstå som mindre

värda än insatser för den förvärvsarbetande delen av befolkningen (Drummond et al, 1993) Av denna anledning har inte den minskade produktionen till följd av psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom och missbruk tagits med som en kostnad i räkneexemplen. I samtliga fall står dessutom personerna relativt långt från arbetsmarknaden.

För fullständighetens skull har dock ändå denna kostnad beräknats, och den redovisas här separat. Kostnaden avser det produktionsbortfall och därmed den BNP-förlust som uppstår till följd av att en person inte yrkesarbetar mellan 20 och 50 års ålder. Om man antar att personerna i de tre exemplen istället skulle ha arbetat som kommunanställd med en genomsnittlig månadslön på 17400 kronor uppgår det förlorade produktionsvärdet till den beräknade lönekostnaden (inklusive ett lönekostnadspåslag på 41,92 procent). Under en trettioårsperiod blir då kostnaden $30 \times 12 \times 1,4192 \times 17\,400 = 8\,890\,000$ kr. För att kunna jämföra denna kostnad med de övriga kostnaderna som beskrivits ovan behöver den diskonteras. Vid två procents diskontering motsvarar detta en kostnad på cirka 6,6 miljoner kronor. Om diskonteringsräntan istället sätts till fem procent minskar värdet av produktionsbortfallet till knappt 4,6 miljoner kronor.

Ovanstående beräkningar innebär emellertid en underskattning av kostnaderna eftersom de endast inkluderar det produktionsbortfall som uppstår till följd av att personen på grund av psykisk ohälsa själv inte kan arbeta. I många fall kan det också vara aktuellt att räkna med ett visst produktionsbortfall för anhöriga. Detta gäller inte minst i fråga om ohälsa hos barn och ungdomar som i hög grad påverkar föräldrarnas möjligheter till förvärvsarbete. Detta har dock inte gjorts här.

Om värdet av produktionsbortfallet räknas med i de samhällsekonomiska analyser av kostnaderna för psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom och missbruk som redovisats i tidigare avsnitt kan man således lågt räknat lägga till omkring fem miljoner kronor per individ utöver de tidigare beskrivna kostnaderna. Detta skulle i så fall väsentligt förstärka bilden av att tidiga generella insatser kostar jämförelsevis lite i relation till de kostnader som kan uppstå senare om psykisk ohälsa inte förebyggs.

Eftersom ett antagande om att en insats skulle kunna leda till ett minskat produktionsbortfall är förhållandevis osäkert och dessutom i viss mån etiskt problematiskt har sådana vinster inte vägts in i de kalkyler som redovisats ovan. För att vara konsekvent har därför inte heller potentiella finansiella vinster i form av ökade skatteintäkter för kommuner och landsting om personerna skulle komma ut i förvärvsarbete tagits med i fördelningsanalysen av vilka aktörer som vinner respektive förlorar på förebyggande insatser.

Samhällsekonomiska analyser som beslutsunderlag

Syftet med en samhällsekonomisk analys är att den ska utmytna i en rekommendation om vilken eller vilka insatser för att minska ohälsa som bör vidtas. Analyserna bör grundas på ett så objektivt underlag som möjligt, baserat på forskningsresultat och neutrala beräkningar. Beslutet om vilka insatser som ska väljas innebär dock att man måste ta ställning till ett antal svåra värderingsfrågor och beslutet är därför i första hand en politisk uppgift.

Hur höga kostnader är godtagbara?

Alla insatser är inte samhällsekonomiskt lönsamma på vare sig kort eller lång sikt. Vad som då är en acceptabel kostnad är alltid relativt. Det går inte att en gång för alla definiera var gränsen går för att en insats ska anses vara kostnadseffektiv. Budgetens storlek, det vill säga hur mycket resurser som finns avsatta, påverkar hur hög kostnad som kan godtas. Även hur omfattande och angelägna den aktuella gruppens behov av insatsen är har betydelse. Hur höga kostnader som är godtagbara för att uppnå en viss effekt i form av minskad psykisk ohälsa hos barn och ungdomar, det vill säga vad samhället tycker sig ha råd med, är ingen vetenskaplig fråga utan en politisk. Det förekommer olika tumregler för hur höga kostnader som kan accepteras (Lindholm, 1999; Burström, 2003), men värdet av dessa kan ifrågasättas eftersom detta är beroende av den aktuella ekonomiska situationen i samhället och andra omvärldsfaktorer.

Är fördelningseffekterna acceptabla?

En samhällsekonomisk analys visar normalt att vissa aktörer vinner och andra förlorar på att en insats genomförs. Om vinsterna är större än förlusterna och vinnarna på något sätt kan kompensera förlorarna är insatsen otvetydigt samhällsekonomiskt lönsam. I de flesta fall förekommer dock ingen sådan kompensation. Samhällsekonomiska analyser ger en bild av hur samhällets resurser kan användas så effektivt som möjligt, men de behöver kompletteras med ett resonemang om fördelningseffekter. Det är en politisk bedömningsfråga om förlusterna för dem som får det sämre är acceptabla. Analysen kan därför behöva kompletteras med en mer ingående kartläggning av vilka förlorarna är, hur allvarligt de drabbas och hur deras ekonomiska och andra förhållanden ser ut i övrigt.

I vilken mån kan hänsyn tas till minskade kostnader på längre sikt eller för andra aktörer?

Ofta kan det i det praktiska budgetarbetet vara svårt att ta hänsyn till egna framtida besparingar eller till vad andra huvudmän skulle vinna på en insats. Det är dock viktigt att ansträngningar görs för att sådana aspekter ska kunna vägas in. Detta kan kräva mer eller mindre omfattande omläggningar av budgetarbetet.

Det är viktigt att ta fram ett underlag som analyserar vilka olika delar av en huvudmans verksamheter som direkt eller indirekt påverkar varandra och låta det ha en inverkan på fördelningen av resurser på kort och lång sikt. För att samverka mellan olika huvudmän ska kunna komma till stånd krävs en kontinuerlig dialog och ibland gemensam finansiering eller delat huvudmannaskap för vissa insatser.

Samhällsekonomisk effektivitet är en av flera beslutsgrunder

Samhällsekonomiska analyser går ut på att finna den insats som ger mest effekt i förhållande till de satsade resurserna. Grundtanken är att få så mycket nytta eller välfärd som möjligt för pengarna. Nyttomaximeringsprincipen, som kan verka vara en rimlig ansats när man ska välja mellan olika insatser, kan dock komma i konflikt med etiska och moraliska ståndpunkter och måste då underordnas dessa.

Enligt hälso- och sjukvårdslagens prioriteringsregel väger både människovärdesprincipen, enligt vilken alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället, och behovssolidaritetsprincipen, som slår fast att resurserna bör satsas på områden där behoven är störst, tyngre än kostnadseffektivitetsprincipen. Den senare uttrycker att en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas när man väljer mellan olika verksamheter eller åtgärder. Människovärdesprincipen går före behovssolidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Det är oförenligt med de etiska principerna att låta en människas behov stå tillbaka på grund av till exempel ålder, livsstil eller ekonomiska förhållanden (Socialstyrelsen, 2002e).

Även inom socialtjänstens område styrs prioriteringar i första hand av andra faktorer än samhällsekonomisk lönsamhet. Socialtjänstlagen betecknas som en målinriktad ramlag, som kan sägas vara en blandning av rättighets- och skyldighetslag. Lagstiftningen innebär att kommunerna har stor frihet att bedriva verksamheten efter lokala förutsättningar. Utgångspunkten är dock individens självbestämmande, inflytande och helhetssyn. Ingen grupps behov ska vara starkare skyddat än någon annans (Prop. 2000/01:80). I sista hand är det förvaltningsdomstolarna som

tolkar vad bestämmelserna konkret innebär. Regeringsrättens avgöranden är därför av stor betydelse för att fastställa gränserna för socialtjänsten. Den enskilde har inte en obegränsad frihet att välja sociala tjänster oberoende av kostnad. Vid en bedömning av vilken insats som kan komma ifråga i det enskilda fallet ska man bland annat väga in insatsens lämplighet, kostnaderna jämfört med andra insatser av likvärdig karaktär och den enskildes önskemål. När det finns likvärdiga alternativ har kommunen möjlighet att välja det billigaste alternativet (Prop. 2000/01:80).

Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, reglerar tvångsvård och måste alltid verkställas. Här finns ingen större möjlighet att prioritera. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, räknas som en rättighetslag. LSS innehåller klart preciserade insatser och den enskilde kan utkräva sin rätt i förvaltningsdomstol. Resursbrist är inte ett skäl för kommunen eller landstinget att avslå insatser men får beaktas när det gäller att bedöma kvalitet och omfattning av en viss insats (Regeringsrätten RÅ 1988 ref 40 not 134).

Även skollagen innehåller grundläggande bestämmelser om utbildningen som alltid ska gälla och som därmed går före strävanden efter samhällsekonomisk lönsamhet. Enligt skollagen ska alla barn och ungdomar, oberoende av kön, geografisk hemvist samt sociala och ekonomiska förhållanden, ha tillgång till likvärdig utbildning oavsett var i landet utbildningen anordnas. Utbildningen ska ge eleverna kunskaper och färdigheter samt, i samarbete med hemmen, främja deras harmoniska utveckling till ansvarskännande människor och samhällsmedlemmar. I utbildningen ska hänsyn tas till elever med särskilda behov. Kommunerna måste följa de nationella styrdokument, det vill säga skollagen, timplaner, läroplaner och kursplaner, men har ändå viss frihet att utforma utbildningens innehåll och organisation. Kravet på likvärdig utbildning innebär inte att undervisningen ska utformas på samma sätt för alla och överallt. Utbildningen ska ta hänsyn till elevernas olika förutsättningar, behov och kunskapsnivå. Likvärdigheten ska ses ur elevens perspektiv (Skollag för kvalitet och likvärdighet, 2002).

Det är således inte givet att man alltid bör sträva efter att välja den insats som leder till det bästa samhällsekonomiska resultatet. Många gånger kan det finnas andra överordnade mål, till exempel att i första hand ge insatser till dem som har sämst hälsa eller till socialt eller ekonomiskt utsatta grupper. Insatserna måste givetvis också uppfylla de grundläggande etiska krav som kan ställas på generella verksamheter för barn och ungdomar. Samhällsekonomiska analyser är dock alltid värdefulla och av stor betydelse som ett av flera viktiga beslutsunderlag.

Slutsatser och bedömningar

Barns och ungdomars psykiska hälsa är ett prioriterat område för samhället

Det finns en stor politisk enighet i Sverige om att barns och ungdomars välfärd är en mycket viktig angelägenhet för samhället. Den psykiska hälsan bland barn och ungdomar ska enligt de folkhälsomål som fastställts särskilt uppmärksammas. Det är viktigt att detta omsätts i praktiken av huvudmännen genom att man inför alla viktiga beslut analyserar vad konsekvenserna blir för barnen och deras föräldrar. Barns och ungdomars psykiska hälsa är en angelägenhet för alla de verksamheter där de vistas stora delar av sin tid, det vill säga inte bara för de insatser som särskilt syftar till att motverka psykisk ohälsa, till exempel barn- och ungdomspsykiatri, utan också för förskoleverksamheten, skolan och skolbarnsomsorgen. Samtidigt har de senare också andra viktiga uppgifter, till exempel utbildning, som också kan motivera att verksamheten utformas på ett visst sätt.

Det finns tecken på att barns och ungdomars psykiska hälsa har försämrats under senare år. Det är därför viktigt att den psykiska hälsan regelbundet undersöks och att utvecklingen följs kontinuerligt. Den psykiska hälsan är inte ett fristående fenomen utan beroende av den somatiska hälsan och vice versa. Både psykisk och somatisk hälsa måste följas eftersom de interagerar.

På förslag av Barnpsykiatrikommittén har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en modell för återkommande mätningar av psykisk hälsa hos barn och ungdomar i Sverige, eftersom man konstaterat att kunskaperna om hälsoutvecklingen över tid är bristfälliga. Socialstyrelsens huvudförslag, som utarbetats vid Epidemiologiskt Centrum, är att återkommande tvärsnittundersökningar som omfattar samtliga elever i en årskurs bör genomföras vart tredje år. Man bör välja en årskurs i åldersspannet 11–16 år. Datainsamlingen bör ske med hjälp av ett frågeformulär som besvaras anonymt av eleverna själva (Socialstyrelsen, 2000). Socialstyrelsen genomför för närvarande pilotstudier av olika frågeformulär och avser att lämna ett förslag till regeringen i oktober 2004 om en nationell mätning av skolbarns psykiska hälsa.

De generella insatserna är betydelsefulla för folkhälsan

Kommunernas och landstingens generella insatser i form av mödra- och barnhälsovård, förskoleverksamhet, skola och skolbarnsomsorg har

genom att vara en betydande del av uppväxtmiljön en viktig roll för barns och ungdomars psykiska hälsa. Trots att det finns kunskap om olika riskfaktorer för psykisk ohälsa är det svårt att tidigt förutse vilka barn som kommer att få problem. Därför är det viktigt att satsa på bra generella insatser som når alla barn. Generella insatser av hög kvalitet kan troligen förebygga och minska psykisk ohälsa. Samtidigt kan verksamheterna antagligen, om de fungerar dåligt, i sig själva utgöra riskfaktorer för psykisk ohälsa. De besparingar och nedskärningar som gjordes inom många generella verksamheter under 1990-talet har sannolikt ett samband med den samtidiga ökningen av antalet besök inom barn- och ungdomspsykiatri. Kunskapen om vilka generella insatser som kan påverka barns och ungdomars psykiska hälsa och hur denna påverkan går till är dock begränsad.

Samhällets möjligheter att på bred front påverka barns uppväxtvillkor och psykiska hälsa finns främst inom de generella verksamheterna. Selektiva insatser i form av till exempel barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänstens individ- och familjeomsorg är också mycket viktiga för de barn som har behov och får del av dessa insatser. De syftar till att stötta de barn och ungdomar som har det svårast. Båda formerna av insatserna behövs. De generella och selektiva insatsernas omfattning och kvalitet påverkar på lång sikt vilket behov som finns av respektive insatsform. En satsning på generella förebyggande insatser innebär inte att man direkt kan minska de selektiva insatsernas omfattning. På lite längre sikt är det dock inte orimligt att behoven av sådana insatser minskar om de generella insatserna har en förebyggande effekt.

Det goda prioriteringsarbetet

Det finns ett stort behov av vård och omsorg. Det är en ofrånkomlighet att samhällets resurser är och förblir otillräckliga för alla de insatser som är önskvärda. Beslutsfattare tvingas därför prioritera mellan insatser för olika grupper och inom olika problemområden. Detta gäller även insatser för att motverka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. De resurser som finns måste därför användas så effektivt som möjligt och i enlighet med statsmakternas beslut i form av lagstiftning, nationella mål, etiska principer och annan önskvärd inriktning på verksamheten.

Prioriteringar måste göras av vilka behov som den offentligt finansierade vården och omsorgen ska tillgodose och vilka individer/grupper som ska få del av insatser för att tillgodose dessa behov. Prioriteringar måste göras mellan verksamheter, verksamhetsformer och behandlingsmetoder. Kvalitetsnivåer måste väljas och vägas mot kostnaderna för att uppnå dessa. Prioriteringsarbetet måste vara sektorsövergripande, det vill säga ske i samverkan mellan olika huvudmän, göras utifrån ett helhetsper-

spektiv som tar fasta på både risk- och skyddsfaktorer och väga in olika insatsers effekter och kostnader på såväl kort som lång sikt.

För att man ska kunna prioritera mellan olika insatser som påverkar barns och ungdomars psykiska hälsa behövs mer kunskap. Det behövs underlag som visar långsiktiga effekter av olika insatser på barns och ungdomars psykiska hälsa. Effekterna måste ställas i relation till samhälls-ekonomiska kostnader och besparingar på kort och lång sikt. Beräkningarna måste omfatta flera huvudmän och sektorer. Man bör dock vara medveten om att det finns insatser som kan vara svåra att utvärdera, men som ändå är av stort värde. Frågan behöver ställas hur samhällets gemensamma resurser kan användas bäst för att främja barns och ungdomars hälsa.

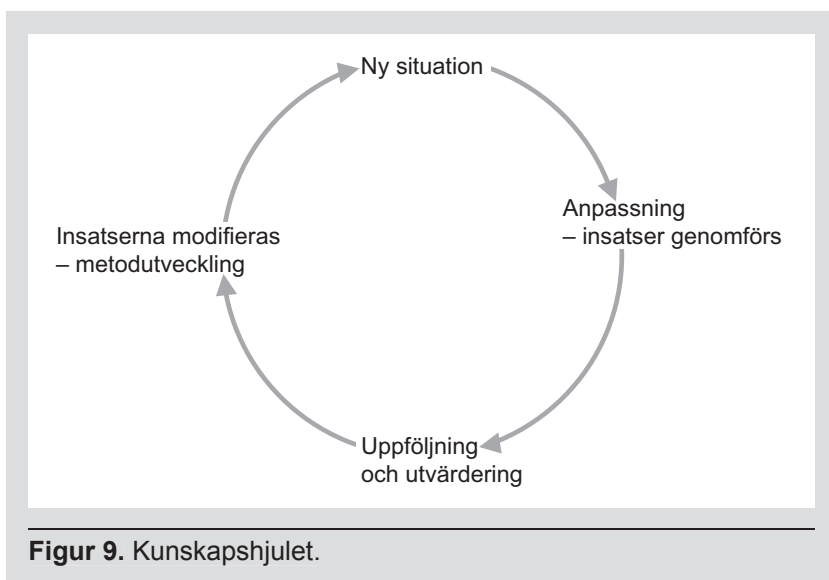
Det behövs mer kunskap om olika insatsers effekt

Av genomgången i denna rapport framgår att det finns ett visst forskningsstöd för att exempelvis föräldrastöd, personal- och lärartäthet i förskolan och skolan, särskilda pedagogiska insatser samt lärarnas kompetens har betydelse för barns och ungdomars skolprestationer och psykiska hälsa. Det bör understrykas att detta inte innebär att man säkert vet att övriga insatser saknar effekt.

Bristen på relevanta studier innebär svårigheter när man ska utvärdera olika insatsers samhällsekonomiska konsekvenser. Detta utgör ett betydande problem för beslutsfattare som ska prioritera mellan olika insatser och för möjligheten att ta fram tillförlitliga samhällsekonomiska analyser inom det här området. Det saknas i stor utsträckning svensk forskning om effekter på den psykiska hälsan av de generella verksamheterna för barn och ungdomar. Sammantaget innebär detta att kunskapen är otillräcklig om vilka effektstorlekar som kan vara rimliga att anta för svenska förhållanden och därmed också om insatsernas samhällsekonomiska betydelse. Mot bakgrund av hur stor betydelse de generella verksamheterna har för barns och ungdomars uppväxtmiljö är det ytterst angeläget att kunskapen om deras effekter på barns psykiska hälsa ökar.

Det är inte realistiskt att tro att forskningen någonsin kommer att täcka in alla de insatser och situationer som lokala beslutsfattare har att ta ställning till. Samhället förändras hela tiden samtidigt som de lokala variationerna är stora. Verkligheten är således alltför komplex för att forskningen alltid ska kunna ge ett relevant svar. Samtidigt är det mycket viktigt att beslut grundas på den kunskap som ändå finns tillgänglig och att ny kunskap hela tiden produceras genom att vunna erfarenheter dokumenteras och systematiseras. Den här processen kan beskrivas som ett hjul som ständigt rullar framåt, se figur 9, på nästa sida.

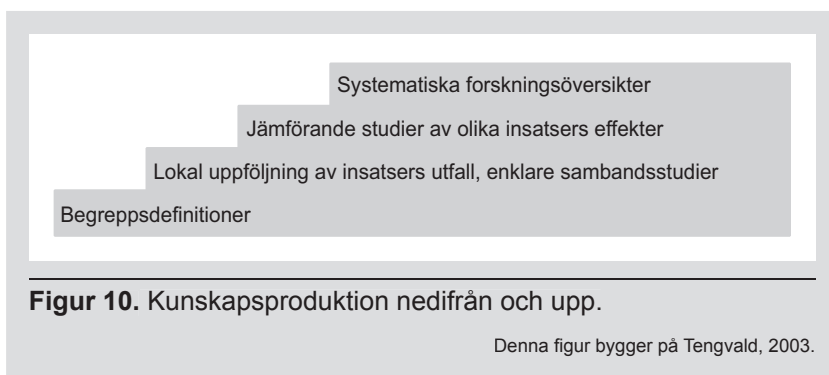
Tillgänglig kunskap kan användas som underlag för beslut om vilka



Figur 9. Kunskapshjulet.

insatser som ska genomföras när nya situationer uppstår. Samtidigt är det viktigt att dokumentera insatserna och att utvärdera hur de fungerat i den aktuella situationen. Sådana kunskaper kan ligga till grund för att utveckla nya metoder eller modifiera de som använts. Detta kan sedan komma väl till pass när nya beslut behöver fattas i framtiden. Nya beslut bör också alltid föregås av en konsekvensanalys, där man utifrån tidigare erfarenheter försöker analysera vad effekterna av olika handlingsalternativ kommer att bli. På så sätt kan de alternativ undvikas som bedöms få sämre konsekvenser för de berörda individerna och huvudmännen.

Med denna syn på kunskap betonas de lokala aktörernas roll både som kunskapsanvändare och kunskapsproducenter. Kunskapsproduktionen kan också beskrivas som en trappa där de högre nivåerna är beroende av de lägre, se figur 10. En grund för kunskapsproduktion är att gemensamma begrepp och definitioner utvecklas. Detta är nödvändigt för att resultat från olika utvärderingar ska kunna användas och jämföras – talar man om samma saker? Ett mycket viktigt led är också att man lokalt satsar på att dokumentera och följa upp de insatser som ges till barn och ungdomar, såväl generella insatser som selektiva. Detta är ett viktigt metodutvecklingsverktyg och en grund för att utveckla beprövad erfarenhet som kan spridas, diskuteras och jämföras med andra resultat. Det är viktigt att sträva efter att insatser ska utformas utifrån kvalificerad forskningsbaserad kunskap och forskningssammanställningar. Samtidigt är sådant underlag sällan tillgängligt. Därför behövs ett grundarbete



med att utarbeta gemensamma begrepp och definitioner samt lokala uppföljningar och enklare sambandsstudier (Tengvald, 2003).

Det är således viktigt att lokala beslutsfattare tar till vara den kunskap som finns i den egna verksamheten. En förutsättning för att detta ska vara möjligt är att insatserna kontinuerligt dokumenteras och följs upp. Lokala utvärderingar som uppmärksammar olika kvalitetsaspekter och identifierar såväl positiva som negativa effekter av olika insatser kan vara av stor betydelse.

Det finns ett stort behov av samhällsekonomiska analyser

De samhällsekonomiska konsekvenserna av olika insatser för barn och ungdomar måste lyftas fram tydligare. Detta är en förutsättning för att det ska vara möjligt att värdera vad samhället får ut av de resurser som avsätts. Syftet med offentlig verksamhet är inte att spara pengar. Det finns dock krav på att tillgängliga resurser ska användas på ett så effektivt sätt som möjligt. Samhällsekonomiska analyser är nödvändiga för att man ska kunna göra genomtänkta prioriteringar mellan olika tänkbara insatser. Analyserna kan visa på effektiviseringsmöjligheter som kan frigöra resurser för att ge fler barn stöd. De visar också hur kostnaden för en viss insats kan ställas mot de kostnader som blir resultatet om inga eller olämpliga insatser ges.

Det saknas på många områden sådan kunskap som behövs för att en samhällsekonomisk utvärdering av de generella insatsernas betydelse för barns och ungdomars psykiska hälsa ska vara möjlig att genomföra. Därför går det i denna rapport inte att klarlägga vilka generella insatser som är att föredra utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv. Behovet av samhällsekonomiska analyser måste i stor utsträckning tillgodoses genom en satsning inom forskarvärlden, sektorsmyndigheter och departement. Det finns ett stort behov av metodutveckling och utbildning. Inom myndigheterna behöver intresset för och kunskapen om samhälls-

ekonomiska analysers användbarhet som underlag för riktlinjer och prioriteringar öka.

Ett samhällsekoniskt tänkesätt behöver också genomsyra huvudmännens prioriteringsarbete. Synsättet att prioriteringar måste ses ur ett sektorsövergripande och långsiktigt perspektiv måste få större genomslag även lokalt. En förutsättning för att kunna göra lokala konsekvensanalyser är att den ekonomiska redovisningen av olika insatser har hög kvalitet. Detta ställer krav på att det i det interna ekonomisystemet går att särredovisa olika insatser så att relevanta kostnadsdata kan tas fram. Det måste också finnas en öppenhet för att väga in effekter som uppstår hos andra huvudmän eller på lång sikt i beslutsunderlaget.

Tidiga förebyggande insatser kan ses som sociala investeringar

Psykosociala problem och psykisk ohälsa hos barn och ungdomar behöver uppmärksammas tidigt för att förhindra onödiga välfärdsförluster och kostnader. Vid en tidig insats är också möjligheterna att kunna göra något åt problemen större.

Insatser som ger långsiktiga effekter måste värderas högre än vad de normalt görs idag. Begreppet sociala investeringar innebär att man idag satsar resurser på att förebygga sociala problem och vidhängande kostnader som annars kommer att belasta ekonomin i framtiden. En förutsättning för detta är att långsiktigheten i det politiska systemet ökar. Det måste finnas möjligheter att föra en politik som syftar till att använda tillgängliga resurser så effektivt som möjligt över en längre tidsperiod och att inte bara styras av att ekonomin ska gå ihop under den innevarande mandatperioden.

En rimlig hypotes är att det finns en samhällsekonomisk potential i att satsa på förebyggande arbete inom de generella verksamheterna för barn och ungdomar, inte minst mot bakgrund av att de selektiva insatser som behövs om problem inte förebyggs är så kostsamma. Det visar inte minst ett av de exempel som presenteras i rapporten. Om ett enda fall av missbruk under vuxenlivet kan förebyggas kan man för samma kostnad ge föräldrautbildning till cirka 3 400 eller 6 900 barns föräldrar beroende på hur kostnaderna diskonteras.

Beräkningarna i rapporten ska i första hand ses som exempel på hur samhällsekonomiska analyser kan göras inom detta område, men de ger sannolikt en relativt god bild av storleksordningen på de kostnader och intäkter som beskrivs. Mycket talar för att samhället får höga kostnader på längre sikt i de fall som psykisk ohälsa inte förebyggs hos barn och ungdomar genom tidiga insatser.

Vikten av samverkan och ett sektorsövergripande perspektiv

Samverkan är inget mål i sig utan ett medel och en grundförutsättning för att det ska vara möjligt att sätta det enskilda barnets behov i centrum. Samverkan är också en förutsättning för att samhällets resurser ska kunna användas så effektivt som möjligt. Lokala politiker som ska ta ställning till vilka verksamheter som ska prioriteras och vilka insatser som ska genomföras behöver sektorsövergripande beslutsunderlag som genom ett samhällsekonomiskt angreppssätt visar hur kostnaderna påverkas även för andra huvudmän.

Vid beslut om olika insatsernas vara eller icke vara är det viktigt att verksamheternas huvudmän betraktar frågan ur ett brett perspektiv och väger in vad insatserna (eller de uteblivna insatserna) får för konsekvenser för andra huvudmän och för enskilda individer. Det behövs en fungerande och kontinuerlig dialog mellan olika huvudmän. Prioriteringar kan i många fall behöva göras gemensamt. Ökad samverkan behövs inte bara mellan olika huvudmän utan också mellan enskilda huvudmäns olika verksamheter.

Samtidigt som samverkan är en förutsättning för ett effektivt resursutnyttjande kan begränsade resurser ofta vara ett hinder för att samverkan ska komma till stånd. En viktig förutsättning för att kunna bryta ett mönster av kortsiktiga prioriteringar och ineffektivt resursutnyttjande är att man klargör vilka samhällsekonomiska konsekvenser olika handlingsalternativ får. Det är först då som de ekonomiska argumenten för samverkan och förebyggande insatser framträder tillräckligt tydligt.

Referenser

- Prop. 2000/01:80. Ny socialtjänstlag m.m.
- Prop. 2001/02:14. Hälsa, lärande och trygghet.
- Prop. 2002/03:35. Mål för folkhälsan.
- Al-Soliman T. The effect of school size upon educational and environmental factors. *Journal of Architectural & Planning Research*. 1999 Fall 1999:16.
- American Psychiatric Association. Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM_IV. Danderyd, Pilgrim Press, 1995.
- Andalibi Andersson L, Hagekull B & Bremberg S. Föräldrastöd i Sverige år 2002: Delrapport från Regeringsuppdraget Föräldrastöd. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut, 2003 (Statens folkhälsoinstitut rapport nr 2003:08).
- Barn och ungdomars välfärd. Forskarantologi från kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm, Fritzes, 2001 (Statens offentliga utredningar 2001:55).
- Berman BD et al. After-school child care and self-esteem in school-age children. *Pediatrics* 1992;89(4 Pt 1):654–9.
- Björck-Åkesson E & Simeonsson R. Varför behövs en barnversion av ICF? *Socialmedicinsk tidskrift* 2002;79(6):510–514.
- Björklund A et al. Den svenska skolan: Effektiv och jämlik? Stockholm, SNS Förlag, 2003 (Välfärdspolitiska rådets rapport 2003).
- Bracey GE. An optimal size for high schools? *Phi Delta Kappan* 1998;79(5):406.
- Bremberg S. Bättre hälsa för barn och ungdom: En strategi för de sämst ställda. Stockholm, Folkhälsoinstitutet, 1998 (Folkhälsoinstitutet, rapport nr 1998:38).
- Bremberg S. Hur kan förskolan förbättra barns psykiska hälsa? Stockholm, Statens folkhälsoinstitut, 2001 (Statens folkhälsoinstitut, rapport nr 2001:25).

- Bremberg S. Jämlikhet i hälsa: Perspektiv, begrepp och mått. I: Hogstedt C (red). Valfärd, jämlikhet och folkhälsa: Vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut, 2003 (Statens folkhälsoinstitut 2003:12).
- Broberg A et al. Effects of day care on the development of cognitive abilities in 8-year-olds: A longitudinal study. *Development Psychology* 1997;33:62–69.
- Bryt upp reviren: Om samarbete runt barn med neuropsykiatriska funktionshinder och deras familjer. Stockholm, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2002.
- Burström K. Population health and inequalities in health: Measurement of health-related quality of life and changes in QALYs over time in Sweden. Stockholm, Karolinska Institutet, 2003.
- Campbell SB. Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 1995;36(1):113–49.
- Cederblad M. Från barndom till vuxenliv: En översikt av longitudinell forskning. Stockholm, Gothia, 2003.
- Clark-Stewart A & Gruber C. Daycare forms and features. I: Ainslie RC (ed). *Quality variations in daycare*. New York, Praeger, 1984.
- Cooper HM. Does reducing student-to-instructor ratios affect achievement? *Educational Psychologist* 1989;24:79–98.
- Cutler BA, Smith KE & Kilmon C. Characteristics of fifth-grade children in relation to the type of after-school care. *Journal of Pediatric Health Care* 1995;9(4):167–71.
- Dalman C & Bremberg S. Insatser för barn och ungdom i Stockholms län. Huddinge, Centrum för Barn- & ungdomshälsa, 1999.
- Deater-Deckard K, Pinkerton R & Scarr S. Child care quality and children's behavioral adjustment: A four-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 1996;37(8):937–48.
- Det gäller livet: Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Slutbetänkande från Barnpsykiatrikommittén. Stockholm, Fritzes, 1998 (Statens offentliga utredningar 1998:31).
- Drummond et al. Standardizing methodologies for economic evaluation in health care: Practice, problems, and potential. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 9:1,1993:26–36.

- Durlak JA & Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology* 1997;25(2):115–52.
- Edington ED & Martellaro HC. Does school size have any relationship to academic achievement? *Rural Educator* 1990;11(2):6–11.
- Educational Research Service. *Class size: A summary of research.* Arlington, VA, Educational Research Service, 1978.
- Ferrer-Wreder L et al. *Successful prevention and youth development programs: Across borders.* New York, Kluwer Academic/Plenum Publ., 2004.
- Från dubbla spår till elevhälsa. Slutbetänkande från Utredningen om elevvård – skolhälsovård. Stockholm, Fritzes, 2000 (Statens offentliga utredningar 2000:19).
- Gardner PW, Ritblatt SN & Beatty JR. Academic achievement and parental involvement as a function of high school size. *High School Journal* 2000;83:21–27.
- Glass GV & Smith ML. *Meta-analysis of research on the relationship of class-size and achievement.* San Francisco, Far West Laboratory for Educational Research and Development, 1978.
- Goodyer IM. *Life experiences, development and childhood psychopathology.* Chichester, Wiley, 1990.
- Graff M. *Bättre föräldraskap.* Stockholm, Johansson & Skyttmo förlag, 1996.
- Graff M. *Insatser för utagerande barn: En teoretisk genomgång av utvärderade program.* Stockholm, Samhällsmedicin, 1999.
- Green G & Stevens W. What research says about small schools. *Rural Educator* 1988;10(1):9–14.
- Gustafsson J-E & Myrberg E. *Ekonomiska resursers betydelse för pedagogiska resultat: En kunskapsöversikt.* Stockholm, Skolverket, 2002.
- Hahn A, Leavitt T & Aaron P. *Evaluation of the Quantum Opportunities Program (QOP): Did the program work?* Waltham, MA, Center for Human Resources, Heller Graduate School, Brandeis University, 1994.
- Hanushek EA. Moving beyond spending fetishes. *Educational Leadership* 1995;53(3):60–64.

- Hedin A. Att evidensbasera hälsofrämjande insatser. I: Statens folkhälsoinstitut. Konferensrapport: Vikten av evidens. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut, 2002 (Statens folkhälsoinstitut, rapport nr 2002:32).
- Holloway SD & Reichhart-Erickson M. The relationship of day care quality to children's free-play behavior. *Early Childhood Research Quarterly* 1988;3:39–53.
- Howes C. Can the age of entry into child care and the quality of child care predict adjustment in kindergarten? *Developmental Psychology* 1990;26:292–303.
- Howes C, Phillips DA & Whitebook M. Threshold of quality: Implications for the social development of children in centerbased child care. *Child Development* 1992;63:449–460.
- Howes C. Childrens experiences in centerbased child care as a funktion of teacher background and adult child ratio. *Merril-Palmer Quarterly* 1997;43(3):404–425.
- Howie P-M. After-school care arrangements and maternal employment: A study of the effects on third and fourth grade children. *Child and Youth Care Forum* 1996;25(1):29–48.
- Hwang P & Wickberg B. Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut, 2001 (Statens folkhälsoinstitut rapport nr 2001:37).
- Hälsa på lika villkor: Andra steget mot nationella folkhälsomål. Delbetänkande från Nationella folkhälsokommittén. Stockholm, Fritzes, 1999 (Statens offentliga utredningar 1999:137).
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, 2001. Svensk översättning: Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsen, 2002.
- Johansson S & Lundgren N-G. Vad kostar en ren? En ekonomisk och politisk analys. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm, Fritzes, 1998 (Finansdepartementet, Ds 1998:8).
- Knapp M & McDaid D. Mental health in Europe: Background paper on economic evaluation. Background paper for Bilbao conference, October 2003.
- Kontos S & Fiene R. Child care quality, compliance with regulations, and children's development: The Pennsylvania study. I: Phillips D (ed). *Quality in child care: What does research tell us?* Washington DC: National Association for the Education of Young Children, 1987.

- Krueger AB & Lindahl M. Klassfrågan: En ESO-rapport om lärartätheten i skolan. Stockholm, Fritzes, 2002 (Finansdepartementet, Ds 2002:11).
- Lagerberg D & Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn: Forskningsmetoder och resultat. Stockholm, Socialstyrelsen, 2000.
- Lamdin DJ. Testing for the effect of school size on student achievement within a school district. *Education Economics* 1995;3(1):33–42.
- Lee VE & Smith JB. High school size: Which works best and for whom? *Educational Evaluation and Policy Analysis* 1997;19(3):205–27.
- Lindholm L. Cost-effectiveness analysis with defined budget: How to distribute resources for the prevention of cardiovascular disease? *Health Policy* 1999;48:155–170.
- Local Collaboration for Children and Youth (LCCY). Community collaboration for children and youth: A report from the 1996–1997 awards for excellence. Washington, DC, National Association of Counties, 1997:39.
- Luyten H. School size effects on achievement in secondary education: Evidence from the Netherlands, Sweden, and the USA. *School Effectiveness and School Improvement* 1994;5(1):75–99.
- MacBeath J & Mortimore P. Improving school effectiveness. Buckingham, Open University Press, 2001.
- Marshall NL et al. After-school time and children's behavioral adjustment. *Merrill-Palmer Quarterly* 1997;43:497–514.
- McGiverin J, Gilman D & Tillitski C. A meta-analysis of the relation between class size and achievement. *Elementary School Journal* 1989;90(1):47–56.
- Melnick SA et al. School district size, student achievement and high school course offerings in Connecticut. *Research in Rural Education* 1987;4(3):119–23.
- Miller JW et al. Public elementary schools which deviate from the traditional SES-achievement relationship. *Educational Research Quarterly* 1986;10(3):31–50.
- Molnar A et al. Evaluating the SAGE program: A pilot program in targeted pupil-teacher reduction in Wisconsin. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 1999;21(2):13.

- Mosteller F. The Tennessee study of class size in the early school grades. *Future Child* 1995;5(2):113–27.
- Mulhall PF, Stone D & Stone B. Home alone: is it a risk factor for middle school youth and drug use? *Journal of Drug Education* 1996;26(1):39–48.
- Månsson A & Rydberg M. Ekonomisk utvärdering av folkhälsoarbete. I: *Hälsoekonomi för folkhälsoarbete*. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut, 2003a.
- Månsson A & Rydberg M. Mätning av folkhälsa – hälsoindex och ohälsans kostnader. I: *Hälsoekonomi för folkhälsoarbete*. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut, 2003b.
- Nilsson I. Svempa Johansson – Missbrukare eller företagare? En ekonomisk skiss över se samhällsekonomiska effekterna av arbetskooperativet Basta. Stockholm, OFUS, 2000.
- Nilsson Lundmark E, Nilsson I. & Wadeskog A. Eva-Britt Larsson: En person med psykosociala arbetshinder. Järna, OFUS, 2000.
- Nye B, Hedges LV & Konstantopoulos S. The long-term effects of small classes: A five-year follow-up of the Tennessee class size experiment. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 1999;21(2): 127–142.
- Ofärd i välfärden. Forskarantologi från kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm, Fritzes, 2001 (Statens offentliga utredningar 2001:54).
- Olsson II, Hagekull B & Bremberg S. Stöd till föräldrar för att främja barns och ungdomars psykiska hälsa: En systematisk forskningsöversikt. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut, 2003 (Statens folkhälsoinstitut rapport nr 2003:20).
- Patterson GR, Chamberlain P & Reid JB. A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy* 1982;13:638–650.
- Persson JE. Vad får vi för pengarna? I: Statens folkhälsoinstitut. Konferensrapport: Vikten av evidens. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut, 2002 (Statens folkhälsoinstitut rapport nr 2002:32).
- Pettit GS et al. Patterns of after-school care in middle childhood: Risk factors and developmental outcomes. *Merrill-Palmer Quarterly* 1997;43:515–38.

- Pettit GS et al. The impact of after-school peer contact on early adolescent externalizing problems is moderated by parental monitoring, perceived neighborhood safety, and prior adjustment. *Child Development* 1999;70(3):768–78.
- Phillips D, Scarr S & McCartney K. Child care quality and children's social development. *Developmental Psychology* 1987;23:537–43.
- Pierce KM, Hamm JV & Vandell DL. Experiences in after-school programs and children's adjustment in first-grade classrooms. *Child Development* 1999;70(3):756–67.
- Posner JK & Vandell DL. Low-income children's after-school care: Are there beneficial effects of after-school programs? *Child Development* 1994;65(2 Spec No):440–56.
- Posner JK & Vandell DL. After-school activities and the development of low-income urban children: a longitudinal study. *Developmental Psychology* 1999;35(3):868–79.
- Ramirez A. High school size and equality of educational opportunity. *Journal of Rural and Small Schools* 1990;4(2):12–19.
- Reynolds D & Teddie C. The process of school effectiveness. In: Teddie C & Reynolds D (eds). *The international handbook on school effectiveness research*. London, Falmer Press, 1997.
- Richter FD & Tjosvold D. Effects of student participation in classroom decision making on attitudes, peer interaction, motivation, and learning. *Journal of Applied Psychology* 2000;65:74–80.
- Rogers RG. Is bigger better? Fact or fad concerning school district organization. *Spectrum* 1987;5(4):36–39.
- Ruopp R et al. *Children at the centre: Final results of the national Day Care Study*. Cambridge, MA, Abt Associates, 1979.
- Rutter M et al. *Fifteen thousand hours*. London, Open Books, 1979.
- Samhällsekonomiskt beslutsunderlag: En hjälp att fatta bättre beslut. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm, Finansdepartementet, 1986 (Finansdepartementet, Ds Fi 1986:2).
- Sammons P et al. Continuity of school effects: A longitudinal analysis of primary and secondary school effects on GCSE performance. *School Effectiveness and School Improvement* 1995;6(4):285–307 Dec 1995.

- Sammons P, Mortimore P & Thomas S. Do schools perform consistently across outcome and areas? In: Gray J et al (eds). *Mergin traditions: The future of reserach on school effectiveness and school improvement*. London, Cassels, 1996.
- Samverkan.nu: Om professionella nätverk för ungdomar med särskilda behov. Stockholm, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2002.
- Sanders MR et al. The triple P-positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68(4):624–40.
- Skollag för kvalitet och likvärdighet. Betänkande från 1999 års skollagskommitté. Stockholm, Fritzes, 2002 (Statens offentliga utredningar 2002:121).
- Skolverket. Allmänna råd med kommentarer för öppen förskola. Stockholm, Skolverket, 2000a (Allmänna råd från Skolverket 2000:1).
- Skolverket. Allmänna råd med kommentarer för öppen fritidsverksamhet. Stockholm, Skolverket, 2000b (Allmänna råd från Skolverket 2000:2).
- Skolverket. Barnomsorg och skola 2000: Skolverkets lägesbedömning. Stockholm, Skolverket, 2000c.
- Skolverket. Rapportering av regeringsuppdrag. Relationer i skolan: En utvecklande eller destruktiv kraft. Stockholm, Skolverket, 2001 (Skolverket Dnr 01–2001:2136).
- Skolverket. Barnomsorg, skola och vuxenutbildning i siffror 2003. Del 2. Barn, personal, elever och lärare. Stockholm, Skolverket, 2003a.
- Skolverket. Barnomsorg, skola och vuxenutbildning i siffror 2003. Del 3. Kostnader. Stockholm, Skolverket, 2003b.
- Skolverket. Reformen maxtaxa och allmän förskola m.m. Uppföljning 2003. Skolverket, 2003c (Skolverkets rapport nr 231).
- Skolverket. Kartläggning av åtgärdsprogram och särskilt stöd i grundskolan. Stockholm, Skolverket, 2003d.
- Skolverket. Resultat från 2002 års föräldraundersökning. Kommande rapport.
- Slavin RE. Class size and student achievement: Small effects of small classes. *Educational Psychologist* 1989;24:99–110.

- Smedby B & Dahl T. WHO:s nya klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: En presentation av ICF. *Socialmedicinsk tidskrift* 2002;79(6):486–495.
- Smith DT & DeYoung AJ. Big school vs. small school: Conceptual, empirical, and political perspectives on the re-emerging debate. *Journal of Rural and Small Schools* 1988;2(2):2–11.
- Socialstyrelsen & Riksrevisionsverket. Lönar sig samarbetsamtal? En samhällsekonomisk studie. Stockholm, Socialstyrelsen, 1989 (SoS-rapport 1989:11).
- Socialstyrelsen & Riksrevisionsverket. Lönar sig beredskapsarbete? En samhällsekonomisk studie. Stockholm, Socialstyrelsen, 1990 (SoS-rapport 1990:7).
- Socialstyrelsen. Social service, vård och omsorg i Sverige 1996. Stockholm, Socialstyrelsen, 1996
- Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1997. Stockholm, Socialstyrelsen, 1997a.
- Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD-10). Stockholm, Socialstyrelsen, 1997b.
- Socialstyrelsen. Folkhälsoarbete och ekonomisk utvärdering: Metoder och synsätt. Stockholm, Socialstyrelsen, 1999 (SoS-rapport 1999:15).
- Socialstyrelsen. Förslag till modell för återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa. Stockholm, Socialstyrelsen, 2000 (Artikelnr: 2000-77-035).
- Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001. Stockholm, Socialstyrelsen, 2001a.
- Socialstyrelsen. Skolhälsovården 1998: Underlag för egenkontroll och tillsyn. Stockholm, Socialstyrelsen, 2001b (SoS-rapport 1998:10).
- Socialstyrelsen. ADHD hos barn och vuxna. Stockholm, Socialstyrelsen, 2002a.
- Socialstyrelsen. Barn och unga: Insatser år 2001. Socialstyrelsen, 2002b.
- Socialstyrelsen. Bearbetning av registret över socialtjänstens insatser för barn och ungdomar. Socialstyrelsen, 2002c.
- Socialstyrelsen. Skolhälsovården i tio kommuner i Sydsverige. Stockholm, Socialstyrelsen, 2002d.

- Socialstyrelsen. Vårdens värde: Vad får vi för pengarna i vård och omsorg? Stockholm, Socialstyrelsen, 2002e.
- Socialstyrelsen. Hur bedrivs skolhälsovård idag – förutsättningar och hinder: En studie omfattande nio kommuner 2003. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003a (Artikelnr: 2003-109-10).
- Socialstyrelsen. Socialtjänsten i Sverige: En översikt 2003. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003b.
- Socialstyrelsen. Tillgång till habilitering och rehabilitering för barn och ungdomar med funktionshinder: En kartläggning. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003c (Artikelnr: 2003-103-2).
- Socialstyrelsen. Mellan två stolar? Om samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri: verksamheternas behov av samverkan och hur de faktiskt gör. Socialstyrelsen, 2004 (Artikelnr: 2004-109-2).
- Spivac G & Shure M. Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems. San Fransisco, Jossey Bass, 1974.
- Stevenson KR. Elementary school student capacity: What size is the right size? *Educational Facility Planner* 1996;33(4):10–14.
- Strayhorn JM & Weidman CS. Follow-up one year after parent-child interaction training: Effects on behavior of preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):138–43.
- Stöd i föräldraskapet. Betänkande av Utredningen om föräldrautbildning. Stockholm, Fritzes, 2001 (Statens offentliga utredningar 1997:161).
- Teddie C, Reynolds D & Sammons P. The methodology and scientific properties of school effectiveness research. In: Teddie C & Reynolds D (eds). *The international handbook on school effectiveness research*. London, Falmer Press, 1997.
- Thompson JA. Scale economies and student performance in Hawaii. *Journal of Education Finance* 1994;19(3):279–91.
- Tremblay RE et al. A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63(4):560–8.
- Walberg HJ. Losing local control. *Educational Researcher* 1994;23(5): 19–26.

- Vandell DL & Corasaniti MA. The relation between third graders' after-school care and social, academic, and emotional functioning. *Child Development* 1988;59(4):868–75.
- Vandell DL, Henderson VK & Wilson KS. A longitudinal study of children with day-care experience of varying quality. *Child Development* 1988;59:1286–1292.
- Vandell DL & Ramanan J. Children of the National Longitudinal Survey of Youth: Choices in after-school care and child development. *Developmental Psychology* 1991;27(4):637–643.
- Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(5):715–30.
- Välfärd vid vägskäl. Delbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm, Fritzes, 2000 (Statens offentliga utredningar 2000:3).
- Välfärd, vård och omsorg. Forskarvolym från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm, Fritzes, 2001 (Statens offentliga utredningar 2000:38).
- Välfärdsbokslut för 1990-talet. Slutbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm, Fritzes, 2001 (Statens offentliga utredningar 2001:79).
- Zigarelli MA. An empirical test of conclusions from effective schools research. *Journal of Educational Research* 1996;90(2):103–10 Nov.–Dec. 1996.

Kostnadseffektanalys och kostnadsnyttoanalys

I den enklaste formen av ekonomisk analys jämför man olika insatser effekt i relation till kostnaderna, en så kallad kostnadseffektanalys. Olika insatser kan då exempelvis rangordnas efter hur stor effekt på barns psykiska hälsa de ger per satsad krona. För att det ska vara möjligt att göra en kostnadseffektanalys krävs det att resultaten av insatserna anges med ett gemensamt effektmått, till exempel minskat antal självmord, färre dagar hemma från skolan på grund av sjukdom, eller något annat mått som beskriver barns psykiska hälsotillstånd. Effektstudier ska helst mäta direkt hur en insats påverkar den psykiska hälsan hos barn och ungdomar. I vissa fall kan mer indirekta mått, till exempel skolprestationer, användas som en indikator. Vissa effektmått är mer naturliga för en viss insats än andra. Detta kan göra det svårt att jämföra olika typer av insatser med varandra även om de alla syftar till förbättrad psykisk hälsa hos barn.

Kostnadsnyttoanalys är en vidareutveckling av kostnadseffektanalysen. I denna analys kan effekterna och effektmåtten vara olika. Istället jämförs insatsernas inverkan på en persons nytta. I hälsoekonomiska studier används ofta olika standardiserade hälsoindex som ett gemensamt mått på insatsens nytta. Indexen beskriver olika hälso- och sjukdomstillstånd i termer av både livslängd och livskvalitet. Detta vägs ihop till en siffra mellan noll och ett. Därefter kan kostnaden för att få olika indexvärden genom olika insatser jämföras. De vanligaste indexen är DALY (disability adjusted life years, funktionsjusterade levnadsår), DALE (disability adjusted life years expected) och QALY (quality adjusted life years, kvalitetsjusterade vunna levnadsår) (Bremberg, 2003; Månsson & Rydberg, 2003b).

DALY beskriver sjukdomsburden i en befolkning. Det bygger på studier av olika sjukdomars förekomst och uppskattningar av hur stora funktionsförluster sjukdomarna medför. DALY har utvecklats av Världshälsoorganisationen och Världsbanken för att beskriva hälsotillståndet i världens befolkning och kan också användas i hälsoekonomiska utvärderingar. Måttet väger samman olika aspekter på sjukdom: förekomst, varaktighet, grad av funktionsnedsättning, dödlighet och ålder vid dödsfall. DALY beräknas som summan av antalet förlorade år på grund av för tidig död, och förlust på grund av funktionsnedsättning. Funktionsnedsättningsvikterna för olika sjukdomstillstånd har tagits fram genom expertbedömningar, främst av läkare (Månsson & Rydberg, 2003b).

DALE anger hur många år av liv med full hälsa som kan förväntas i en befolkning. DALE och DALY är jämförbara, även om DALY mäter de år som förloras på grund av för tidig död och ohälsa, medan DALE beskriver det friska liv som finns kvar när hänsyn tagits till ohälsan.

Även QALY mäter frihet från sjukdom och kan jämföras med DALE. QALY-måttet utvecklades för att användas i hälsoekonomiska utvärderingar, det vill säga för att kunna ställa insatsers kostnader i relation till hälsoeffekter uttryckt i både livslängd och hälsorelaterad livskvalitet (Månsson & Rydberg, 2003b). De kvalitativa aspekterna, det vill säga hur livskvaliteten påverkas, beräknas genom att olika hälsotillstånd först klassificeras och sedan värderas. Det finns flera olika metoder som kan användas för värderingen, som inte kommer att beröras närmare här. Ett gemensamt drag är att de bygger på att ett urval personer får svara på olika typer av frågor om hur de värderar olika hälsotillstånd. QALY har främst använts för att beskriva hälsovinster av enskilda behandlande och förebyggande insatser och inte för att beskriva den samlade hälsan i en befolkning. Det är önskvärt att en insats ger ett så högt DALE- eller QALY-resultat men så lågt DALY-resultat som möjligt (Bremberg, 2003).

Den här typen av mått på nyttan av olika insatser har kritiserats för att liv värderas olika beroende på hälsotillstånd. Värdet av insatser för en person med full hälsa blir större än värdet av insatser för en funktionshindrad eller sjuk person. I originalversionen av DALY-beräkningarna diskonteras också framtida hälsovinster samtidigt som äldres och barns sjukdomsår värderas lägre än vuxnas. Detta har fått mycket kritik och är inte brukligt i svenska tillämpningar. Måtten är också omdebatterade eftersom det har visat sig att värderingen av livskvalitet och olika hälsotillstånd påverkas av vem som tillfrågas och hur frågorna ställs (Månsson & Rydberg, 2003b). Psykiska problem medför också ofta förlust av livskvalitet för föräldrar, syskon, kamrater, lärare och andra personer i barnens omgivning. Det är ovanligt att effektmått tar hänsyn till sådana kvalitetsförluster.

Det finns således stora problem med att genomföra den här typen av analyser när det gäller generella insatsers betydelse för barns psykiska hälsa. Det saknas i stor utsträckning studier som använder gemensamma effektmått som gör det möjligt att jämföra olika insatser med varandra. De invändningar som finns mot nyttomått av typen DALY och QALY gör det också mindre lämpligt att använda dem som en gemensam måttstock på insatsernas nytta.

Nackdelen med kostnadseffekt- och kostnadsnyttoanalyser är också att de ger en begränsad bild av en insats olika konsekvenser. Analyserna redogör bara för en effekt av insatsen och hur den förhåller sig till kost-

naderna, istället för att väga samman alla olika effekter som en insats kan ge upphov till. Även om det är den psykiska hälsan som står i fokus för en viss studie kan man inte bortse från att många av de generella insatserna också har andra effekter. Insatser inom till exempel skolan påverkar inte bara den psykiska hälsan utan också kunskaper, social kompetens, m.m. Sådana aspekter kan dock lättare vägas in om man istället utgår från den samhällsekonomiska analysmetod som använts i denna rapport.

Mer om litteratursökningen

Vid litteratursökningen har först kriterier fastställts för vilka studier som ska analyseras. Ett antal litteraturlitabaser har också identifierats där den vetenskapliga litteraturen kring en viss fråga finns indexerad. Därpå har ett antal nyckelord för varje fråga preciserats, varefter själva sökningen i databaserna gjorts. Litteratursökningarna har begränsats till att gälla arbeten som publicerats i kollegialt granskade tidskrifter med en sammanfattning av arbetet tillgänglig i litteraturlitabasen. I den mån ett arbete publicerats i form av flera artiklar har det arbete som redovisar den längsta uppföljningen analyserats. Enbart empiriska studier har inkluderats. Översiktsarbeten av andra forskare har godtagits om de varit utformade som metastudier, det vill säga om urvalet av studier gjorts på ett systematiskt sätt som redovisas i artikeln och den samlade effekten från de ingående studierna har beräknats.

Lärartäthet och klasstorlek

Sökningar har gjorts på longitudinella studier, antingen som originalstudier eller som metastudier. I databasen PubMed användes sökorden *mental disorders + school + cohort studies + all child: 0–18 years*, i ERIC användes sökorden *achievement + longitudinal studies + class size*, i Social Sciences Citation Index sökorden *class size + achievement*, i ScienceDirect sökorden *class size + achievement* samt i PsyInfo (1977–) sökorden *school class + size + achievement*.

Skolans storlek

I databasen PubMed användes sökordet *school size*, i ERIC sökorden *school size + achievement*, i PsyInfo (1977–) sökorden *school size + achievement* samt i databasen ScienceDirect sökorden *school size + achievement*.

Elevinflytande

I databasen ERIC användes sökorden *participative decision making + longitudinal studies + journal article* samt *empowerment + achievement + journal article*. I PsycInfo användes *decision-making + participation + school* eller *parent influence + achievement + longitudinal* eller *decision-making + participation + school*.

Fritidsverksamhet

I databasen PubMed användes sökorden after school + ålder: 6–18 år, samt leisure activities + crime/prevention & control; i PsycInfo after school och i ERIC school age day care + research. För att en studie skulle inkluderas krävdes att studien avsåg organiserad verksamhet för barn i ålder 6–12 år ledd av vuxna utanför hemmet efter eller före skoltid.

Kompletterande tabell

Tabell 10b. Antal barn som under ett år kan få en viss insats för den kostnad som sparas in om ett fall av psykosociala arbetshinder, psykisk sjukdom eller missbruk kan förebyggas (två procents diskontering)

	Psykosociala arbetshinder	Psykisk sjukdom	Missbruk
Föräldrautbildning i grupp	1 090	3 920	6 930
Öppen förskola	110	400	710
Ökad personaltäthet förskola	60	220	380
Minskad klasstorlek grundskola	150	540	950
Kurator i skolan	4 080	14 690	25 970
Speciallärare i skolan	50	180	330
Minskad gruppstorlek fritids	310	1 130	2 000
Öppen fritidsverksamhet	100	380	660
Ungdomsmottagning*	3 610	12 990	22 970

*För ungdomsmottagning redovisas antal besök.

Summary

Mental ill health is a serious health problem among children and young people and societal measures are urgently needed. Most of the resources invested by society in children and young people are implemented in the form of general measures. Maternity and child healthcare, pre-school activities, schools, school healthcare, childcare for school children and youth guidance centres are all examples of generally available facilities. Other societal measures (e.g. social services work and child and youth psychiatry) are only aimed at children and young people who are mistreated in some way or who need special support. These are referred to as selective measures.

Despite the mental health of children and young people and favourable conditions during childhood and adolescence being high priority areas, society's resources are limited. Consequently, it is important to use available resources as efficiently as possible, i.e. we should put money into measures that have the best possible effect in relation to their cost. The purpose of this report is to describe the importance of maintaining an intersectoral and long-term perspective when priority is to be allocated to measures that affect the mental health of children and young people at different levels within municipalities, county councils and central government.

Children's and young people's mental health is affected by individual characteristics and by factors in the environment in which they grow up. General, high-quality measures can probably prevent and reduce mental ill health in children and young people. Since their content, organisation and resources are important to how children feel, they probably have an impact on the amount of the selective action some children and young people may require both during their childhood and adolescence as well as later on in life. There is probably a connection between the cut-backs in pre-school activities, school-age childcare and schools during the 1990s and the simultaneous increase in the number of visits to child and youth psychiatry clinics. This may, however, be a sign that co-operation between schools and the child and youth psychiatry services has not functioned satisfactorily in terms of providing preventive support to children in accordance with their individual needs and based on various competencies.

The review of international literature carried out as part of this report indicates there is a certain amount of research pointing to the importance

of factors such as support to parents and teacher-child ratios in pre-schools and schools. Research also indicates that special pedagogic initiatives and the professional skills of teachers are important to the school performance and mental health of children and young people. It should be emphasised that this does not mean we know for certain that other measures have no effect.

There is a serious lack of Swedish research into the effects of general measures aimed at children and young people. The shortage of relevant studies makes it difficult to evaluate the socio-economic consequences of different measures. Considering how important these general measures are to the environment in which children and young people grow up, it is essential for us to gain more knowledge as to their effect on children's mental health. To achieve this, we have to make efforts on the local level to document and follow up initiatives aimed at children and young people, as well as intensify research. This is an important method development tool and a platform upon which to develop tried and tested methods that can be disseminated, discussed and compared with other results.

The report introduces a socio-economic model whereby the costs of general measures are considered in the light of the effects they have on the mental health of children and young people and the socio-economic benefits they may generate as a result. The model is based on a prioritisation approach, which takes into account not only the costs incurred by the authority responsible for a specific measure but also how costs are affected in other sectors of society and in the long term.

To conduct a socio-economic analysis within this area, we must know what different conceivable measures cost and the effects they have on the mental health of children and young people. We also need to know how this affects social costs for other measures in both the short and long term. The report contains examples of the costs for different kinds of general measures aimed at children and young people. These costs are then compared both with the costs of different selective measures for children and young people, and with examples of costs incurred by society for mental ill health in adults. The calculations presented should be seen as examples of an analytical method. They are not primarily intended as a basis for comparison or choice between different conceivable measures.

The costs to society can rise to relatively high levels within a relatively short space of time unless mental problems are prevented and countered early on. The costs of foster family care for two years amount to just under SEK 800,000 and of residential care for a total of twelve months to about SEK 1.1 million. Costs may rise even higher if these

measures prove insufficient. The report also provides examples of what the costs of mental ill health can amount to, should it persist throughout a person's adult life. If a person develops a psychosocial occupational disability, social costs may amount to around SEK 2 million during a thirty-year period. Furthermore, the costs for mental disorders can also be high, about SEK 7–9 million for the example chosen. For a single drug abuser, the costs to society may amount to about SEK 12–15 million over a thirty-year period, depending on how we discount the costs.

It would be reasonable to say that there is socio-economic potential in investing in preventive measures within general activities aimed at children and young people, not least considering the expense involved in any future selective measures that may be required. However, we know too little to be able to say with any certainty that a certain measure will result in future economic gain. To gain a general picture, however, we can calculate the number of children that may benefit from a certain measure paid for by the money saved when a single case of psychosocial occupational disability, mental illness or substance abuse is prevented. Simply by preventing one case of substance abuse during adult life, we can provide supportive education aimed at improving parents' skills and the way they treat their children for approx. 3,400 or 6,900 sets of parents, depending on how we discount the costs. This type of education has shown itself to be effective with regard to preventing out-turned mental problems in children and young people. It does not seem unreasonable to suppose that by means of such a widespread educational measure, we could prevent at least one child from becoming a substance abuser. This is indeed what is required for the measure to be socio-economically profitable in the long term.

Socio-economic analyses need to be supplemented by a description of the distributional effects of these measures. These can be of two types: some describe the kinds of children that benefit from such measures (are these children the most important to reach?), and others describe where in our society various costs and savings arise. Different sectors of society and principals can incur higher and lower costs respectively as a consequence of the measure concerned. It is important to be aware of this as it can influence the incentives of the responsible authorities to carry out various measures.

The report illustrates this by calculating the costs to society for a person suffering from a psychosocial occupational disability for 30 years and then establishing that these costs are about as high as those involved in reducing the size of secondary school classes for 80 children for one year. If we assume the preventive measure may result in the prevention of one case of psychosocial occupational disability, society

makes neither a loss nor a profit in the long term. However, the picture differs from one authority to the next. The municipality foots the bill (just over SEK 1 million) for the implementation of the measure. These costs are balanced to a certain extent by the municipality's costs for psychosocial occupational disability being reduced in the future. Nevertheless, the municipality sustains a net cost of approximately SEK 650,000. For the other authorities affected by psychosocial occupational disability, such as the social insurance office, such measures provide a net profit. In this example, and from a strictly economic perspective, reduced class-size means a loss for the municipality but a substantial profit for other authorities.

Efficient co-operation between different activities and authorities may well be an essential prerequisite, not only for obtaining a good result from measures, but in order for the measures to be taken at all. Co-operation is important both regarding measures aimed at children who already have problems and regarding the drafting of early general measures aimed at preventing mental ill health.

The lack of both knowledge and a cross-sectoral perspective affects regional prioritisation work. Decision-makers frequently have to balance an immediate and certain cost for a particular measure against an uncertain gain sometime in the future – a gain, which furthermore might benefit another authority. A long-term perspective and co-operation between different authorities is therefore of great importance, not only in order to attain a good result, but also to use society's resources as efficiently as possible.

The conclusions drawn by this report can be summarised as follows:

- General societal measures aimed at children and young people such as child health care, pre-schools, school-age child care and schools make up a significant part of the environment in which people grow up and comprise most of the resources allocated by society to children and young people. They are therefore important to mental health.
- Prioritisation within this area should be based on knowledge of the effects of these measures on the mental health of children and young people and the socio-economic consequences. Savings in one sector may lead to increased costs in another. Priorities must therefore be allocated on a cross-sectoral basis.
- It is important, both from the individual and socio-economic perspective, that measures taken to prevent mental ill health are implemented at an early stage. Examples in this report show that

significant long-term human suffering and major social costs arise unless mental illness is prevented. Priorities need to be allocated in a long-term perspective.

- More knowledge is needed as to the effects of various measures on the mental health of children and young people. There is a major shortage of Swedish studies on the effects of general measures. Research therefore needs to be intensified in this area. Local politicians and civil servants play an important role here both in evaluating measures taken and applying the knowledge thus gained to practical prioritisation work.
- Knowledge about and use of socio-economic analyses as a basis for prioritisation needs to be increased.
- To make more efficient use of society's resources, it is important for the authorities involved to cooperate when planning and implementing measures. Political control is needed to establish well-functioning co-operation. All stakeholders need to invest time and resources in this area in order to achieve good results for the children and young people concerned.
- It is important to pay attention to the mental health of children and young people and continuously monitor developments in this respect.

