

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

Stöd för sociala investeringar i arbetet med barn
och unga

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

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

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

Artikelnummer: 2023-12-8866

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, december 2023

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

Förord

Tidiga samordnade insatser kan ses som en social investering. Att gemensamt satsa på barn och unga i ett tidigt skede är en långsiktig investering som samhället får igen mångfalt senare. Här finns stora vinster på samhällsnivå att hämta. Med den här kunskapen måste vi våga satsa. Och det måste vi göra tillsammans.

Investeringsperspektivet har varit en viktig utgångspunkt i utvecklingsarbetet som Skolverket och Socialstyrelsen gemensamt drivit inom regeringsuppdraget Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI). TSI har syftat till att förbättra lokal samverkan mellan elevhälsan/skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten, så att barn och unga som riskerar ogynnsam utveckling får tidiga och samordnade insatser. I regeringsuppdraget har Skolverket och Socialstyrelsen gett stöd till ett 40-tal utvecklingsarbeten runt om i landet.

Med denna rapport vill Socialstyrelsen och Skolverket stimulera huvudmännen att satsa på förebyggande insatser, att tänka långsiktigt och att samverka.

Rapporten syftar till att stödja verksamheternas arbete med att förstå ekonomiska incitament och skatta det samhällsekonomiska värdet av tidiga förebyggande insatser för barn och unga.

Rapporten har tagits fram av hälsoekonom Camilla Nystrand på Socialstyrelsen. Projektledare för arbetet har varit Kjerstin Bergman på Socialstyrelsen och Ebba Silfverstolpe Agardh på Skolverket.

Innehåll

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!	1
Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	6
Inledning	8
Sociala investeringar och dess framväxt	8
Syfte.....	9
Målgrupp	10
Metod	10
Några viktiga begrepp.....	10
Innehåll	11
Förebyggande arbete – olika perspektiv	12
Folkhälsoperspektivet.....	12
Det samhällsekonomiska perspektivet	12
Ekonomiska teorier om hälsans betydelse	13
Ett exempel på betydelsen av tidigt stöd	13
Agenda 2030 och förebyggande arbete	14
Hinder och potentiella lösningar för det förebyggande arbetet	15
Stuprörsproblemet	15
Försök att överbrygga glappen mellan verksamheter.....	16
Fokus på organiseringen – inte på resultatet för barnen.....	17
Omfördelnings-, kausalitets- och fördröjningsproblemen.....	18
Arbetsmodell för att överbrygga problemen	18
Problem-/behovsinventering	19
Åtgärd/insats på grupp- och individnivå	21
Resultat/effekt på gruppnivå/individnivå.....	22
Kortsiktighetsproblemet	23
Kort livslängd för nationella projekt	23
Sociala investeringar – försök att lösa kortsiktigheten	24
Beslutsfattare behöver efterfråga sociala effekter.....	25

Exempel på kartläggning, uppföljning och hantering av kortsiktighetsproblem	26
Malmö stad – Communities that Care (CTC)	26
Ekonomiska vinster till följd av förebyggande insatser	29
En bättre livsutveckling och minskade samhällskostnader	29
Ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa	29
Ekonomiska argument för att stärka sociala och emotionella färdigheter	30
Ekonomiska argument för elevstöd respektive föräldraskapsstöd	31
Exempel på beräkningar från samordnat förebyggande arbete	33
Trygg i Norrtälje kommun – Tink.....	33
Botkyrka kommun – våldspreventivt arbete.....	34
Verktyg för ekonomiska beräkningar.....	35
Mätning av indikatorer möjliggör kostnadsberäkningar.....	35
Beräkningsverktyg möjliggör prognosarbete	35
Pilottestade beräkningsverktyg.....	36
Stöd att prioritera det tidiga och samordnade arbetet.....	38
Tidiga förebyggande insatser kan ses som sociala investeringar	38
Vikten av samverkan och ett sektorsövergripande perspektiv	38
Sätt att stärka prioriteringsarbetet	39
Referenser	40
Bilaga: Effekt och ekonomiskt värde av tidiga insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård	45

Sammanfattning

Tidiga och samordnade insatser till barn och unga gynnar deras utveckling, har stor potential att skapa förutsättningar för framtida välmående, och innefattar också ett betydande samhällsekonomiskt värde. Denna slutsats vilar på en stor mängd forskning som bidrar med kunskap till hur förskola, skola, socialtjänst och hälso- och sjukvården kan förebygga och minska riskfaktorer, samt stärka de viktiga skyddsfaktorerna. Det dubbelriktade sambandet mellan hälsa och lärande och vikten av förebyggande och hälsofrämjande arbete är väldokumenterat i forskning och ett viktigt incitament för tidiga och samordnade insatser mellan olika aktörer. De ekonomiska incitamenten är tydliga utifrån forskningen, där man kunnat påvisa kostnadsbesparingar av tidiga insatser för olika aktörer. Till exempel har unga med gymnasieexamen som högsta examen en livstidsinkomst på cirka 1,6 miljoner mer än de med enbart grundskoleexamen.

Det tidiga arbetet prioriteras dock ofta ned, till fördel för akuta åtgärder när problemen redan uppstått. Orsakerna är flera. En utmaning är att de flesta offentliga beslutssystem bygger på ett ettårigt budgetperspektiv vilket gör det svårt att ta hänsyn till långsiktiga effekter vid planering och budgetering. En annan utmaning är att åtgärder som genomförs av en verksamhet kan leda till konsekvenser för andra verksamheter, både i positiv och negativ riktning. Kopplingen mellan åtgärd och resultat är inte alltid klar. Det tar ofta lång tid innan en insats effekter uppträder, ibland så lång tid att kopplingen blir oklar eller osynlig. Det finns också ett behov av mer systematiserad kunskap om resultatet av samverkan för barn och unga. Hittills har de flesta utvärderingar av samverkansmodeller fokuserat på själva arbetsprocessen istället för på deras inverkan på barns hälsa och välmående.

För att ta fram underlag som beslutsfattare kan använda för att prioritera krävs väl underbyggda analyser av behov, adekvata insatser, mätbara mål och ekonomiska incitament. För att undvika att barn och unga faller mellan stolarna krävs inte bara effektiva och kostnadseffektiva insatser, utan också samverkan mellan olika aktörer som möter barn och unga. Skolverket och Socialstyrelsens regeringsuppdrag om tidiga samordnade insatser (TSI), och många tidigare nationella satsningar på samverkansarbete, visar både på behovet av och en vilja att arbeta sektorsövergripande.

Satsningar på det tidiga och samordnade arbetet behöver grundas på välgjorda analyser av de långsiktiga konsekvenserna – både sociala och ekonomiska – av arbetet. I rapporten presenteras befintliga uppföljnings-

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

och beräkningsverktyg för både planering och prognos av det sociala och ekonomiska värdet av att prioritera ett tidigt förebyggande arbete.

Bilagan i rapporten innehåller en redovisning av vetenskapligt stöd för tidiga och förebyggande insatserns effektivitet och kostnadseffektivitet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Specifika programbaserade metoder i skolan inkluderas inte i bilagan. Det vetenskapliga stödet bygger på forskning där effekterna av det förebyggande arbetet undersökts. Resultaten visar bland annat att föräldraskapsstödsprogram inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är kostnadseffektiva för att förebygga och minska beteendeproblem hos barn samt minska emotionella problem. Resultaten visar också att kostnadseffektiviteten är tydlig redan på kort sikt, vilket är intressant för kommuner och regioner, vars budgetar ofta är kortsiktiga medan effekter av förebyggande arbete i de flesta fall visar sig först efter en längre tid.

Inledning

Att få tillgång till tidiga insatser kan på individnivå förebygga framtida utanförskap, till exempel i form av fysisk och psykisk ohälsa, arbetslöshet, missbruk och kriminalitet [1–3]. Men trots en omfattande forskning, som visar på betydande positiva effekter av tidiga insatser både för individen och samhällsekonomin, prioriteras det förebyggande arbetet oftast bort.

En utgångspunkt för denna rapport är den tidigare rapporten ”Tänk långsiktigt!” som Socialstyrelsen, Skolverket och Folkhälsoinstitutet (nuvarande Folkhälsomyndigheten) gav ut 2004. I rapporten från 2004 presenteras en samhällsekonomisk modell för att analysera värdet av förebyggande insatser med fokus på barns och ungdomars psykiska hälsa. De räkneexempel som presenteras i den rapporten visar att samhället kan få höga kostnader på längre sikt om psykisk ohälsa inte förebyggs genom tidiga insatser.

En andra utgångspunkt för rapporten är regeringsuppdraget som Skolverket och Socialstyrelsen drivit sedan 2017, Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI), som syftar till att förbättra lokal samverkan mellan elevhälsan/skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Målet är att barn och unga som riskerar ogynnsam utveckling ska få tidiga och samordnade insatser [10–12]. I regeringsuppdraget har Skolverket och Socialstyrelsen följt och stöttat ett 40-tal utvecklingsarbeten runt om i landet. Flera av de kommuner och regioner som ingått i satsningen har berättat att det tidiga och förebyggande arbetet ofta prioriterats bort i besparingssyfte. En viktig del i arbetet har därför varit att stödja utvecklingsarbetena i att bli långsiktigt hållbara. Utifrån detta perspektiv har man också diskuterat erfarenheterna av sociala investeringar och vilka förutsättningar som behövs för att sociala investeringar ska kunna stödja utvecklingsarbetet.

Sociala investeringar och dess framväxt

I rapporten *Med framtiden för sig – en ESO-rapport om sociala investeringar* beskrivs framväxten av konceptet sociala investeringar i Sverige [8]. Redan på 1980-talet introducerade nationalekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog socioekonomiska bokslut för att räkna på kostnader för utanförskap i relation till kostnaderna för förebyggande insatser. Genom sina kalkylmodeller har de kostnadsberäknat konsekvenserna av att inte agera förebyggande. De pekar på att den

vedertagna ekonomistyrningslogiken i offentlig verksamhet riskerar att belöna kortsiktighet och att skapa stuprörstänkande, medan förebyggande arbete riskerar att prioriteras bort. Nilsson och Wadeskogs kalkylmodeller har emellertid kritiserats, dels vad gäller metodologi, dels för att modellernas antaganden och kostnadsuppskattningar inte varit transparenta [9]. Trots bristen på transparens i beräkningsmodellerna tycks det som att Nilssons och Wadeskogs arbete haft betydelse för framväxten av sociala investeringar som idé i Sverige. Nilsson och Wadeskog argumenterade tidigt för att i de offentliga systemen skapa finansiellt utrymme för förebyggande insatser. Initialt innebär de en ökad kostnad men på sikt genererar de samhällsekonomiska besparingar.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har sedan 2015 arbetat med lokalt stöd när gäller sociala investeringar och har tagit fram olika stödmaterial¹. Arbetet har skett inom ramen för uppdraget psykisk hälsa². Sedan mitten av 00-talet har ungefär hälften av Sveriges 290 kommuner och regioner aktualiserat arbete med sociala investeringar på något sätt, enligt uppgifter från 2018 [37]. Antalet kommuner och regioner som har avsatt särskilda medel för sociala investeringar har ökat över tid, men volymerna i förhållande till driftsbudgetarna är små och det är svårt att hävda att det skett ett större genomslag. Däremot går det att se ett ökande genomslag för sociala investeringar som perspektiv under senaste åren, vilket delvis kan bero på utvecklingen internationellt och ett växande intresse från näringsliv och idéburen sektor [37].

Syfte

Rapporten syftar till att ge kommuner och regioner stöd att prioritera det tidiga, förebyggande och samordnade arbetet så att det blir stabilt och långsiktigt. Socialstyrelsen och Skolverket har inom ramen för regeringsuppdraget med Tidiga och samordnade insatser (TSI) identifierat dels ett stort behov av stöd till kommunerna och regionerna i att värdera resultat av det tidiga förebyggande samordnade arbetet, dels behov av stöd för att beräkna kostnader för arbetet på kort och lång sikt.

Vid dialoger med såväl företrädare för utvecklingsarbetena i TSI som SKR har man påtalat vikten av enkel och praktisk information om befintligt vetenskapligt stöd för att mäta effekter av insatser och beräkna deras

¹ <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/sociala-investeringar/>

² [SKR och staten har sedan 2012 gemensamt bedrivit ett långsiktigt arbete för att stärka och utveckla insatserna inom området psykisk hälsa och suicidprevention.](#)

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

kostnader. Man har även påtalat behovet av långsiktiga uppföljningar av effekter och kostnader.

Målgrupp

Målgrupp för rapporten är beslutsfattare och chefer i kommuner och regioner samt personal som arbetar på strategisk nivå med planering av det tidiga förebyggande och samordnade arbetet med barn och unga.

Metod

Socialstyrelsen och Skolverket har haft regelbunden dialog med utvecklingsarbetena i TSI vid nätverksträffar och uppföljningar, där frågan om hur det tidiga och samordnade arbetet kan bli mer långsiktigt har diskuterats. Frågan om hur sociala investeringar kan stödja arbetet har också diskuterats.

Därutöver har telefonintervjuer om behovet av stöd för att prioritera det förebyggande arbetet genomförts med en handfull utvecklingsarbeten i TSI samt med tjänstemän vid Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Dessutom har tre intervjuer genomförts med kommuner som på olika sätt arbetar med sociala investeringar.

En litteratursökning har också genomförts om vetenskapligt stöd för förebyggande insatsers effektivitet och kostnadseffektivitet, inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Några viktiga begrepp

Tidigt

Betyder att så tidigt som möjligt i barnets/den unges ålder eller i ett tidigt skede av en ogynnsam utveckling, förebygga och förhindra uppkomst av olika svårigheter och problem [4]. I rapporten används tidigt och förebyggande arbete synonymt.

Förebyggande arbete

Åtgärder för att identifiera och förhindra uppkomst av eller påverka fysiska, psykiska eller sociala problem. Förebyggande arbete handlar om att minska risken för ohälsa eller sociala problem [5, 6]. Målet med det förebyggande arbetet är att minska riskfaktorer genom att stärka skyddsfaktorer på individ-, grupp- och organisationsnivå. I den här rapporten används ordet "tidigt" synonymt med förebyggande arbete.

Främjande arbete

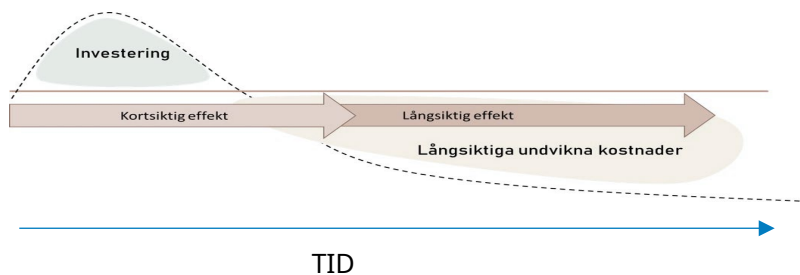
Åtgärder för att stärka eller bibehålla fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Skolans arbete med elevhälsa ska utgå från ett hälsofrämjande förhållningssätt. Det innebär att stärka och ta tillvara barns och ungas egna resurser [5, 6].

Samordnat och tvärsektoriellt

Syftar på koordination av resurser och arbetsinsatser mellan olika verksamheter för att erhålla högre kvalitet och effektivitet. Den forskning som är av relevans för denna rapport bygger främst på insatser genomförda av en specifik verksamhet. Om arbetet är tvärsektoriellt framgår det av texten.

Sociala investeringar

Arbetsätt där man idag satsar resurser på ett strukturerat och genomtänkt sätt för att förebygga fysiska, psykiska eller sociala problem hos barn och unga och deras familjer. Det kräver ett systematiskt arbete som hela tiden sätter sociala och ekonomiska utfall i fokus i ett längre tidsperspektiv [7].



Figur 1. Sociala investeringar syftar till kostnadsbesparingar på lång sikt. Investeringar i tidigt förebyggande arbete innebär minskade kostnader på sikt.

Innehåll

- En redovisning av ekonomiska vinster som kan kopplas till ett tidigt förebyggande arbete.
- Utmaningar i att arbeta förebyggande och beskrivningar av olika modeller som syftar till att möjliggöra och underlätta ett tidigt förebyggande arbete.
- En presentation av olika beräkningsverktyg som kan användas för att göra ekonomiska skattningar av kostnader och potentiella vinster med tidigt förebyggande arbete. Fokus ligger på hur utmaningarna med att prioritera det förebyggande arbetet kan överbryggas.
- En bilaga, som innehåller en redovisning av vetenskapligt stöd för tidiga och förebyggande insatser effektivitet och kostnadseffektivitet, inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Specifika programbaserade metoder i skolan inkluderas inte i bilagan.

Förebyggande arbete – olika perspektiv

För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor ges likvärdiga villkor och förutsättningar. Hälsan hos en individ är beroende av en rad faktorer som inkluderar individen själv, till exempel kön, ålder och ärftlighet. Andra faktorer som påverkar är bland annat relationer, uppväxt- och levnadsförhållanden, levnadsvanor, utbildning samt samhällets stödsystem.

Folkhälsoperspektivet

Folkhälsa är per definition befolkningens hälsotillstånd som formas genom ett samspel av faktorer, där skolan är ett exempel. I ett livslångt perspektiv är en positiv upplevelse av skolgången en viktig potentiell hälsoresurs. Sambandet mellan barns och ungas hälsa och lärande i förskola och skola är väldokumenterat i forskning och beskrivs som dubbelriktat. Det innebär att barns och ungdomars fysiska och psykiska hälsa är viktiga faktorer för deras förutsättningar i lärandet. Med andra ord: Om man mår bra så är det lättare att lära sig. Men dubbelriktningen innebär också att när man lär sig så kan det bidra till hälsa och välbefinnande [13].

Ett barns hälsa följer också tydligt den sociala gradienten i samhället, som innebär att ju bättre ekonomiska och sociala förhållanden, desto bättre hälsa. Därmed är förutsättningarna för barns hälsa och utvecklingsvillkor inte jämlika.

Risk- och skyddsfaktorer är centrala begrepp för att beskriva vad som påverkar utvecklingen av ohälsa hos barn och unga, och de är nära kopplade till hälsans bestämningsfaktorer. Riskfaktorer är förhållanden som ökar sannolikheten för en ogynnsam utveckling medan skyddsfaktorer ökar individens motståndskraft mot belastningar eller dämpar effekten av riskfaktorer [14].

Det samhällsekonomiska perspektivet

En viktig del i det förebyggande arbetet är vad det kostar och vad man potentiellt kan spara. Teorier och aktuell forskning, som presenteras i avsnitten nedan, visar tydligt att det finns en ekonomisk potential i tidigt förebyggande arbete men eftersom arbetet behöver vara långsiktigt kommer

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

fler av besparingarna att bli synliga först efter en lång tid. Arbetet innebär initialt betydande kostnader för alla inblandade verksamheter utifrån de investeringar i barns och ungas hälsa och välmående som måste göras. Det innebär att arbetet kräver en politisk förankring.

Ekonomiska teorier om hälsans betydelse

I flera nationalekonomiska teorier är hälsan av betydelse. I Grossmans [15] eller Beckers [16] teorier om hälsa- och humankapital ses hälsa dels som ett egenvärde, dels som något instrumentellt. Grossman menar att utbildning är en av de viktigaste faktorerna för en god framtida hälsa. Becker menar att hälsan, tillsammans med kunskaper, färdigheter och kompetenser som är komponenter i individers humankapital, är en investering i produktivitet.

Centralt för förståelsen av *humankapitalteorin* är tanken att samtliga delar kompletterar varandra, vilket innebär att en bra hälsa och goda förmågor i en viss period kan komma att höja produktiviteten av investeringar i nästföljande period. Därför kan utveckling av hälsa och olika förmågor och färdigheter påverkas på olika sätt, bland annat genom politiska åtgärder. Tre exempel: 1/ en åtgärd för att främja psykisk hälsa bland barn kan potentiellt öka lärande, 2/ ett större utbud av föräldraskapsstödsprogram skulle kunna leda till lägre sjukskrivning bland föräldrar och 3/ en investering i att öka barns förmåga att tolka, förstå och reglera känslor skulle kunna öka barns potential till högre utbildning och därmed bättre chanser på arbetsmarknaden.

Ett exempel på betydelsen av tidigt stöd

Ett tidigt svenskt exempel på Grossmanmodellen i praktiken är en försöksverksamhet från början av 1930-talet [17]. Då avsattes 30 000 kronor, i dagens penningvärde cirka 800 000 kronor, för en försöksverksamhet med mödra- och spädbarnsvård. Mellan 1931 och 1933 pågick försöksverksamheten i 59 utvalda kommuner på landsbygd och i städer. Verksamheten gick ut på att ge förebyggande vård utifrån tre huvudaktiviteter: (1) hälsoundersökningar, (2) information till mödrar om hur de bäst skulle ta hand om sitt barn och (3) hembesök.

Med hjälp av historiska data jämfördes uppgifter om hälsa och humankapital bland de barn som fick ta del av mödra- och spädbarnsvården med en kontrollgrupp av barn som inte fick ta del av försöksverksamheten. Resultaten visade att spädbarnsdödligheten var 24 procent lägre bland barn i försöksverksamheten och risken för att dö senare i livet var 7 procent lägre än i kontrollgruppen. Läs- och skrivkunnigheten förbättrades också i försöksverksamheten, speciellt bland flickor. Resultaten från barnens studier

tydde på att klyftan mellan pojkar och flickor som tog examen från realskolan minskade. Signifikant fler flickor från försöksverksamheten tog examen jämfört med flickor i kontrollgruppen, medan någon signifikant skillnad inte sågs för pojkar. I medelåldern var inkomsterna i genomsnitt 7 procent högre för individer från försöksgruppen, men det berodde helt och hållet på kvinnorna, vars inkomster var 20 procent högre. Resultaten visar sammanfattningsvis att tidig spädbarnsvård kan åstadkomma en långvarig förbättring i människors livsvillkor, vilket ju också får en samhällsekonomisk betydelse [17].

Agenda 2030 och förebyggande arbete

Förebyggande insatser är en viktig utgångspunkt även i Agenda 2030, de globala utvecklingsmål som beslutades av FN:s generalförsamling i september 2015. De globala målens ledord är *Leave No One Behind* och omfattar alla hållbarhetsaspekter, både social hållbarhet, miljö- och ekonomiska aspekter. Viktiga mål när det gäller barn och unga är mål 3: hälsa och välbefinnande, och mål 4: god utbildning för alla. Delmål 4.1 anger att det senast år 2030 ska säkerställas att alla flickor och pojkar fullbordar avgiftsfria och likvärdiga grundskole- och gymnasieutbildningar av god kvalitet, som leder till relevanta och ändamålsenliga kunskaper.

Även de folkhälsopolitiska målen i Sverige rör barn och unga. De handlar bland annat om att skapa, stötta och stärka en god start i livet och om jämlika uppväxtvillkor, så att alla barn får grundläggande förutsättningar för att kunna utveckla kognitiva, psykologiska, sociala och fysiska förmågor. Målen rör också kunskaper, kompetenser och utbildning, för vilka skolan är en viktig arena [18].

Hinder och potentiella lösningar för det förebyggande arbetet

Samtidigt som det finns forskningsstöd för att tidiga förebyggande insatser till barn och unga lönar sig både på kort och på lång sikt, och både för individen och för samhället, prioriteras ändå det förebyggande arbetet oftast bort. Orsakerna är flera. I det följande avhandlas några av dem.

- **Stuprörersproblemet.** Skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, polis med flera har olika uppdrag, arbetssätt och kompetensområden, vilket innebär en rad utmaningar för att få till stånd ett gott samarbete. Ett hinder är att det saknas lagstöd för en gemensam individbaserad dokumentation och uppföljning mellan verksamheterna. Det innebär att det är svårt att följa upp resultatet av de insatser som ges till enskilda barn och unga.
- **Kausalitets-, omfördelnings- och fördröjningsproblemen.** Insatser som genomförs av en verksamhet kan leda till konsekvenser för andra verksamheter, både i positiv och negativ riktning. *Kopplingen* mellan insats och resultat är inte alltid klar. Det tar ofta *lång tid* innan en insats effekter uppträder, ibland så lång tid att kopplingen blir oklar eller osynlig.
- **Kortsiktighetsproblemet.** Eftersom de flesta offentliga beslutssystem bygger på det ettåriga budgetperspektivet är det svårt att ta hänsyn till långsiktiga effekter vid planering och budgetering.

Stuprörersproblemet

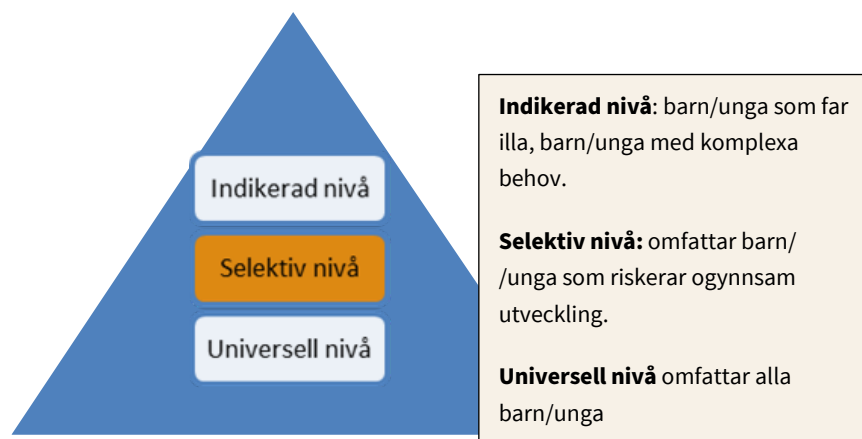
Förskolan och skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården har delvis separata, delvis gemensamma ansvarsområden i det åtgärdande, förebyggande och främjande arbetet. Även andra aktörer, som fritidsverksamheter, polis och civilsamhälle, har en betydande roll i det förebyggande arbetet. Beslutsfattare inom verksamheter som har ett främjande eller förebyggande ansvar vad gäller barn och unga har dock sällan vare sig kunskap, möjligheter eller mandat att agera utanför den egna verksamheten. När insatser genomförs av en verksamhet kan det medföra konsekvenser för andra aktörer, både i positiv och negativ riktning. Ansvarsfördelningen mellan de olika verksamheterna är ofta otydlig och samverkan mellan de olika aktörerna är ofta bristfällig, vilket lyfts fram i tillsynsrapporter från bland andra IVO och Skolinspektionen [22, 23]. Detta bidrar till att barn och familjer ofta upplever att de inte får det stöd de behöver [24].

Försök att överbrygga glappen mellan verksamheter

I utredningen *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* presenteras i delbetänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34) en litteratursammanställning av svenska och internationella exempel på samverkan mellan olika aktörer för barn och unga [25]. Exempelen är emellertid ofta lokala och tillfälliga lösningar på samordningsproblem och inte systemomvandlande samverkansmodeller. De handlar dock om att prioritera resurser till att hitta sätt att överbrygga stuprör.

Tidiga samordnade insatser (TSI)

I regeringsuppdraget *Tidiga och samordnade insatser (TSI)*, har ett 40-tal utvecklingsarbeten medverkat, där personal från elevhälsa/skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetat tillsammans för att i ett tidigt skede diskutera och bedöma vilka insatser barn och unga behöver. I det brottsförebyggande arbetet, som några utvecklingsarbeten också arbetat med, tillkommer ytterligare aktörer, som polis och fritidssektor [4]. TSI är inte en viss metod utan bygger på att verksamheterna har tydliga strukturer och rutiner för tvärprofessionell samverkan och samordning av insatser. Barn respektive vårdnadshavare kan behöva stöd på olika nivåer. Tidigt förebyggande arbete (på selektiv nivå, se figur 2 nedan) inbegriper i regel flera verksamheter som behöver ha ett väl fungerande samarbete för att möta målgruppens olika behov. Det handlar om att erbjuda insatser som dels minskar riskfaktorerna, dels stärker skyddsfaktorerna omkring ett barn. Insatserna följs upp kontinuerligt.



Figur 2. Triangeln är framtagen i TSI-satsningen, inspirerad av preventionstriangeln.

Skottlandsmodellen

Internationella exempel, som bland annat Getting It Right For Every Child (GIRFEC, också kallad Skottlandsmodellen) [26], syftar till att förbättra samordningen mellan olika verksamheter genom att ha barnet i centrum för bedömnings-, planerings- och stödprocesser. Gemensam budget och styrning har visat sig vara viktiga förutsättningar för en lyckad implementering av modellen. Den gemensamma budgeten innebär att budgetar för socialt arbete, hälsa och utbildning slås samman för att samfinansiera välfärdsinsatser. Modellen har spridits internationellt och flera svenska regioner och kommuner arbetar med inspiration från Skottlandsmodellen för att utveckla sina samverkansstrukturer och arbetssätt.³

Lokala samverkansmodeller

Fler exempel på systemomvandlande samverkansmodeller presenteras i en bilaga till delbetänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* [25], bland annat goda lokala exempel från Norrtälje och Botkyrka kommun.

Fokus på organiseringen – inte på resultatet för barnen

En observation som gjorts i samband med litteraturöversikten i utredningen *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn* är att det finns det få utvärderingar som mäter samverkansmodellernas inverkan på barns hälsa och välmående. Många utvärderingar fokuserar på själva arbetsprocessen och hur väl den fungerar organisatoriskt. Det finns några

³ Vid Linnéuniversitetet pågår ett sexårigt forskningsprogram, Connected Children, för att se hur den skotska modellen GIRFEC införs och modifieras i Sverige.

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

lyckade exempel men det går inte att utifrån dem dra några säkra slutsatser om samverkansmodellernas inverkan på barns hälsa och välmående. Orsaker är bland annat att lokala anpassningar oftast leder till stora skillnader mellan modellerna, vilket gör det svårt att utvärdera dem. Till det ska läggas att utvärderingarna inte alltid håller en acceptabel vetenskaplig kvalitet.

Omfördelnings-, kausalitets- och fördröjningsproblemen

Vilka insatser leder till vilka effekter? I vilka verksamheter syns dessa effekter? Kopplingen mellan en insats och resultat är inte alltid klar. Det kan också ta lång tid från start av insats till märkbar förändring, ibland så lång tid att kopplingen mellan dem blir oklar eller osynlig. Omfördelningsproblemet handlar också om vem som investerar och vem som över tid gynnas ekonomiskt av satsningen. Oftast kan det handla om olika verksamheter och därmed blir frågan om vem/vilka ska betala och vem/vilka som gynnas problematisk, utifrån hur verksamheters budget utdelas och hanteras. Den som investerar i en insats får inte alltid intäkten. Insatser som exempelvis ges och betalas av hälso- och sjukvården för att minska ett normbrytande beteende kan på sikt ha potential att gynna kriminalvården ekonomiskt genom att risken för brottslighet minskar.

Arbetsmodell för att överbrygga problemen

För att kunna överbrygga problemen med omfördelning, kausalitet och fördröjning, är olika komponenter av betydelse. Dessa komponenter skapar tillsammans en förändringsteori, också kallad logikkedja. Denna teori bygger på att man utifrån en grundlig problem/behovsanalys skapar ett mål och syfte med ett projekt eller arbete, för att sedan identifiera relevanta åtgärder/insatser för att nå målen, och slutligen sätta upp mätbara resultat/effekter för målen⁴.

⁴ Det finns flera namn på logikkedjan, på ungefär samma idé: Programteori (Utvärderingslitteratur), Verksamhetslogik (Ekonomistyrningsverket), Förändringsteori (ESF), Effektlögik (Vinnova), Förändringshypotes, Theory of action, Impact pathways, Logic model, Programme logic, Intervention logic. Läs mer om förändringsteori och komponenterna här: [Utfall på vägen mot långsiktig förändring – när skapas impact? | RISE](#).

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

Logikkedjan kan användas i förändringsarbete på olika nivåer; på verksamhets-, grupp- och individnivå.



Problem-/behovsinventering

Första steget är en grundlig *problem-/behovsinventering*, som medför en prioritering mellan de behov man vill fokusera arbetet på. Vid en sektorsövergripande probleminventering tar man hänsyn till behov som kan behöva hanteras av flera verksamheter som arbetar med tidiga insatser. Det kan exempelvis handla om parallella insatser i skolan och hälso- och sjukvården. En insats från en av dessa verksamheter kan också ha en inverkan på de mål som mäts i en annan verksamhet. Exempelvis kan insatser i hälso- och sjukvården ha en inverkan på hur väl man når kunskapsmålen i skolan.

En startpunkt för inventeringen är att kartlägga och bedöma förekomst av olika typer av problem som barn och unga som grupp kan ha i en kommun eller region, och vilka förändringar som behövs på verksamhetsnivå.

Informationssamling och analys kan utföras på ett övergripande plan för att få en indikation om behov hos en viss grupp av barn och unga i en kommun eller region.

På individnivå kan man identifiera vilka behov och förutsättningar som finns för det enskilda barnet. För att fånga upp den enskilde individens behov är screeninginstrument, individuella samtal eller enkäter exempel på användbara verktyg. Inom ramen för regeringsuppdraget i TSI har Skolverket och Socialstyrelsen identifierat olika verktyg som används i kommuner och regioner. I det följande redovisas några exempel⁵.

I Borlänge kommun och i kommunerna i Region Örebro län arbetar man med elevhälsosamtal och en elevhälsoenkät för att samla in data. Enkäten innehåller bland annat frågor om hälsotillstånd, levnadsvanor och förhållanden i skolan och på fritiden. Elevhälsosamtalen genomförs i

⁵ Exempelen är hämtade från en förstudie som forskningsinstitutet RISE Social and Health Impact Center genomförde inom ramen för TSI-satsningen hösten 2020.

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

förskoleklass, i årskurserna 4 och 7 samt första året i gymnasiet. Samtalen sammanställs på gruppnivå i elevhälsodatabasen ELSA och därifrån kan data brytas ner på exempelvis enhetsnivå för att göra jämförelser. Utifrån enkätsvaren tar man sedan fram risk- och skyddsfaktorer som är relaterade till välmående och hälsa.

Några av utvecklingsarbetena i TSI arbetar med kartläggning av barns och ungas individuella behov, såsom tidiga tecken på svårigheter eller problem inspirerad av Wellbeing wheel, som har sitt ursprung i GIRFEC/Skottlandsmodellen. Detta kartläggningsstöd används främst i förskola och skola. Varje bokstav i SHANARRI⁶ (det engelska namnet) står för ett av de åtta områden som visas i cirkeln nedan (figur 3).



Figur 3. Wellbeing wheel, ett stöd vid kartläggning av barns och ungas individuella behov. Varje bokstav i SHANARRI (det engelska namnet) står för ett av de åtta områden som visas i cirkeln.

⁶ Utvecklingsarbetena i Sverige har gjort olika översättningar och anpassningar av SHANARRI-modellen utifrån sina lokala kontexter. I Faluns "Tillsammans för varje barn" benämns det som Må-bra-hjulet, Ystad har i sin satsning Backa Barnet tagit fram Behovskompassen och i Region Kronoberg benämns det som Barns-bästa-hjulet ut.

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

De åtta sektorerna brukar översättas med: trygg, hälsosam/må bra, presterande (utifrån sin potential), omvårdad/fostrad, aktiv, respekterad, ansvarstagande och inkluderad⁷. De SHANARRI-baserade verktygen är avsedda att användas i samtal med barn/unga och vårdnadshavare exempelvis inom mödra- och barnhälsovården samt förskolan och skolan.

Ett annat exempel på att identifiera barns och ungas individuella behov är Region Västerbottens handbok för Hälsa, lärande och trygghet (HLT) [28] som utgör en del av första linjen för psykisk hälsa. I handboken framgår att ett tvärprofessionellt team kan välja att använda Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) både för bedömning av behov och för uppföljning av mål. SDQ är ett väletablerat mätverktyg som finns i flera versioner, bland annat för barn och unga, för föräldrar och för lärare. HLT-handboken rekommenderar även Outcome Rating Scale/Session Rating Scale för att utvärdera behov och följa upp mål hos barn och unga.



Åtgärd/insats på grupp- och individnivå

Åtgärder som riktas mot barn och unga på gruppnivå bygger på det som kommit fram i kartläggningar, till exempel behov av att skapa en tryggare miljö på skolgårdarna genom att ha rastvärdar. På individuell nivå kan det handla om en riktad insats för ett barn eller en ung person vars behov uppmärksammas genom en individuell kartläggning, till exempel föräldraskapsstöd för att stärka föräldrarna. Insatser på individnivå i det tidiga och förebyggande arbetet bygger ofta på en tvärprofessionell bedömning och på ett samarbete med barnets/den unge och föräldrarna.

Eftersom det inte finns – och aldrig kommer att finnas – vetenskapliga utvärderingar av alla insatser som används får man ofta stödja sig på andra källor som säger något om nyttan med insatserna. Det viktiga är att vara öppen med vilken kunskap som finns om insatserna och att följa upp resultatet för de enskilda individerna. I valet av insatser är det därför viktigt

⁷ Den översättning som Linnéuniversitet använder sig av i forskningsprojektet Connected Children.

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

att de insatser som man väljer att prioritera kan ha en inverkan på de identifierade behoven, utifrån de underlag man har att tillgå.

Även om det finns stöd för en viss insats är det inte självklart att den ska användas i det enskilda fallet. Kontextuella omständigheter, budget, prioriteringar och den enskildes inställning till att ta emot insatserna kan påverka möjligheten att använda insatsen. Vissa insatser kan kräva långa utbildningar och lokala anpassningar, vilket innebär att de är både tids- och kostnadskrävande. Det kan bidra till att de bedöms som mindre användbara.



Resultat/effekt på gruppnivå/individnivå

Målen för en åtgärd/insats ska vara kopplade till de problem/behov man vill hantera med en viss åtgärd, och de ska vara mätbara. Dessa mål följs upp inom ramen för uppföljning och utvärdering för att få kunskap om huruvida åtgärden haft någon inverkan. Resultaten för varje enskild individ kan sammanställas på gruppnivå, vilket ger värdefull information om den specifika verksamhetens klienter/brukare. Informationen är också av betydelse för verksamhetens planerings- och utvecklingsarbete.

För att mäta resultat/effekt kan man göra en föremätning vars värden senare kan jämföras med resultatet efter genomförd insats. Dessa för- och eftermätningar kallas ofta för effekt- eller resultatindikatorer eller mätbara mål [29]. Under tiden man implementerar en åtgärd kan man också använda sig av processindikatorer för att se så att implementeringen går i den riktning man avser.

Effekt- eller resultatindikatorer

eller mätbara mål är begrepp som används för att beskriva insatsens inverkan på identifierade mål för den aktuella målgruppen som berörs. Exempel på effektindikatorer är *förbättrad läsförmåga eller minskad skolfrånvaro*. Mäts oftast före och efter en insats.

Processindikatorer

avser aktiviteter som genomförs inom ramen för en insats. Exempel på processindikatorer är *hur många möten man hållit eller hur många som deltagit* i en kurs.

För att ta reda på om det verkligen är en specifik insats som bidragit till en förändring – positiv eller negativ eller ingen förändring alls – behövs någon form av kontrollgrupp bestående av individer som i viktiga avseenden liknar utvärderingsgruppen, men som inte ges den insats som ska utvärderas. Man använder sig av kontrollgrupper för att isolera effekten av en insats, just för att kunna kontrollera för att inga andra faktorer kan ha påverkat resultatet. Kontrollgrupper används oftast i vetenskapliga studier, mer sällan vid utvärdering av insatser som ingår i det ordinarie arbetet. Resultat från uppföljningar/utvärderingar i en verksamhet kan ge viktig kunskap på lokal nivå och är en viktig del i planeringen av framtida arbete. De kan däremot inte säga något om orsakssamband mellan insats och resultat. För att det ska vara möjligt krävs utvärderingar med kontrollgrupp.

Kortsiktighetsproblemet

De flesta offentliga beslutssystem bygger på ettåriga budgetperspektiv och det saknas styrinstrument för att hantera långsiktiga effekter [30]. Det innebär att det är svårt att prioritera tidiga insatser som är breda, både i tids- och organisationsmässig bemärkelse. Beslutssystemen är inte riggade för en bred samverkan och långsiktiga satsningar.

Kort livslängd för nationella projekt

Nationella satsningar på tidigt förebyggande arbete har ofta varit kortsiktiga projekt. Majoriteten av statliga satsningarna inom området psykiatri och psykisk (o)hälsa har vanligen pågått under en tidsperiod på två till fem år, och har riktats mot olika målgrupper [31]. Arbetet har i låg grad utförts med

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

hjälp av statens traditionella styrmedel, till exempel normering. Oftast har arbetet genomförts med hjälp av så kallade mjuka styrformer, såsom riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser. Den nationella styrningen har präglats av en långtgående tilltro till ”goda exempel”, vilket har gjort att staten främjat försöksverksamheter, pilotprojekt och andra former av projektverksamheter på kommunal och regional nivå [31]. Efter projekttidens slut har det i många fall inte funnits medel för att låta projektet pågå tills projektet – arbetssättet/metoden – implementerats och blivit en del av den ordinarie verksamheten.

Sociala investeringar – försök att lösa kortsiktigheten

Problemet med bristen på ett sektorsövergripande och långsiktigt perspektiv har man försökt komma åt med sociala investeringar, som handlar om att satsa resurser på ett strukturerat och genomtänkt sätt för att uppnå ett visst resultat över tid [8]. För att lyckas med ambitionerna krävs ett systematiskt arbete som hela tiden sätter sociala och ekonomiska utfall i fokus. Arbetet ska utveckla nya metoder och arbetssätt, stimulera samverkan över förvaltningsgränser och med andra aktörer, och bidra till organisationsutveckling. Arbetssättet syftar även till att bryta kortsiktigt budgettänkande och det antas kunna leda till sociala och hälsomässiga vinster samt effektivare resursanvändning eller kostnadsbesparingar. Sociala investeringar ska följas av utvärderingar av givna insatsers effekt. För att understödja att effektutvärderingar görs har ett antal kommuner arbetat med återföringsmodeller, det vill säga metoder och arbetssätt för ”hur pengarna ska räknas hem”. Många kommuner har använt sig av så kallade sociala investeringsfonder, där särskilda medel avsatts utanför ordinarie kommunbudgetar. Ur dessa investeringsfonder har man kunnat ansöka om finansiering av sociala investeringsprojekt. En majoritet av kommunerna har arbetat efter principen att återföring av ekonomiska vinster av projektet ska göras om projekten har lett till resultat eller noterade kostnadsminskningar. Ofta finns det en fastställd tidsram för återföring.

Hinder för arbete med sociala investeringar

De som arbetar med sociala investeringar upplever en rad hinder enligt en studie om sociala investeringar i Sverige 2022 [32], som sammanfattas nedan.

Arbetet är tidsbegränsat

Det har bland annat varit svårt att uppskatta långsiktiga effekter av de sociala investeringar som provas i kommuner och regioner eftersom de är

relativt begränsade i sin omfattning. Dessutom sträcker sig satsningarna oftast inte över en längre period än två till fem år. Av en ESO-rapport från 2020 framgår att flera kommuner och regioner har avvecklat sitt arbete med sociala investeringar [8]. Angivna orsaker är bland andra att man antingen inte har haft finansiellt utrymme för att fortsätta, att ansökningsprocessen för att få medel till de sociala investeringsprojekten är komplicerad och att det finns krav på återbetalning.

Svårt att foga samman verksamheternas olika uppdrag

I studien från 2022 om sociala investeringar i Sverige [32] lyfts problemet med samarbete inom och över organisationsgränser. Här såg man att sociala investeringsprojekt i Västra Götalandsregionen hade svårt att foga ihop olika verksamheters ansvar, strategiska målsättningar och arbetssätt till ett fungerande samarbete. I studien framkommer att samarbetet kantades av spänningar som ledde till instabilitet. (Se också i avsnittet ”Hinder och utmaningar” om stuprörproblemet).

Inga öronmärkta pengar

De sociala investeringarna var en del av driftsbudgeten och finansierades inte genom en specifikt avsatt fond. Med korta budgetperioder hamnade man i ett läge där det fanns risk för att de sociala investeringsprojekten skulle avvecklas vid varje budgets slut.

Ansökningsförfarandet upplevs som svårt och komplicerat

Det märktes också att de som ansökte om medel från de sociala investeringsfonderna upplevde ansökningsförfarandet som ett stort och komplicerat arbete. Tecken på det var att det i ansökningarna saknades information om orsakssamband eller uppgifter om hur den sociala och ekonomiska effekten skulle mätas.

Beslutsfattare behöver efterfråga sociala effekter

I ESO-rapporten om sociala investeringar finns olika rekommendationer utifrån analyser av det sociala inventeringsarbetet [8].

Den offentliga styrningen borde gå från en snäv och kortsiktig styrmodell till en modell med ett tydligare utfallsfokus. En förutsättning för detta är att beslutsfattare i större utsträckning efterfrågar sociala effekter av de insatser som görs. Samtidigt påpekar man att det råder otydligheter kring, och finns olika uppfattningar om, förutsättningarna för att budgetera och redovisa sociala investeringar i förhållande till kommunallagens praxis. I rapporten rekommenderas även att man utreder kommunernas och regionernas

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

möjligheter att avsätta medel och disponera positiva ekonomiska resultat i sociala investeringar.

Exempel på kartläggning, uppföljning och hantering av kortsiktighetsproblem

Arbetet med kartläggning och uppföljning av åtgärder/insatser för att prioritera resurser kan se ut på olika sätt. Behovsinventering, planering av åtgärder insatser och uppföljning kan göras på både individnivå och organisations- eller kommunnivå.

Inom ramen för denna rapport har det under 2022 genomförts tre intervjuer med kommuner som en längre tid arbetat med sociala investeringar eller på andra sätt gett det förebyggande arbetet en högre prioritet. Malmö stad är ett intressant exempel på hur arbetet med kartläggning och uppföljning kan läggas upp med ambitionen att prioritera resurserna rätt.

Malmö stad – Communities that Care (CTC)

Malmö stad har sedan hösten 2018 arbetat med Communities That Care-modellen (CTC) [27], som bygger på vetenskaplig grund och går ut på att skapa goda och trygga uppväxtvillkor för barn och unga.

Modellen utgår ifrån att det finns många faktorer i samhället som påverkar barns och ungas uppväxtvillkor. Arbetet handlar om att undanröja riskfaktorer och tillföra skyddsfaktorer i barnens livsmiljöer. Dessa faktorer identifieras utifrån lokala identifierade behov och tillgångar, och insatser skräddarsys därefter.

10-årig handlings- och budgetplan

CTC innebär ett samarbete mellan aktörer i närområdet, såsom förskola, skola, socialtjänst, polis, räddningstjänst, civilsamhälle, boende och näringsliv. Med en 10-årig handlings- och budgetplan säkerställs långsiktighet i det förebyggande och främjande arbetet.

Man börjar med att mäta risk- och skyddsfaktorer

Första steget är att genomföra en skolenkät för att mäta risk- och skyddsfaktorer bland barn och ungdomar. Lokala arbetsgrupper, bestående av olika professioner, samlar in ytterligare data och prioriterar därefter två till fem risk- och skyddsfaktorer som behöver hanteras i olika geografiska områden. Varje område har sin egen profil utifrån problembeteenden, risk- och

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

skyddsfaktorer, och behov av resurser och insatser. Arbetet förankras och beslutas politiskt.

Därefter görs en handlingsplan med konkreta mål för de problem som man vill minska/lösa och för de risk- och skyddsfaktorer som man vill undanröja respektive stärka. I nästa steg väljer man ut lämpliga insatser och program som har stöd i forskning eller beprövad erfarenhet. De mål som sätts är både kort- och långsiktiga. Implementeringsplaner görs upp utifrån vetenskaplig grund och handlingsplanen förankras och beslutas på politisk nivå.

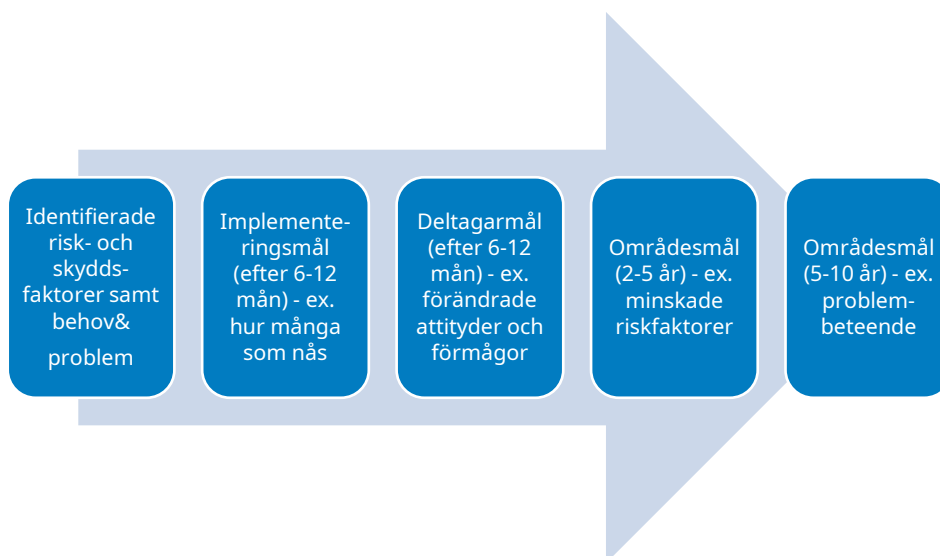
Uppföljnings- och utvärderingsplaner på aggregerad nivå tas fram, samt checklistor för implementering av program och insatser. Planerna följs sedan upp årligen för att säkerställa att de kortsiktiga målen kan uppfyllas och för att vid behov kunna korrigera arbetet.

Målen tas fram genom en tydlig logikmodell. Initialt gör man en grundlig analys av individernas behov och av vilka professioner som är relevanta för att möta dessa behov. De insatser som väljs ut har en vetenskaplig eller beprövad grund, och syftar till att antingen förebygga identifierade riskfaktorer eller stärka skyddsfaktorer.

Uppföljningsperioder på upp till tio år

Inom 6–12 månader efter implementering följer man upp implementeringsmål, exempelvis hur många som nås av insatsen. Man tittar även på deltagarmål, exempelvis huruvida barnens attityder, kunskap och förmågor förändrats. Deltagarmål, som är förändringar i risk- och skyddsfaktorer, har identifierats som nödvändiga för att kunna nå områdesmålen cirka 2–5 år efter implementeringen. Långsiktigt (5–10 år) följer man upp andra områdesmål, exempelvis problembeteenden som identifierats i den initiala behovsanalysen. Dessa problembeteenden har en tydlig vetenskaplig koppling till de risk- och skyddsfaktorer som man arbetar med.

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!



I CTC görs kontinuerligt uppföljningar både för individer och organisationen. Genom dessa uppföljningar tydliggörs problem och hinder i ett tidigt skede och det ger en indikation om vad man kan förvänta sig när det gäller områdesmålen. Den kontinuerliga uppföljningen kan därigenom höja motivationen för att tålmodigt arbeta vidare mot de långsiktiga resultaten.

Ekonomiska vinster till följd av förebyggande insatser

Förebyggande arbete handlar om att minska risken för ohälsa eller sociala problem hos de barn och unga som tar del av förebyggande insatser [5, 6]. Ambitionen med det förebyggande arbetet är att komma in i ett tidigt skede innan problemen vuxit sig stora vilket i sin tur förväntas ge lägre belastning på välfärdssystemet vilket i sin tur förväntas leda till minskade samhällskostnader, framförallt på lite sikt.

En bättre livsutveckling och minskade samhällskostnader

Det finns många exempel på den ekonomiska lönsamheten av förebyggande insatser, vilket bekräftas av forskning. Med tidiga förebyggande insatser kan man undvika oönskade konsekvenser för individen senare i livet, vilka oftast också innebär stora kostnader för samhället. Många problem som uppstår i tidig ålder har exempelvis en koppling till vilken utbildningsnivå man når, vilket i sin tur har en inverkan både på produktivitet och lön. Tidig ohälsa kan i vissa fall även leda till ytterligare ohälsa senare i livet, något som kan vara kostsamt för bland annat hälso- och sjukvården. Tidiga insatser är ofta lönsamma i ett längre tidsperspektiv. Insatsernas nytta märks alltså inte i direkt anslutning till att insatsen ges men kan förebygga oönskade framtida konsekvenser. I det följande beskrivs några exempel.

Ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa

I betänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* sammanfattas den senaste forskningen som ger ekonomiska argument för att förebygga psykisk ohälsa [25] Argumenten finns redan under graviditeten.

Kostnadseffektivt att identifiera depression hos blivande och nyblivna mödrar

En studie från 2016 visar att en prenatal depression kostar mer än en (1) miljon kronor för en mamma och cirka 500 000 kronor för ett barn utifrån ett livstidsperspektiv [33]. Kostnaderna ligger inte främst på hälso- och sjukvårdssektorn utan på utbildningssektorn och rättsväsendet. Dessa kostnader är ett tydligt ekonomiskt incitament för att investera i åtgärder för

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

att identifiera risken för depression hos blivande och nyblivna föräldrar. Ett antal ekonomiska utvärderingar visar att det är kostnadseffektivt att förebygga och/eller behandla tidig prenatal depression [34].

Kostnadseffektivt med föräldraskapsstödprogram

Även studier av föräldraskapsstödsprogram visar på kostnadseffektivitet. Programmen är kostnadseffektiva för att förebygga och minska beteendeproblem hos barn. Det gäller också för problem som ångest och depression [35].

I Storbritannien har man genomfört en ekonomisk utvärdering av föräldraskapsstödsprogrammet De otroliga åren [36]. Programmet finns tillgängligt även i Sverige, för föräldrar med barn i 3-8-årsåldern. Man uppskattade framtida kostnader och kostnadsbesparingar fram till barnens 30-årsdag, med ekonomiska skattningar för hälso-, socialtjänst- och utbildningssektorn samt rättsväsendet. Forskarna skattade en avkastning på 4,57 kronor för varje spenderad krona. I svenska studier har man sett en avkastning som varierat mellan 6,3 och 39 kronor per investerad krona för programmen Cope, Connect, Komet och De otroliga åren [37]. Intäkter i den svenska studien inkluderade poster för utbildning och hälso- och sjukvård samt framtida livstidsinkomst.

Ekonomiska argument för att stärka sociala och emotionella färdigheter

Insatser för att stärka barns sociala och emotionella färdigheter (SEL) har visat sig ha positiv påverkan på barns psykiska välmående, skolprestationer och prestationer på arbetsmarknaden, vilket bland annat sammanfattas i SBU:s översikt från år 2022 om främjande insatser för psykiskt välbefinnande hos barn och ungdomar [38].

Gymnasieexamen viktig för en positiv livsutveckling

Heckman och Kautz jämförde studenter, som inte fullföljt sin gymnasiala utbildning (avhoppare) utan fått högskolebehörighet genom att genomföra olika tester, med studenter som tagit gymnasieexamen [39]. Avhopparna hade sämre sociala och emotionella färdigheter och lägre sannolikhet att klara av universitetsstudier. Vidare hade de kortare anställningar, lägre timlön, högre skilsmässonivåer, sämre hälsa och högre sannolikhet att hamna i kriminalitet. I en studie av Roberts et al. såg man att sociala och emotionella färdigheter hade en något lägre inverkan än IQ-värde på arbetsrelaterade utfall, men en högre effekt än vad föräldrars inkomst och socioekonomisk status hade [40].

Positiv effekt på både hälsa och samhällsekonomi

Ett exempel på den potentiella ekonomiska lönsamheten av SEL-program är utvärderingar av insatsen Good Behavior Game (GBG), som i Sverige finns i olika varianter, bland annat Höjaspelet [41]. Flera forskningsstudier om GBG har visat effekter på både psykisk och fysisk hälsa hos barn, med positiv inverkan på skolresultat, vilket leder till en rad andra förbättringar på sikt [42, 43]. I USA har man skattat att GBG kan leda till en avkastning på upp till 63 kronor per investerad krona [44]. Dessa resultat är från långsiktiga prognoser för individer som fått ta del av GBG som barn. I prognoserna har man inkluderat kostnadsbesparingar för bland annat hälso- och sjukvården, arbetsmarknaden och rättsväsendet.

Ekonomiska argument för elevstöd respektive föräldraskapsstöd

I en rapport som gjordes på uppdrag av RISE Social & Health Impact Center presenterades samhällsekonomiska beräkningar för olika fallstudier [45]. Studierna handlade om (1) etablering på arbetsmarknaden efter gymnasiesärskolan, (2) multisensorisk metod för inläsning (läsklar), (3) läxhjälp, (4) SkolFam och (5) föräldraskapsstödsprogram. Nedan presenteras en kort sammanfattning av resultaten från studierna.

”Jobb i sikte” – för bättre chans till etablering på arbetsmarknaden

Insatsen utvärderades i tre gymnasiesärskolor i Örebro [46]. Resultatet visade en väsentligt förbättrad arbetsmarknadsetablering för de fyra årskullarna med sammanlagt 69 elever som deltog i projektet, jämfört med tidigare årskullar. Insatsen kostade 20 miljoner kronor, vilket innebar en kostnad per elev på 290 000 kronor.

Genom långsiktiga prognosmodeller fram tills att individerna fyllt 29 år såg man att varje investerad krona i insatsen kunde ge cirka 2 kronor tillbaka. Det beräknades på bortfallet av kostnader för daglig verksamhet och produktionsvärdet för dem som var i arbete. Räknade man fram till 65 års ålder, där mer långsiktigt produktionsvärde inkluderades, var avkastningen 3,5 kronor per investerad krona.

Läsklar – hjälp för barn med lässvårigheter

Ett fältexperiment sattes upp med 161 elever som skolorna ansåg hade störst risk att hamna i lässvårigheter [47]. Tolv skolor i skånska kommuner deltog. Resultatet visade att eleverna fick signifikant bättre resultat på standardiserade test för avkodning och bokstavskänneteknik jämfört med

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

andra metoder med liknande inriktning. Insatsen kostade cirka 6 400 kronor per elev. Man fann att varje investerad krona kunde ge nästan 2 kronor tillbaka om man räknade hem ett ökat produktionsvärde fram till 65 års ålder. Författarna påpekar dock att länken mellan studiens effektmått och predicerade effekter på gymnasiebehörighet är svag och inte baserad på svenska data.

Läxhjälp – ökad chans att nå godkända resultat i kärnämnen

Insatsen [48] har utvärderats för en grupp på 55 elever i högstadiet, som inte hade godkänt i kärnämnen i årskurs 7. Analysen visade att andelen som uppnådde godkända resultat i kärnämnen i årskurs 9 ökade signifikant mer för gruppen som fick läxhjälp jämfört med kontrollgruppen. Insatsen kostade cirka 12 000 kronor per elev och år. När man uppskattade avkastningen utifrån livstidsinkomst fann man att varje investerad krona kunde ge upp emot 6 kronor tillbaka, om man räknade hem ett ökat produktionsvärde fram till 65 års ålder.

SkolFam – hjälp till att förbättra skolresultat

Insatsen har som mål att dels öka enskilda elevers möjlighet att förbättra sina skolresultat, dels utveckla en god arbetsorganisation för hela gruppen familjehemsplacerade barn. Totalt inkluderades 21 barn i en utvärdering av SkolFam som riktade sig till elever i årskurs 1– 6 [49]. Man kom fram till att programmet kan generera en avkastning på drygt 2 kronor per investerad krona om man räknade hem ett ökat produktionsvärde fram till 65 års ålder. Författarna påpekar dock att resultaten bör tolkas med försiktighet eftersom undersökningsgruppen är liten.

Föräldraskapsstödsprogram

Insatsen som presenteras i fallstudien är indikerade insatser som riktar sig till föräldrar till barn som uppvisar utagerande beteende. Man jämförde barn som fick ta del av något av fyra program (Komet, Connect, De Otroliga Åren och Cope) och självhjälpsboken ”Fem gånger mer kärlek” med en kontrollgrupp, och tittade på effekter direkt efter insatsen (4 månaders-uppföljning). Dessa effekter länkades sedan till behörighet till gymnasiet, varpå livstidsinkomst prognostiserades. Resultaten visade att varje investerad krona för programdeltagande kunde ge upp till 15 kronor tillbaka och en ännu större avkastning för dem som använt självhjälpsboken eftersom kostnaden för den var låg [37].

Eftersom det finns ett samband mellan beteendeproblem och gymnasiebehörighet uppskattade man det långsiktiga ekonomiska värdet av

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

föräldraskapsstödsprogram utifrån livstidsinkomst [50]. Författarna uppskattar att behörighet till gymnasiet kan leda till ett netto-nuvärde av livstidsinkomsten på 1,3 miljoner kronor per elev jämfört med elever utan gymnasiebehörighet. För dessa pengar kan man till exempel erbjuda ett föräldraskapsstödsprogram som kostar 5 000 kronor per individ till 260 föräldrar.

Exempel på beräkningar från samordnat förebyggande arbete

Ekonomiska analyser har också genomförts av samordnat förebyggande arbete i kommuner i Sverige. I det följande beskrivs två rapporter med fokus på arbete med tidiga insatser i Norrtälje respektive Botkyrka kommun. Rapporterna togs fram av Uppsala Universitet 2020 på uppdrag av Länsstyrelsen Stockholm [51, 52].

Trygg i Norrtälje kommun – Tink

I Norrtälje ligger det förebyggande och främjande arbetet i en gemensam avdelning som går under namnet Trygg i Norrtälje kommun, Tink. Avdelningen styr, samordnar och utvecklar trygghetsarbetet i kommunen, på uppdrag av och med mandat från politik och ledning. Tink är en stödfunktion för andra kommunala förvaltningar och ansvarar för samordningsstrukturen mellan kommunala och regionala samverkansplattformar och andra samhällsaktörer, såsom polis och hälso- och sjukvård. Plattformarna finns på olika nivåer, från chefsnivå till operativa nivåer.

Kan leda till stora samhällsbesparingar

Enligt rapporten från Uppsala universitet kan det förebyggande arbetet i Norrtälje kommun leda till stora samhällsbesparingar [51]. Eftersom flera insatser med vetenskaplig förankring har implementerats i kommunen, exempelvis föräldraskapsstödsprogrammet ABC och suicidförebyggande YAM (Youth Aware of Mental Health), har man kunnat göra en ekonomisk prognos. I rapporten redovisas att man även beaktat risk- och skyddsfaktorer och följt förändringen av dessa hos insatsgrupper över tid, och att man med hjälp av registerdata jämfört insatsgruppen med en kontrollgrupp som inte tagit del av insatserna.

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

I rapporten sammanfattas att den årliga budgeten för Tink (cirka 10 miljoner kronor) kan jämföras med exempelvis:

- en potentiell tioårsbesparing till följd av minskade våldsbrott vid skolv Slutning (16–28 miljoner kronor)
- en potentiell årlig besparing utifrån minskat narkotikaberoende (5,7 miljoner kronor)
- en potentiell femårsbesparing till följd av minskat riskbruk av alkohol bland vuxna (21 miljoner kronor), där 10 miljoner av kostnadsbesparingarna tillfaller kommunen.

Botkyrka kommun – våldspreventivt arbete

Botkyrka kommun har i likhet med Norrtälje kommun utformat sitt främjande och förebyggande arbete utifrån sin lokala problembild. Arbetet samordnas genom Botkyrkas Våldspreventiva center, som likt Tink har uppdrag, resurser och mandat att leda samverkan. Utifrån beslut från kommunfullmäktige bedrivs och finansieras det våldsförebyggande arbetet inom ramen för den ordinarie verksamheten för att säkerställa ett långsiktigt arbete. Inom det våldspreventiva centret samverkar och samordnas socialtjänst, förskola, fritidsverksamhet, grundskola, polis, räddningstjänst och aktörer i civilsamhället.

Våldspreventivt program för barn och unga

Socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen i Botkyrka kommun har sedan 2014 utvecklat det universella våldspreventiva programmet TÅGET, ett program för barn och unga med ett tydligt genus- och åskådarperspektiv. Åskådarperspektivet innebär att aktivera alla personer runt omkring våldet och utmana normen ”lägg dig inte i”.

Fler elever med gymnasiebehörighet kan ge stora samhällsbesparingar

Enligt rapporten från Uppsala Universitet kan det våldsförebyggande arbetet i Botkyrka kommun leda till samhällsbesparingar för olika sektorer vid olika tidpunkter [52]. Misstanke om våldsbrott har minskat sedan kommunen påbörjade det våldsförebyggande arbetet. Störst kostnadsbesparing kan ses utifrån ett ökat antal elever med gymnasieexamen, vilket har potential att generera framtida kostnadsbesparingar på upp till 66 miljoner för kommunen, 40 miljoner för regionen och 107 miljoner för staten.

Verktyg för ekonomiska beräkningar

Mätning av indikatorer möjliggör kostnadsberäkningar

För att beräkna lönsamheten, det vill säga beräkna kostnader och potentiella kostnadsbesparingar av förebyggande tidiga insatser, krävs att man identifierat behov och omformulerat dessa till mätbara mål. De mätbara målen bör även vara möjliga att prissätta. Med målsättningar som ”öka barns deltagande” eller ”öka barns känsla av trygghet” är det svårt att uppskatta vad det skulle innebära i potentiella kostnadsbesparingar. Mäter man däremot indikatorer som har en tydlig koppling till kostnader, går det att beräkna potentialen för kostnadsbesparing. Exempel på sådana indikatorer eller mål är exempelvis psykisk hälsa, placering i familjehem, betyg i årskurs 6 och 9, behörighet till gymnasiet eller fullföljd gymnasieutbildning.

Beräkningsverktyg möjliggör prognosarbete

Det är svårt för många verksamheter att följa upp de ekonomiska konsekvenserna av förebyggande arbete eftersom det ofta saknas kunskap om, eller utrymme för, att beräkna resultat i ekonomiska termer. Att ta hänsyn till hur insatser eller åtgärder påverkar andra förvaltningars budget ställer också stora krav på uppföljningsprocessen och samverkan. Till stöd för att beräkna kostnaden för, och den ekonomiska lönsamheten av, tidiga insatser finns det flera beräkningsverktyg som är framtagna i Sverige.

Verktygen bygger på beprövad erfarenhet, uppgifter från lokala förvaltningar, vetenskapliga studier och statistik från befolkningsregister. Flera av verktygen möjliggör inte endast en beräkning av huvudmannens kostnader för insatsen, utan kan även ge användaren en prognos för hur kostnadsbilden kan se ut för andra verksamheter eller samhällssektorer på sikt.

De resultat som tagits fram med hjälp av beräkningsverktygen bör dock tolkas med försiktighet, bland annat därför att lokala förutsättningar oftast inte kan integreras i verktygen. Man kan alltså inte anta att prognoserna ger en sann bild av hur resultaten av implementering av en insats kommer att bli. Däremot kan resultaten ge ett underlag för diskussion, och kan utgöra ett underlag för prioritering och beslutsfattande.

Pilottestade beräkningsverktyg

Nedan presenteras två exempel på kostnadsfria beräkningsverktyg som används/testas idag i Sverige. Verktøygen har pilottestats och validerats av forskare och sakkunniga.

KAMSO – kalkylverktyg för långsiktiga prognoser

Umeå universitet har utvecklat KAMSO, ett kalkylverktyg för långsiktiga prognoser av insatser mot social utsatthet [53]. KAMSO kan användas som beslutsstöd i valet mellan olika förebyggande insatser för barn och ungdomar och det kan också användas för att i efterhand uppskatta kostnadskonsekvenser av sådana insatser. I verktyget får användaren själv lägga in information om en viss insats, dess kostnad och effektivitet, för att sedan få en prognos för potentiell ekonomisk lönsamhet. För att använda KAMSO i sin nuvarande form ska målet med insatsen vara att fler ungdomar ska klara grundskolan och/eller gymnasiet med fullständig betyg, alternativt att ungdomar med ”hemmasittarproblematik” ska bryta sin isolering. Forskargruppen som tagit fram kalkylverktyget arbetar med att bredda verktyget så att det även ska omfatta insatser till andra grupper.

Beräkningarna nyttjar nationella registerdata och jämför förväntat livslopp för personer som slutför grundskolan respektive gymnasiet med personer som av olika skäl inte lyckas med detta. Beräkningarna görs på gruppnivå och är en uppskattning av vilka konsekvenser som kan förväntas av en viss insats vad gäller livslängd och livskvalitet samt förväntade ekonomiska konsekvenser för individ, kommun, region och staten. KAMSO har både pilottestats och använts av kommuner och andra aktörer, och har validerats av externa referensgrupper bestående av forskare och andra sakkunniga inom området.

Tillgång till KAMSO

Verktyget är kostnadsfritt och kan användas efter en utbildning som utförs av Umeå Universitet. Mer information om verktyget och utbildningen finns på Umeå universitets hemsida⁸.

Beräkningsverktyg med fokus på barns och ungas psykiska hälsa

Uppsala universitet har på uppdrag av Idéer för Livet tagit fram ett verktyg för att skatta de sociala och ekonomiska konsekvenserna av förebyggande insatser som har vetenskapligt stöd [54]. Beräkningsverktyget har ett fokus på tidiga insatser för barns och ungas psykiska välmående.

Verktyget är baserat på både svensk och internationell forskning. Det har både pilottestats och använts av kommuner och andra aktörer, och har

⁸ <https://www.umu.se/forskning/grupper/kamso/>

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

validerats av externa referensgrupper bestående av forskare och andra sakkunniga inom området.

Med hjälp av verktyget ges möjlighet

- att få information om vilka insatser som det finns evidens för inom området
- att beräkna potentiella kostnader för den verksamhet som kan tänkas implementera insatsen
- att beräkna kostnader och potentiella kostnadsbesparingar utifrån den målgrupp man arbetar med.

Insatserna i verktyget är uppdelade i två nivåer, universella insatser som erbjuds till alla barn och indikerade insatser som riktas till barn och unga som redan upplever ett problem. För varje insats ges information om kostnadsbesparingsanalysen: hur effektiv och kostsam den är utifrån hur många som får insatsen, vilka besparingar man kan göra genom att investera idag samt vilken avkastning investeringen ger på kort-, medel- och lång sikt.

Verktyget, som beskrivs mer i detalj i Socialmedicinsk tidskrift [55], visar förändringar i utfall (psykisk ohälsa, behörighet till gymnasiet, alkohol- och narkotikaberoende, långtidsarbetslöshet och suicid) och uppskattningar av insatsens kostnad för de barn man som man väntas nå samt kostnadsbesparingar (undvikna kostnader). I verktyget går det också att få information om kostnadsbesparingar uppdelade per sektor (kommun, region och stat).

Tillgång till verktyget

Verktyget är kostnadsfritt och kan användas efter en utbildning som utförs av Uppsala universitet. Mer information om verktyget och utbildningen finns på Idéer för Livets hemsida⁹.

⁹ <https://www.ideerforlivet.se/utbildningar/berakningsverktyg-for-evidensbaserade-insatser-uppsala-universitet/>

Stöd att prioritera det tidiga och samordnade arbetet

Vad behövs för att kommuner och regioner ska kunna prioritera det tidiga, och samordnade arbetet så att det blir stabilt och långsiktigt? I det här avslutande avsnittet summeras några viktiga utgångspunkter.

Tidiga förebyggande insatser kan ses som sociala investeringar

Begreppet sociala investeringar innebär att man idag satsar resurser på att förebygga sociala problem och personligt lidande för individen och dennes familj, och sätter dessa kostnader i relation till de vidhängande kostnader som annars kommer att belasta samhällsekonomin i framtiden. Insatser som ger långsiktiga effekter behöver värderas högre än vad som normalt görs idag. För detta behövs uthållighet eftersom vinster av det förebyggande arbetet ofta uppstår långt efter det att den investerade kostnaden gjorts. Men det finns också utvärderingar av föräldraskapsstöd i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med barn med beteende- och emotionella problem som visat på positiva resultat redan på kort sikt. Rent generellt förutsätter dock arbete med sociala investeringar någon form av långsiktiga investeringsmedel. Det kan därför behövas uppdaterade eller nya strukturer för finansiering av förebyggande insatser, exempelvis att man lokalt och regionalt undersöker förutsättningarna för att avsätta särskilda medel inom respektive budgetar.

Vikten av samverkan och ett sektorsövergripande perspektiv

Samverkan är inget mål i sig utan ett medel och en grundförutsättning för att få en helhetssyn på barn och ungas behov. 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 inkluderar samhällsekonomiska beräkningar som visar hur kostnaderna påverkas även för andra huvudmän. Det behövs en lokalt fungerande och kontinuerlig dialog och samsyn mellan olika huvudmän. Prioriteringar behöver i många fall göras gemensamt. 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 den ska komma till stånd.

Sätt att stärka prioriteringsarbetet

Det finns ett stort behov av tidigt och samordnat stöd, men det är samtidigt ett ofrånkomligt faktum att samhällets resurser är och förblir otillräckliga för alla de insatser som är önskvärda. Beslutsfattare tvingas därför att prioritera mellan insatser för olika grupper och inom olika problemområden. De resurser som finns behöver användas så effektivt som möjligt och i enlighet med lagstiftning, nationella mål, etiska principer och annan önskvärd inriktning på verksamheten.

Några utgångspunkter för att stärka prioriteringsarbetet:

- Prioriteringar måste göras, både på kort och lång sikt, och ett längre perspektiv än innevarande mandatperiod eller budgetår är nödvändigt. Den offentliga styrningen behöver också gå från en snäv och kortsiktig styrmodell till en modell med ett tydligare utfallsfokus. En förutsättning för detta är att beslutsfattare i större utsträckning bland annat efterfrågar sociala effekter av de insatser som görs.
- Det finns stöd för att prioritera resurser, till exempel logikmodellen, med vars hjälp man kan kartlägga problem, föreslå och följa upp åtgärder. Logikmodellen presenteras på sidan 18 och ett konkret exempel är Communities that Care (CTC) från Malmö stad på sidan 26.
- Arbetet behöver vara sektorsövergripande, det vill säga att det behöver genomföras i samverkan mellan olika huvudmän som arbetar med barn och unga.
- Arbetet behöver utgå ifrån ett helhetsperspektiv som beaktar både risk- och skyddsfaktorer. (Exempel på skyddande faktorer är skolan och föräldrar.)
- Det behövs en tydligare efterfrågan på lokala uppföljningar och utvärderingar inom både kommunal och regional verksamhet, som kan bidra med underlag i prioriteringsarbetet. Det finns också beräkningsverktyg till hjälp. Några presenterats i rapporten på sidan 35.
- Det behövs fler utvärderingar av samverkansmodeller som mäter just inverkan på barns hälsa och välmående, vilket ju är syftet med samverkan. De flesta utvärderingar fokuserar i stället på själva arbetsprocessen och på hur väl den fungerar organisatoriskt.
- En förutsättning för att kunna prioritera mellan olika insatser är underlag som visar på effekter av olika förebyggande insatser. I bilagan redovisas exempel på effektiva förebyggande insatser inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Referenser

1. Karoly LA (2016) The Economic Returns to Early Childhood Education. *Futur Child* 26:37–55
2. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS (2005) Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise. <https://doi.org/10.7249/MG341>
3. Reynolds AJ, Temple JA (2008) Cost-effective early childhood development programs from preschool to third grade. *Annu Rev Clin Psychol* 4:109–139
4. Socialstyrelsen., Skolverket (2023) TSI-boken. Stöd i arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga.
5. Socialstyrelsen Socialstyrelsens termbank. <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>. Accessed 11 Sep 2023
6. Kunskapsguiden Främja och förebygga ohälsa. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/vagledning-for-elevhalsa/halsoframjande-skola/framja-halsa-och-forebygga-ohalsa/>. Accessed 11 Sep 2023
7. RISE Så kan långsiktiga sociala investeringar finansieras. <https://www.ri.se/sv/berattelser/sa-kan-langsiktiga-sociala-investeringar-finansieras>. Accessed 11 Sep 2023
8. Balkfors A, Bokström T, Salonen T (2020) Med framtiden för sig – en ESO-rapport om sociala investeringar [With the future at hand - an ESO-report on social investments]. Stockholm
9. Hultkrantz L (2015) Att utvärdera sociala investeringar. Stockholm, Sverige
10. Utbildningsdepartementet (2017) Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga. U2017/01236/GV
11. Utbildningsdepartementet (2020) Ändring av uppdraget att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga samt förlängd tid för uppdraget. U2020/00363/S
12. Utbildningsdepartementet (2023) Förlängd tid för uppdraget att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga. U2023/01937
13. Skolverket (2019) Hälsa för lärande – lärande för hälsa. Stockholm, Sverige

14. Socialstyrelsen (2020) Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende - Kunskapsstöd för socialtjänsten. Stockholm, Sverige
15. Grossman M (2000) The human capital model. In: Handb. Heal. Econ. Elsevier, pp 347–408
16. Becker GS (1975) Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education. New York
17. Karlsson M, Nilsson T (2018) Den allmänna och fria spädbarnsvårdens betydelse för hälsa, utbildning och inkomster. Stockholm, Sverige
18. Socialdepartementet God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik 2018:Prop. 2017/18:249. Stockholm, Sverige
19. Socialdepartementet (2023) Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Stockholm, Sverige
20. Socialdepartementet (2020) Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag SOU 2020:47. Stockholm, Sverige
21. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) Sociala investeringar. <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/sociala-investeringar/>. Accessed 11 Sep 2023
22. Skolinspektionen Elevers behov och skolans insatser. Stockholm, Sverige
23. Inspektionen för vård och omsorg (2015) Elevhälsan - Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län.
24. Socialstyrelsen (2019) Behov av nationella kunskapsstöd inom området neuropsykiatriska funktionsnedsättningar Behovs- och problemanalys avseende god vård.
25. Sarkadi A, Nystrand C, Johansen K, Marchi J, Johansson N DJ (2021) Bilaga 4- Att organisera för jämlik hälsa, effektivitet och investeringar för framtiden. Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga SOU 202134
26. Scottish Government Getting it right for every child (GIRFEC).
27. Malmö Stad Communities that Care (CTC). <https://malmo.se/Communities-That-Care-CTC.html>. Accessed 11 Sep 2023
28. Region Västerbotten HLT Handbok - vägledning och riktlinjer.
29. Socialstyrelsen (2020) Handbok för utveckling av indikatorer - För god vård och omsorg. Stockholm, Sverige

30. Finansdepartementet (2011) Budgetlagen 2011:213.
31. Socialdepartementet (2018) För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt SOU 2018:90. Stockholm, Sverige
32. Lagström C (2022) The Profit of Prevention – A Study of Social Investments in a Swedish Region. Göteborgs Universitet
33. Bauer A, Knapp M, Parsonage M (2016) Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *J Affect Disord* 192:83–90
34. Gurung B, Jackson LJ, Monahan M, Butterworth R, Roberts TE (2018) Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations. *BMC Pregnancy Childbirth* 18:179
35. Sampaio F, Nystrand C, Feldman I, Mihalopoulos C (2022) Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health: a systematic review of economic evaluations. *Eur Child & Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01969-w>
36. Gardner F, Leijten P, Mann J, Landau S, Harris V, Beecham J (2017) Could scale-up of parenting programmes improve child disruptive behaviour and reduce social inequalities? Using individual participant data meta-analysis to establish for whom programmes are effective and cost-effective. *Public Heal Res J* 5:1–144
37. Nystrand C, Hultkrantz L, Vimefall E, Feldman I (2019) Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res* 47:300–315
38. Statens Beredskap för Medicinska Utvärderingar (SBU) Främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och ungdomar. Stockholm, Sverige
39. Heckman JJ, Kautz T (2012) Hard evidence on soft skills. *Labour Econ* 19:451–464
40. Roberts BW, Kuncel NR, Shiner R, Caspi A, Goldberg LR (2007) The Power of Personality: The Comparative Validity of Personality Traits, Socioeconomic Status, and Cognitive Ability for Predicting Important Life Outcomes. *Perspect Psychol Sci* 2:313–345
41. Socialstyrelsen Höjaspelet. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/unga-som-begar-brott/exempel-brottsforebyggande-metoder/hojaspelet/>. Accessed 11 Sep 2023

42. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB (2011) The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Dev* 82:405–432
43. Taylor RD, Oberle E, Durlak JA, Weissberg RP (2017) Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions : A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Dev* 88:1156–1171
44. Washington State Institute for Public Policy (2020) Benefit-cost Results for Interventions for Children's Mental Health. <https://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost?topicId=5>. Accessed 28 Aug 2020
45. Hultkrantz L, Vimefall E (2021) Samhällsekonomisk analys av tidiga insatser för barn och unga: En introduktion och några exempel. Stockholm, Sverige
46. Tholén SL, Hultkrantz L, Persson M (2017) Economic Evaluation of Supported-Employment Inspired Program for Pupils With Intellectual Disabilities. *Nord J Work Life Stud*. <https://doi.org/10.18291/njwls.v7i1.81401>
47. Bøg M, Dietrichson, J., Aldenius Isaksson A (2019) En multisensorisk läsinlärningsmetod för elever med risk för lässvårigheter. Resultat från ett randomiserat fältexperiment.
48. Laxhjälp. <https://laxhjalpen.se/>.
49. Tordön R Skolfam 2020 - En arbetsmodell som hjälper barn i familjehem att lyckas i skolan. Sammanställning av resultat- och kvalitetsenkäten för läsåret 2019/2020.
50. Hultkrantz L, Karpaty, P., Nowak, W. och Vimefall E (2021) Det samhällsekonomiska värdet av gymnasiebehörighet. *Ekon. Debatt* nr. 5
51. Nystrand, C., Gebreslassie MFI (2020) Är samverkan för bättre folkhälsa lönsamt? Samhällsekonomisk analys av tvärsektoriellt främjande och förebyggande arbete i Norrtälje kommun. Stockholm, Sverige
52. Nystrand, C., Gebreslassie MFI (2020) Lönar det sig med våldsförebyggande arbete? Samhällsekonomisk analys av tvärsektoriellt främjande och förebyggande arbete i Botkyrka kommun. Stockholm, Sverige
53. Umeå Universitet KAMSO Beräkningsverktyg. <https://www.umu.se/forskning/grupper/kamso/>. Accessed 11 Sep 2023

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

54. Uppsala Universitet Beräkningsverktyg sociala investeringar. <https://www.idealforlivet.se/utbildningar/berakningsverktyg-for-evidensbaserade-insatser-uppsala-universitet/>. Accessed 11 Sep 2023
55. Nystrand, C., Feldman, I., Sarkadi A (2020) Att sätta värde på tidiga insatser för barn och unga. Ett evidensbaserat beslutstöd för sociala investeringar. Soc. Tidskr. 5:
56. Socialdepartementet (2021) Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga SOU 2021:34. Stockholm, Sverige

Bilaga: Effekt och ekonomiskt värde av tidiga insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård

Resultat av litteraturundersökning

Syfte

I den här bilagan presenteras resultaten från en litteratursökning av effekt och kostnadseffektivitet vad gällande socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser för barn och unga. Syftet med litteratursökningen och sammanställningen är att sprida kunskap om vilken effekt tidiga insatser har enligt forskning, samt om det vetenskapliga underlaget gällande tidiga insatserns ekonomiska värde. En detaljerad beskrivning av arbetsprocessen för litteratursökningen kan begäras ut från Socialstyrelsens diarium.

Avgränsningar gällande skola

Insatser i skolan ingår inte i litteratursökningen. Inom skolan pekar forskningen på att ett effektivt främjande och förebyggande arbete förutsätter en ”hela skolan”-ansats som innebär att skolan arbetar på ett gemensamt sätt som skapar förutsättningar för ett gott skolklimat och ger elever goda förutsättningar att nå målen med utbildningen. Främjande, förebyggande och åtgärdande arbete är en del i skolans helhetsuppdrag. I detta kan specifika metoder utgöra en del i arbetet, men den lokala kontexten och de förutsättningar och behov som finns behöver stå i förgrunden. Skolverket har därför valt att inte exemplifiera specifika metoder utan i stället arbetssätt som utgår från beprövad erfarenhet, relevant forskning och som är anpassade till den lokala kontexten.

Innefattar tidiga insatser som visat sig effektiva i forskningen

Sammanställningen är menad att ge objektiv och transparent information om vad forskning hittills har visat för effekter av förebyggande insatser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Redovisningen innebär inte att Socialstyrelsen rekommenderar de inkluderade insatserna framför andra.

Det finns olika typer av forskning. I den tillämpade forskningen, som denna bilaga bygger på, handlar det om att systematiskt och metodiskt söka efter kunskap utifrån ett bestämt syfte, som exempelvis kan vara hur en viss intervention påverkar måendet hos den som får insatsen. Olika syften och frågeställningar i forskning är kopplade till vilken metod man använder för att samla in och analysera data. En forskningsfråga är den fråga som ett forskningsprojekt vill svara på och är ett väsentligt inslag i både kvantitativ och kvalitativ forskning.

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

Forskningsfrågan som denna bilaga bygger på är vilken effekt en viss arbetsmetod eller intervention har haft på individer som fått insatsen.

Med effektutvärdering menas den forskning som undersöker vilka insatser som fungerar bäst för varje klient, patient och brukare och under vilka omständigheter. Effektutvärderingar beskriver slutresultatet av dessa insatser, och är avsedda att användas som underlag för beslut. Två typer av forskning ger tillförlitlig kunskap om effekter: randomiserade kontrollerade utvärderingar (RCT, randomised controlled trial) och icke-randomiserade kontrollerade utvärderingar (CT, controlled trial) som inkluderar jämförelsegrupp och mätning före respektive efter insats¹⁰.

De insatser som presenteras är sådana som i den vetenskapliga litteraturen visat sig vara effektiva (signifikant bättre än ”business as usual”). Icke-signifikanta resultat presenteras i liten utsträckning. I bilagan presenteras resultat från systematiska översikter och meta-analyser (en statistisk sammanvägning av resultat från studier med liknande forskningsfrågor). Dessa bygger oftast på internationell litteratur. Vidare presenteras också resultat från enskilda effektstudier utförda i en skandinavisk kontext.

Utgår ifrån fyra problemområden

- Beteendeproblem
- Emotionella problem
- Bruk av alkohol, narkotika och tobak
- Utsatthet i hemmet

Avsnitten har, i mån av kunskap och information, samma struktur:

- Vad problemområdet handlar om.
- Problemområde och kostnader för problemområdet.
- Vetenskapligt utvärderade stöd/insatser för att förebygga problemområdet.
- Kostnadseffektiviteten av insatser för att förebygga problemområdet samt vilka komponenter (innehåll och utförande) som ingår i insatserna.
- Det vetenskapliga underlaget utifrån specifika insatser/metoder eller arbetssätt.

¹⁰ Svenska effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser – 1990-2019. Forte

Beteendeproblem

Vad är beteendeproblem?

Ett vanligt sätt att kategorisera psykiska besvär för barn och unga är att dela upp besvären i externaliserande (utagerande) och internaliserande (emotionella) problem, men båda beteendena kan förekomma samtidigt. Utagerande beteende, beteenden som har en negativ direkt inverkan på omgivningen, innefattar både att bryta mot normer och att agera aggressivt mot andra. Exempel på utagerande beteende är trots som inte är övergående, att slåss, och att ljuga eller stjäla, beteenden som i någon utsträckning förekommer hos de flesta barn. För de yngre barnen uppstår konflikterna ofta med föräldrar och med förskolepedagoger och de medför att barnet får problem i kamratrelationer. I högre åldrar är det vanligt med normbrytande beteenden som att bryta mot regler, ljuga, stjäla och begå mer allvarliga våldshandlingar.

Kostnader för beteendeproblem

Blygsamma skattningar för barn i åldrarna 3–8 år med beteendeproblem, har visat att resursförbrukningen inom offentlig sektor är cirka 3,5 gånger så hög som för barn utan problem [3]. Om problemen dessutom kvarstår och utvecklas till en diagnos ökar kostnaderna markant. Uppskattningar från Storbritannien visade att resursförbrukningen inom hälso- och sjukvård, utbildning och socialtjänst för barn i åldrarna 5–15 år, med trotssyndrom, uppgick till cirka 31 000 kronor per barn årligen [4].

De sistnämnda kostnaderna är relativt låga jämfört med kostnaderna för extra resurser som elever med psykiska problem får i skolan i Sverige. I en svensk studie utförd i Uppsala Region uppskattades kostnader för extra stöd i skolan för barn och unga [5]. Kostnaderna inkluderade inte stöd från elevhälsan, utan gällde insatser från lärare, specialpedagoger, elevassistenter med flera. Totalt låg kostnaden per elev på cirka 150 000 kronor årligen för barn med utagerande problem (adhd och antisocialt beteende).

Ökad risk för kriminalitet

Beteendeproblem innebär en ökad risk för kriminalitet senare i livet. Barn med beteendeproblem löper en tio gånger högre risk att hamna i olika typer av kriminalitet [6]. Register- och kohortdata har visat att barn med adhd och trotssyndrom mer frekvent hamnar på en kriminell bana [7]. I en svensk mastersuppsats, där man undersökte kostnaderna för kriminalitet, inkluderades konsekvenser för hälso- och sjukvård, polis, rättsväsende, brottsofferstöd, socialtjänst och produktionsbortfall [8]. I studien påpekas att

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

kostnaderna troligtvis är underskattade eftersom man saknat vissa uppgifter i register. De årliga kostnaderna (år 2016) för misshandel uppgick till cirka 5,5 miljarder kronor, med en liknande uppskattning för sexuellt våld. Kostnaderna för våld i nära relation skattades till cirka 2,5 miljarder kronor årligen och för personrån till 1,3 miljarder kronor. Den genomsnittliga kostnaden för brott var högst för sexuellt våld, där man skattat kostnaden till 137 000 kronor per brott.

Vetenskapligt underlag – föräldraskapsstödsprogram

Generellt vetenskapligt stöd

Föräldraskapsstödsprogram kan erbjudas på flera nivåer, från universella (oftast implementerade genom förskola och socialtjänst) till selektiva och indikerade, och som behandling (erbjuds av regionen, bland annat genom BUP och habilitering).

Fokus i det här avsnittet ligger främst på föräldraskapsstödsprogram som erbjuds genom socialtjänsten. År 2019 publicerades en metaanalys som inkluderade 154 studier om effekten på utagerande beteende [9]. I studien såg man att effekten av föräldrastöd var minst för universella insatser, något större för selektiva och störst för indikerade program och behandling. Resultaten presenteras i tabell 1.

Med fokus på de selektiva och indikerade föräldraskapsstödsprogrammen publicerades en översikt i Socialmedicinsk tidskrift (2020), där man lyfte fram internationell och svensk evidens för programmets förebyggande effekt på beteendeproblem [10]. Det *selektiva* föräldrastödet riktas till föräldrar som tillhör en riskgrupp, eller vars barn gör det. Det kan exempelvis vara deprimerade föräldrar, som genom ett föräldrastödsprogram får stöd i att förstå hur en depression kan påverka föräldrabetenden och barnens mående. De *indikerade* programmen är riktade till föräldrar med barn som har uttalade symptom på psykisk eller fysisk ohälsa. De indikerade preventiva föräldrastöd som exempelvis ges till familjer med barn med kliniska nivåer av beteendeproblem, kan tänkas vara preventiva genom att de minskar risken för att mer allvarliga, antisociala beteenden utvecklas i äldre åldrar. I ett kliniskt sammanhang utgör samma föräldraskapsstödsprogram behandlingsinsatser. Syftet med programmen är att öka positiva föräldrabetenden och minska negativa, bestraffande föräldrabetenden. Föräldrafärdigheter, som gemensam lek, närvaro, uppmärksamhet, kommunikation, problemlösning och sätt att hantera barns negativa föräldraskapsstödsprogram beteenden lärns ut.

Effekt på barn under 12 år

I översikten (Socialmedicinsk tidskrift, 2020) lyfter man fram att många meta-analyser av föräldraskapsstödsprogram visar på signifikanta effekter på barns beteendeproblematik, från små till måttliga och stora effekter, beroende på preventionsnivå. En observation i översikten var att de program som var mest effektiva i behandlingssammanhang, var de som huvudsakligen inriktades på att förändra barns beteende, i kombination med att även ha ett relationsfokus (specifikt lära föräldrar hur man förbättrar föräldra-barnrelationen). I preventionssammanhang var de mindre effektiva. Detta gällde för barn i åldrarna 2–9 år.

Internetbaserade insatser

I samma översikt (Socialmedicinsk tidskrift, 2020) sammanfattar man att resultaten för internetbaserade föräldraskapsstödsprogram är ungefär desamma som för program som ges genom vanliga träffar. Man lyfter fram två metaanalyser inom området, som inkluderade både indikerade och selektiva insatser, och som ibland även användes som behandling [11, 12].

Resultaten utifrån olika nivåer av föräldraskapsstödsprogram presenteras i tabell 1. Resultaten visar att insatser som ges på olika nivåer är effektiva, det vill säga att de minskar beteendeproblem. Stora effekter syns för föräldraskapsstödsprogram som behandling (exempelvis för trotsyndrom), därefter medelstora effekter för indikerade insatser (riktade mot barn med initialt höga nivåer av beteendeproblem) och små effekter för selekterade och universella insatser.

Tabell 1. Effekt av föräldraskapsstödsprogram.

Typ av utförande	Antal studier	Effekt (beteendeproblem)
Universella (2-9 år) [9]	8	0.21
Selektiva (2-9 år) [9]	50	0.27*
Indikerade (2-9 år) [9]	50	0.55*
Behandling (2-9 år) [9]	45	0.69*
Internetbaserade [11, 12]	12/15	0.32* / 0.40*

Effekt = standardiserad medelvärdeskillnad, dvs. skillnaden mellan beräknade genomsnitt för experimentgrupp och kontrollgrupp.

* = $p < 0,05$

Är det kostnadseffektivt med föräldraskapsstödsprogram?

Det finns en stabil forskningsgrund för kunskapen om att föräldraskapsstödsprogram är kostnadseffektiva. I en systematisk litteraturöversikt (2022) sammanfattades kunskapsläget utifrån 45 ekonomiska utvärderingar av föräldraskapsstödsprogram [13]. För att förebygga och minska beteendeproblem hos barn är dessa program kostnadseffektiva. Det ser också lovande ut när det gäller emotionella problem, som ångest och depression. Flera av studierna i översikten har uppföljningstider på längre än sex månader, vilket innebär att man kan säga något om hur varaktiga effekterna är.

I en nyligen genomförd ekonomisk utvärdering i Storbritannien hämtade man data från fem studier som undersökt föräldraskapsstödsprogrammet *De otroliga åren*, som är avsett för föräldrar till barn i 5–12 år [14]. I utvärderingen uppskattade man framtida kostnader och intäkter upp tills barnen blev 30 år, med ekonomiska skattningar för hälso-, socialtjänst- och utbildningssektorn samt rättsväsendet. Forskarna skattade en avkastning på 4,57 kronor för varje spenderad krona. Ekonomiska utvärderingar utförda i USA visar på en avkastning på mellan 0,6 kronor och 30,5 kronor per investerad krona för föräldraskapsstödsprogram [15]. Några av de inkluderade programmen finns tillgängliga i Sverige, bland andra *De otroliga åren* och Triple P (Positive Parenting Program). Dessa skattningar går i linje med vad som setts i svenska studier, där avkastningen varierat mellan 6,3 kronor och 39 kronor per investerad krona för programmen Cope, Connect, Komet och *De Otroliga åren* [16]. Kostnadsbesparingar i den

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

svenska studien inkluderade poster för utbildning och hälso- och sjukvård samt framtida livstidsinkomst.

I två andra svenska studier använde man livskvalitetsmått för att skatta insatsernas effekt. Detta mått föredras för hälsoekonomiska utvärderingar utifrån det inbyggda monetära ”värdet” för ett levnadsår som justeras efter livskvaliteten, vilket beslutsfattare kan använda som riktlinje för att bedöma kostnadseffektivitet.

I den första studien utvärderades Cope, Connect, Komet och De otroliga åren och självhjälpsboken Fem gånger mer kärlek [17]. Föräldrar till barn i åldrarna 3–12 år randomiserades till insatserna och kostnader beräknades för 5–12-åringar fram till 18 års ålder. Fokus på kostnadsbesparingar låg på utbildningssektorn och på hälso- och sjukvården. I den andra studien bedömde man kostnadseffektiviteten av programmet Alla Barn i Centrum, ABC [18]. Insatsens kostnader ställdes i relation till livskvalitet.

De båda utvärderingarna visade en tydlig bild: samtliga insatser var kostnadseffektiva utifrån rådande betalningsvilja, det vill säga det monetära ”värdet” för ett år i full hälsa. Man såg också besparingar för olika sektorer. Analyser visade också att kostnadseffektiviteten var tydlig redan efter en kortare tid än ”flertalet år”. Detta är särskilt viktigt eftersom det i den kommunala ekonomin och i det politiska klimatet är betydligt lättare att hantera korta tidsperioder mellan insats och effekt. Kostnadseffektiviteten är mer otydlig när det gäller föräldraskapsstöd för andra psykiska problem, för att främja generellt välmående och som specifik selektiv insats. Exempelvis varierar evidensen vad gäller kostnadseffektiviteten av föräldraskapsstödsprogram för föräldrar med missbruksproblematik eller för barn som adopterats.

Komponenter som bidrar till effekt av föräldraskapsstödsprogram

I en metaanalys (2019) som inkluderade 154 studier undersöktes effekten av föräldraskapsstödsprogram på utagerande beteende av [9]. I studien valde man att analysera bland annat vilka komponenter som var betydelsefulla för programmets effekt. Tre av 26 identifierade komponenter var associerade med bättre effekter: (1) positiv förstärkning, (2) beröm och (3) naturliga/logiska konsekvenser av barns beteenden. Flera komponenter bidrog till effekten av föräldraskapsstödsprogram som gavs som behandling (t.ex. för trotssyndrom), bland andra relationsbyggande och föräldrars självhantering.

Specifika insatser för att förebygga beteendeproblem

I metaanalysen (2019) lyfts fram att även svenska översättningar och anpassningar av program som utvecklats i ett annat land än Sverige, visar på god effekt för att förebygga beteendeproblem. Det gäller även program som är utvecklade i Sverige [10]. Man har i olika utvärderingar sett att bland andra Cope, De otroliga åren, Komet, Connect och Family Check-Up bidragit till signifikanta minskningar av beteendeproblem i indikerade populationer, som varat upp till två år efter avslutad insats.

I tabellerna nedan redovisas program som i SBU:s senaste översikt särskilt har lyfts fram som effektiva för att förebygga psykisk ohälsa hos barn [20].

Tabell 2. De otroliga åren.

Översikt	Förebygga psykisk ohälsa hos barn
Målgrupp	Programmet utvecklades ursprungligen för föräldrar till barn i åldrarna 3–8 år som behandlades för svåra beteendeproblem inom barnpsykiatri. I Sverige används det även för barn med tidiga tecken på problem.
Syfte	Det kortsiktiga syftet är att stärka relationen mellan föräldrar och barn samt att minska utagerande och trotsigt beteende hos barnen. På så vis vill man minska risken för allvarigare beteendeproblem på längre sikt.
Innehåll och genomförande	De otroliga åren grundas på social inlärningsteori, beteendeterapeutiska principer och anknytningsteori samt den forskning som bedrivits inom dessa områden. Träffarna med föräldrar är gruppbaseade och struktureras enligt en manual. Ursprungsprogrammet Incredible Years, som De otroliga åren är baserat på, har därefter vidareutvecklats och det finns även moduler som riktas mot barnen själva (Dina Dinosaur) eller till lärare (Classroom Management Training). Tanken med modulerna är att de ska förstärka och stödja föräldrarna i deras utveckling.
Omfattning och intensitet	Insatsen innebär utbildning och träning med veckovisa gruppträffar vid minst tolv tillfällen. Varje träff är 2,5 timmar lång. I grupperna kan 10–16 föräldrar delta.
Utbildning och licens	För att få genomföra insatsen krävs en gruppledarutbildning på tre dagar med regelbunden vägledning.
Kostnad	De otroliga åren kostar uppskattningsvis 2 300 kr per familj. Utbildning/material/licens är ej inkluderat i kostnadsskattningen.

Översikt	Förebygga psykisk ohälsa hos barn
Effekter	SBU sammanfattar att programmet på indikerad nivå minskar utagerande beteenden vid uppföljning efter sex månader jämfört med passiv kontroll [20]. Effekterna på ett års sikt går inte att bedöma eftersom studierna visar motstridiga resultat. Långtidsuppföljning efter 2,5 år visar däremot bättre effekt för Incredible Years än för kontrollgruppen. På indikerad nivå tyder resultaten på minskad användning av negativa föräldrastrategier.

Mer info finns på: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/de-otroliga-aren/>

Tabell 3. Parent Child Interaction Therapy (PCIT).

Översikt	Förebygga psykisk ohälsa hos barn
Målgrupp	Föräldrar eller andra omsorgspersoner (t.ex. familjehem) och barn (2–7 år), där antingen barnet har ett beteendeproblem eller föräldern har egna svårigheter som depression och/eller våld i hemmet.
Syfte	Syftet med PCIT är att utveckla föräldrars färdigheter i att hjälpa barnet att hantera känslor och impulser samt att stärka deras relation. Behandlingen utvecklades initialt för föräldrar vars barn hade beteendeproblem, så som aggressivt eller på annat sätt utagerande beteende. Senare har metoden också använts i familjer med andra svårigheter. Det kan röra sig om att barnet har upplevt våld eller andra traumatiska händelser, har adhd, autism, språk- eller utvecklingsstörning, och/eller att barnet bor i familjehem.
Innehåll och genomförande	Metoden utvecklades genom att två behandlingsmetoder kombinerades – lekterapi och beteendeterapi med barn – och bygger på anknytningsteori och social inlärningsteori. Behandlingen har två faser. Den första fasen handlar om att stärka relationen mellan barn och förälder. Den andra syftar till att föräldern ska utveckla sina färdigheter i att få barnet att följa uppmaningar och regler samt i att hantera känslor och impulser.
Omfattning och intensitet	Behandlingen ges under ungefär 10–20 veckor med ett behandlingstillfälle om cirka 1–1,5 timmar i veckan. Mellan behandlingstillfällena gör föräldern hemuppgifter.
Utbildning och licens	För att få använda metoden finns tre krav. Det första kravet är att man har vissa förkunskaper, därefter behöver man gå en särskild utbildning och slutligen behöver man bli certifierad.
Kostnad	PCIT kostar uppskattningsvis 5 770 kr per familj. Utbildning/material/licens ej inkluderat i kostnadsskattningen.

Översikt	Förebygga psykisk ohälsa hos barn
Effekter	SBU sammanfattar att PCIT minskar föräldraskattade problem med externaliserande beteenden jämfört med ingen intervention vid uppföljningar upp till två år efter avslutad insats [20].

Mer info finns på: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/pcit-parent-child-interaction-therapy/>

Tabell 4. Triple P.

Översikt	Förebygga psykisk ohälsa hos barn
Målgrupp	Målgrupp för nivå 1 (universell Triple P) är alla föräldrar med barn mellan noll och sexton år. Programmets övriga stödnivåer vänder sig till föräldrar som är oroliga för och upplever olika grader av problem med sina barns utveckling eller beteende.
Syfte	Syftet är att stärka föräldrarnas kunskaper, färdigheter och självförtroende och att skapa en positiv relation mellan barn och föräldrar. Genom att förebygga och upptäcka svårigheter tidigt vill man minska risken för att barnen utvecklar allvarligare problem på längre sikt.
Innehåll och genomförande	<p>Insatsen bygger huvudsakligen på social inlärningsteori och beteende-terapeutiska principer. Den utgår från forskning om risk- och skyddsfaktorer för barns utveckling. Triple P finns i fem olika nivåer som beror på föräldrarnas stödbehov:</p> <p><i>Nivå 1 (Universal Triple P)</i> Baseras på information till föräldrar, bland annat via tv och internet. Syftet är att informera om vilka beteenden hos barn som är en del i den naturliga utvecklingen och när man bör söka information och rådgivning.</p> <p><i>Nivå 2 (Selected Triple P)</i> Nivå 2 ger vägledning om specifika beteenden till föräldrar som har barn eller tonåringar med lindriga beteendeproblem. Informationen kan ges som 1–2 korta, individuella konsultationer inom primärvård eller barnhälsovård eller i seminarieform med större grupper av föräldrar.</p> <p><i>Nivå 3 (Primary Care Triple P)</i> Riktas till föräldrar som har barn med lindriga till medelstora beteendeproblem och ges vid 1–4 tillfällen à 20–30 minuter inom primär- eller barnhälsovård.</p> <p><i>Nivå 4 (Standard Triple P)</i> Nivå 4 är en intensiv insats som vänder sig till föräldrar som har barn eller ungdomar med mer allvarliga beteendeproblem. Den innefattar 10 tillfällen om 40–60 minuter som kan ges individuellt, i grupp eller som självhjälpsinsats.</p>

Översikt	Förebygga psykisk ohälsa hos barn
	<p><i>Nivå 5</i> Nivå 5 är en intensiv familjeintervention som vänder sig till föräldrar till barn med allvarliga beteendeproblem och som själva har problem som försvårar föräldraskapet. Oftast ges nivå 5 först efter att föräldrarna genomgått den individuella varianten av nivå 4. Programmet innefattar fyra eller fler tillfällen.</p> <p>Triple P Stepping Stones är en intervention som riktar sig mot barn med olika typer av funktionsnedsättning.</p>
Omfattning och intensitet	Varierar mellan ett och tio tillfällen, beroende på stödnivå.
Utbildning och licens	Certifiering krävs för att få utföra Triple P. Efter genomgången utbildning får deltagarna visa att de uppfyller kraven genom en kompetensprövning som leder till certifiering för den nivå man är utbildad i.
Kostnad	Olika kostnader beroende på vilken nivå av Triple P som implementeras.
Effekter	SBU sammanfattar att på indikerad nivå minskar Triple P föräldraskattat externaliserande beteende vid uppföljningar på sex till nio månader jämfört med ingen intervention. Självs kattad föräldraförmåga förbättras på såväl universell som indikerad nivå. Stepping Stones Triple P anses ha inga eller försumbara effekter på föräldraskattade externaliserande problem [20].

Mer info finns på: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/triple-p-positive-parenting-program/>

Tabell 5. Family Check Up (FCU).

Översikt	Förebygga psykisk ohälsa hos barn
Målgrupp	Föräldrar med barn 2–17 år med beteendeproblem.
Syfte	Syftet är att kartlägga och medvetandegöra föräldrarnas styrke- och utvecklingsområden avseende föräldraskapet. Resultatet av kartläggningen används sedan för att vägleda föräldrarna till stödinsatser om de behöver det.
Innehåll och genomförande	Metodens teoretiska förankring hämtas från social inlärningsteori, kognitiv beteendeterapi, systemisk familjeterapi och ekologisk utvecklingsteori. Insatsen innehåller tre komponenter: intervju (lära-känna-fasen), familjekartläggning och återkoppling.

Översikt	Förebygga psykisk ohälsa hos barn
Omfattning och intensitet	Family Check-Up är en korttidsintervention, men ger möjlighet till uppföljning. Det är ett individualiserat program som utförs av utbildade FCU-behandlare. I genomsnitt deltar en familj vid sex mötestillfällen.
Utbildning och licens	För att utbildas till FCU-behandlare krävs tidigare erfarenhet av familjearbete och/eller föräldrastöd. Innehållet i utbildningen skräddarsys utifrån den verksamhet som ska implementera FCU och från de förkunskaper som de som ska utbildas har sedan tidigare. Därför kan utbildningstiden variera mellan 2 och 3 terminer. Utbildningen består av 3– 5 utbildningsdagar och därefter regelbunden handledning med utbildningsinslag under hela utbildningstiden.
Kostnad	Ingen kostnad uppskattad.
Effekter	SBU sammanfattar att Family Check-Up som inledande intervention på universell och selektiv nivå för att bedöma familjens behov, och för att motivera föräldrarna till anpassade fortsatta insatser, minskar externaliserande och internaliserande beteenden på några års sikt [20]. När barnen har hunnit upp i tonåren minskar självskattat antisocialt beteende och kriminalitet för dem vars föräldrar deltagit aktivt i programmet, medan det är oklart huruvida programmet har haft någon effekt på förekomsten av depression och suicidförsök. Programmet förefaller ha kvarstående effekt på föräldraförmågan efter ett år på selektiv nivå.

Mer info finns på: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/family-check-up-fcu/>

Emotionella problem

Vad är emotionella problem?

Psykisk hälsa är ett paraplybegrepp som används för att beskriva både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. *Psykisk ohälsa* inbegriper både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiska besvär är något som de flesta upplever mer eller mindre i livet. Ett vanligt sätt att kategorisera psykiska besvär för barn och unga är att dela upp dem i externaliserande (utagerande) och internaliserande (emotionella) problem. Båda beteendena kan förekomma samtidigt. Internaliserande problem avser till exempel nedstämdhet, ångest, depression och självmordstankar.

Kostnaden för psykisk ohälsa och emotionella problem

Det har gjorts flera försök att beräkna de samhällsekonomiska konsekvenserna av den psykiska ohälsan. I en rapport från World Economic Forum (2011), där kostnaderna för psykisk ohälsa i utvecklade länder studerats, uppskattar man de direkta samhällskostnaderna för psykisk ohälsa till cirka 3 600 miljarder kronor i världens utvecklade ekonomier under 2010. Till detta kommer de indirekta kostnaderna som uppskattas uppgå till cirka 7 300 miljarder kronor. Fram till och med år 2030 väntas kostnaderna växa till cirka 8 700 miljarder respektive 17 700 miljarder kronor [1].

Livförsäkringsbolaget Skandia har uppskattat att den psykiska ohälsan kostade det svenska samhället omkring 142 miljarder kronor under 2010 och att denna kostnad kommer att uppgå till cirka 345 miljarder kronor år 2030 [2].

I en svensk studie utförd i Uppsala Region uppskattade man kostnader för extra stöd i skolan, baserat på underliggande problem bland barn och unga [5]. Kostnaderna inkluderade inte stöd från elevhälsan utan fokuserade på insatser från lärare, specialpedagoger, elevassistenter med flera. Totalt låg kostnaden på cirka 80 000 kronor per barn med emotionella problem.

Vetenskapligt underlag – föräldraskapsstödsprogram

Generellt vetenskapligt stöd

En systematisk litteraturoversikt och metaanalys (2016) undersökte effekt av föräldraskapsstödsprogram på barns psykiska (internaliserande) problem [21]. I översikten inkluderades 42 studier, där en majoritet (70 procent) rörde föräldraskapsstödsprogram som ges på selektiv nivå. Cirka 60 procent av insatserna var utvärderade i USA och en femtedel i Europa.

I översikten fann man att selektiva föräldraskapsstödsprogram hade en signifikant effekt på emotionella problem, i motsats till universella föräldraskapsstödsprogram. Man delade också upp analysen utifrån när effekterna mättes och såg signifikanta resultat upp till 48 månader efter avslutad insats. Resultaten presenteras i tabell 6.

Tabell 6. Effekt av föräldraskapsstödsprogram på emotionella problem.

Utfall	Antal studier	Effekt
Selektiva insatser	26	0.13*
Alla insatser, efter 6–12 månader	16	0.15*
Alla insatser, efter 12–48 månader	6	0.12*

Effekt = standardiserad medelvärdeskillnad, dvs. skillnaden mellan beräknade genomsnitt för experimentgrupp och kontrollgrupp.

* = $p < 0,05$

Alkohol och narkotika

Riskbeteenden – alkohol- och narkotikabruk, tobaksbruk och spelproblem

Många olika faktorer – alltifrån individuella till sociala och samhällsliga – kan påverka att barn och unga börjar med riskbeteenden som kan leda till problem. Sambanden är sällan direkta och riskfaktorerna samvarierar ofta [35]. Det betyder att riskfaktorerna för exempelvis spelproblem liknar riskfaktorerna för andra problembeteenden, till exempel brottslighet, alkoholkonsumtion och användning av tobak och droger. Det är därför viktigt att arbeta på flera nivåer samtidigt med olika faktorer för att få en större förebyggande effekt. Det är inte alltid riskfaktorn i sig som direkt orsakar riskbeteenden utan det kan finnas bidragande faktorer, som exempelvis psykisk ohälsa eller utanförskap.

Alkohol- och narkotikadebut, bruk och problem

Folkhälsomyndigheten har sammanfattat resultaten från en omfattande kartläggande litteraturoversikt över 44 longitudinella nordiska studier [35]. Syftet med myndighetens översikt var att kartlägga och analysera den forskningslitteratur som undersöker vilka faktorer som ökar risken för att barn och unga i Sverige börjar använda narkotika eller får narkotikarelaterade problem.

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

Flera av de studerade faktorerna på nivån *livsvillkor* och *levnadsförhållanden* visade sig ha ett samband med senare narkotikarelaterade problem. Några av dessa faktorer var:

- lägre socioekonomisk position och uppväxt i socioekonomiskt utsatt bostadsområde
- bo med endast en vuxen i barndomen
- föräldrars skilsmässa
- förälder med alkohol- eller narkotikadiagnos
- allvarlig händelse i familjen (t.ex. dödsfall, psykisk sjukdom eller fängelsestraff)
- ha förälder som är född utanför Sverige
- växa upp i familjehem eller som adopterad.

På nivån *sociala nätverk* var en av faktorerna:

- ha blivit erbjuden cannabis i ung ålder – för pojkar ökar risken för senare cannabisanvändning.

På nivån *levnadsvanor* var en av faktorerna:

- tidigt och dagligt bruk av cigaretter – ökar risken för senare cannabisanvändning.

På *individnivå* tyder resultaten i översikten på att det finns ett samband mellan följande faktorer och senare narkotikarelaterade problem:

- att vara pojke
- diagnosticerad adhd
- beteendeproblem
- självskadebeteende.

År 2017 publicerades en systematisk sammanställning över risk- och skyddsfaktorer relaterade till föräldraskapet, för konsumtion av alkohol- och alkoholrelaterade problem hos ungdomar [36]. Föräldraskapsfaktorer som har gott vetenskapligt stöd enligt författarna presenteras nedan.

Effekten av varje enskild föräldraskapsfaktor är liten och resultaten bör tolkas med försiktighet. Samtidigt påpekar författarna att det finns en möjlighet att flera av föräldraskapsfaktorerna tillsammans har större effekt än varje enskild faktor för sig. Författarna drar slutsatsen att det finns en god vetenskaplig grund för att utveckla förebyggande åtgärder som riktas mot föräldrar för att nå effekt på ungdomars konsumtion av alkohol och relaterade problem.

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

Föräldraskapsfaktorer som kan påverka *riskfaktorer*

- Föräldrarna har en tillåtande attityd till att barnen dricker alkohol
- Föräldrarna dricker alkohol i närvaro av barnen
- Föräldrarna tillgängliggör alkohol för barnen.

Föräldraskapsfaktorer som kan påverka *skyddsfaktorer*

- Kvaliteten på relationen mellan föräldrarna och barnen, exempelvis upplevd närvaro, tillgivenhet och positiva interaktioner
- Föräldrarna medverkar i barnens aktiviteter
- Föräldrarna har koll på barnens aktiviteter, var de befinner sig och på deras vänner
- Föräldrarna ger emotionellt och instrumentellt stöd till barnen.

Alkoholens kostnader för samhället

Enligt en skattning av samhällskostnaderna år 2017 för alkoholbruk och beroende för hela befolkningen, uppskattades att vård- och behandling inom hälso- och sjukvården uppgick till 7,4 miljarder kronor årligen [34]. Lika höga kostnader sågs för socialtjänsten, men betydligt mindre för forskning och prevention (upp emot 500 miljoner kronor). En skattning av immateriella kostnader, som i rapporten innebar förlorad livskvalitet för konsumenter, närstående och brottsoffer, visade att dessa kostnader var nästan tre gånger högre än de totala kostnaderna för vård- och behandling. Den största kostnaden var relaterad till produktionsbortfall för brukare och utifrån för tidig död och arbetslöshet, och uppgick till drygt 35 miljarder kronor.

Samhällskostnaden för narkotikabruk i Sverige

År 2020 uppskattades samhällskostnaden för narkotikabruk till 38 miljarder kronor [35]. Den största kostnaden bestod av värdet av förlorad livskvalitet bland personer som använder narkotika och deras närstående, vilken uppgår till cirka 15,5 miljarder kronor. Kostnaden för vård, behandling samt rättsväsende beräknades till 14,5 miljarder kronor. I och med att många personer med narkotikaberoende inte arbetar eller att bruket leder till förtida död, tillkommer även kostnader på grund av produktionsbortfall som uppgår till cirka 8,5 miljarder kronor.

Förebyggande insatser

Folkhälsomyndigheten har publicerat en rapport (2020) om förebyggande metoder för att skjuta upp alkoholdebuten och begränsa konsumtionen och skadorna av alkohol bland minderåriga i Sverige [37]. Litteratursökningen omfattade studier som publicerats 2000–2019. I översikten ingick endast

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

interventioner som används eller har använts i Sverige sedan år 2000 samt interventioner som används i Sverige och som har utvärderats i Norge, Finland eller Danmark.

Sökningen genererade 49 studier av totalt 38 olika interventioner. Interventionerna har på något sätt utvärderats för att se den direkta påverkan på alkoholkonsumtion eller alkoholrelaterade skador, eller den indirekta påverkan på risk- eller skyddsfaktorer bland unga.

Folkhälsomyndigheten bedömer att det finns kunskap endast om ett fåtal av de interventioner som används i Sverige för att skjuta upp minderårigas alkoholdebut eller minska deras konsumtion och skador av alkohol. Utvärderingarna av dessa interventioner håller god eller medelgod kvalitet och visar samstämmiga resultat, och de bedöms därför bidra med kunskap. De interventioner för vilka det finns kunskap om effekt presenteras i tabell 7.

Tabell 7. Förebyggande insatser för alkoholdebut, alkoholbruk och alkoholskador i Sverige.

Kategori	Kunskap finns och det finns en effekt	Kunskap finns delvis
Hem	Cope ^b	Stark och klar
	Connect	Komet
	Prime for life	
Hälsa- och sjukvård	Riskbruksmetoden	
Multimodala insatser		Trelleborgsprojektet

a Community Parent Intervention

b Behavior Management Intervention

Utvärderingarna visar att bland andra Prime for life, Cope, Komet och Connect kan minska ungdomars utagerande beteenden, uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet. Vidare att de kan öka ungdomars kunskap om alkoholrelaterade risker och attityder samt stärka föräldrar i deras föräldraskap.

Utvärderingen av *Stark och klar* visade att det delvis finns kunskap om att interventionen kan minska alkoholkonsumtion och debutålder samt minska förekomsten av berusningstillfällen hos unga. Utvärderingen av *Riskbruksmetoden* visade minskade hälsoproblem bland barn under första levnadsåret genom alkoholprevention som är riktad till den blivande

mamman. Metoden implementerades som en universell metod och anpassades i intensitet efter mammans behov. Utvärderingen av *Trelleborgsprojektet* visade minskning av alkoholkonsumtion och intensivkonsumtion bland unga, men den visade ingen effekt på ungdomarnas självrapporterade tillgång till alkohol.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (2018) rekommenderas en intervention – rådgivande samtal – för bruk av alkohol bland barn och unga som bör erbjudas av hälso- och sjukvården [38]. Rådgivande samtal innebär att hälso- och sjukvårdspersonal har en personcentrerad dialog med patienten med syftet att stödja personen att minska sin alkoholkonsumtion. Enligt rekommendationen bör rådgivande samtal till unga under 18 år med bruk av alkohol erbjudas eftersom bruket är mycket svårt att bryta. Åtgärden, som anses vara den bästa tillgängliga för denna målgrupp, kan bidra till en liten minskning av alkoholkonsumtionen.

Förebygga narkotika-/alkoholdebut, narkotika-/alkoholbruk samt medföljande skador utifrån internationell litteratur

Insatser med primärt fokus på föräldrar

Tre systematiska översikter har publicerats de senaste sju åren över interventioner som syftar till att förebygga narkotika- och alkoholdebut och minska användning. Primärt fokus har legat på föräldrar [40–42]. En av översikterna utförde också en metaanalys för att uppskatta den genomsnittliga effekten av specifikt alkoholförebyggande interventioner för barn och unga [40]. Fokus var på universella, selektiva och indikerade insatser. I samtliga översikter såg man att effektiva insatser fokuserade både på att stärka föräldrastategier generellt och på alkohol- och narkotikaspecifika strategier. Detta kunde bland annat inkludera gränssättning för bruk av alkohol, förbättring av kommunikationen mellan föräldrar och barn och föräldrars koll på barnens aktiviteter när de inte är hemma.

Resultaten från metaanalysen med fokus på alkoholprevention presenteras i tabell 8.

Tabell 8. Effekt av insatser med primärt fokus på föräldrar.

Utfall	Antal studier	Effekt*
Berusningsdrickande [40]	7	0.16*
Intention att dricka [40]	5	0.30*

Effekt = standardiserad medelvärdeskillnad, dvs. skillnaden mellan beräknade genomsnitt för experimentgrupp och kontrollgrupp.

* = $p < 0,05$

Verksamma komponenter i narkotika- och alkoholförebyggande insatser för föräldrar

I en vetenskaplig studie (2016) undersökte man med en systematisk översikt och metaanalys vilka komponenter som var verksamma i substansförebyggande insatser för ungdomar i åldern 11–21 år [43]. Insatser inkluderades om de hade ett fokus på föräldrar och kunde innefatta någon komponent där utförarna av insatsen faktiskt kommunicerade med familjen, antingen ansikte mot ansikte eller via telefon eller e-post. Program där utförarna enbart skickade material till familjer uteslöts eftersom det inte var möjligt att bedöma om familjen faktiskt använde materialet. Resultaten från studien presenteras i tabell 9.

De komponenter som signifikant bidrog till effekten av insatserna var en positiv familjerelation och framtidshopp. Komponenten *positiv familjerelation* bestod av träning, aktiviteter och upplevelser som är utformade för att främja en varm, vänlig och engagerad relation mellan föräldrar och ungdomar, inklusive färdighetsträning relaterad till känslomässig närhet, aktivt lyssnande och delaktighet. Komponenten *framtidshopp* bestod av att föreställa sig drömmar för framtiden och sätta långsiktiga mål kopplade till dessa drömmar. Detta inkluderar att ungdomen arbetar med egna målsättningar och sedan får stöd i hur målen kan uppnås samt att föräldrarna sätter upp mål för sin ungdom och sedan ger stöd och uppmuntran under vägen mot målen.

Tabell 9. Verksamma komponenter i narkotika- och alkoholförebyggande insatser för föräldrar.

Komponent	Antal studier	Effekt*
Övergripande effekt [43]	116	0.31*
Positiv familjerelation [43]	Anges ej	0.44*
Framtidshopp [43]	Anges ej	0.56*

Effekt = standardiserad medelvärdeskillnad, dvs. skillnaden mellan beräknade genomsnitt för experimentgrupp och kontrollgrupp.

* = $p < 0,05$

Kostnadseffektivitet av alkohol- och narkotikaförebyggande insatser

Folkhälsomyndigheten har publicerat en rapport (2020) om kostnadseffektiviteten av förebyggande insatser inom områdena alkohol, narkotika, doping, tobak och spel om pengar (ANDTS) [46]. I rapporten hade man ett särskilt fokus på kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) som utfallsmått, vilket ofta används vid prioritering inom hälso- och sjukvården. I de inkluderade studierna sattes QALY i relation till kostnader för insatserna och potentiella kostnadsbesparingar. I rapporten finns inga studier som utvärderat det ekonomiska värdet av alkoholförebyggande insatser bland barn och unga. En svensk studie inkluderades i rapporten som utvärderat kostnadseffektiviteten av cannabispreventionsprogrammet ”Project ALERT”. Insatsen var kostnadseffektiv och visade potential att vara kostnadsbesparande över tid om den implementeras i utsatta områden.

Tobak

Risk- och skyddsfaktorer

Folkhälsomyndigheten publicerade 2021 en rapport om risk- och skyddsfaktorer som påverkar barns och ungas rökdebut [48]. Rapporten var en kartläggande litteraturöversikt över longitudinella studier från Norden, där totalt tio studier inkluderades. Resultaten från översikten visade följande riskfaktorer:

Individuella faktorer

- Hyperaktivitet eller impulsivitet
- Antisocialt beteende

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

- Beteende- och uppförandeproblem
- Depressionssymptom
- Exponering för rökning i filmer
- Känslighet eller mottaglighet för att börja röka (saknar beslutsamhet att inte börja röka)
- Låg skolprestation.

Sociala och samhällsliga nätverk

- Attityd till rökning
- Kompis som röker
- Mobbning under barndomen
- Press att röka från kompisar.

Levnads- och arbetsförhållanden

- Föräldrars/familjemedlems rökning eller tobaksanvändning (rökning eller snusanvändning)
- Ensamstående föräldrar
- Föräldrars utbildningsbakgrund.

Tobaksbrukets kostnader

Samhällets kostnader för rökning har skattats i en rapport från 2017 [47]. Där uppskattades kostnader för år 2015 utifrån sjukdomar med ett säkerställt samband med nuvarande, tidigare eller passiv rökning. Enligt beräkningarna uppgick de totala samhällsekonomiska kostnaderna för rökning till 31,5 miljarder kronor. Detta innebar en kostnad för hälso- och sjukvården på upp emot 10 miljarder kronor och en ännu större kostnad kopplad till produktionsbortfall.

Insatser för att förebygga rökdebut

Det norska Folkehelseinstituttet publicerade 2019 en översikt över systematiska litteraturöversikter med syfte att undersöka effekterna av preventiva insatser mot tobaksbruk [49]. I två av de sju inkluderade översikterna studerades preventiva insatser genom primärvården. Majoriteten av de originalstudier som inkluderades i de systematiska översikterna hade utförts i USA, Europa och Australien. Ingen av översikterna undersökte bruk av rökfri tobak (snus eller elektroniska cigaretter).

Resultaten från de två översikterna som fokuserade på insatser genom primärvården visade att dessa insatser sannolikt är effektiva för att förhindra att barn och ungdomar börjar röka, och att för varje 50–52 barn som deltar

kommer ett barn att avstå från att börja röka. Resultaten från de studier som visade på signifikanta resultat presenteras i tabell 10.

Tabell 10. Effekt av insatser i primärvården för att förebygga rökdebut.

Förebygga rökning	Antal studier	Effekt*
Fokus på barn eller deras föräldrar [53]	10	0,81*
Fokus på barn, beteendeinsatser [54]	7	0,82*

Effekt = relativ risk.

* = $p < 0,05$

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (2018) rekommenderas två interventioner mot tobaksbruk bland barn och unga som bör erbjudas av hälso- och sjukvården [38]. Avgörande för rekommendationerna är att tobaksbruk är mycket svårt att bryta.

Den första rekommendationen gäller *kvalificerat rådgivande samtal* till unga under 28 år som använder tobak. Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk är en omfattande åtgärd som innebär att hälso- och sjukvårdspersonal har en personcentrerad dialog med den unge med syftet att stödja denne i att sluta röka och/eller snusa. Åtgärden förutsätter att personalen har fördjupad ämneskunskap samt är utbildad i den metod som används. Kvalificerat rådgivande samtal har en stor effekt på självrapporterat rökstopp jämfört med åtgärder av lägre intensitet.

Den andra rekommendationen gäller *webbaserad intervention* till unga under 18 år som använder tobak. Den webbaserade interventionen innefattar individuellt anpassat stöd inklusive information om rökning och om att sluta röka samt ett antal interaktiva komponenter, till exempel möjlighet att få mejl med personligt stöd inom 24 timmar. Interventionen kan kompletteras med rådgivande samtal och telefonuppföljning. Avgörande för rekommendationen är att den kan bidra till att fler slutar röka, även på längre sikt. Åtgärden är dessutom lättillgänglig och kan därför nå många.

Kostnadseffektivitet av tobaksförebyggande insatser

I en rapport från Folkhälsomyndigheten (2020) om kostnadseffektiviteten av förebyggande insatser inom ANDTS-området fanns tre studier som utvärderade det ekonomiska värdet av tobaksprevention bland barn och unga [46]. I rapporten fokuserades särskilt på kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) som utfallsmått. Samtliga studier som analyserade insatser för barn

och unga inom primärvården visade att den utvärderade insatsen, som var en indikerad insats med *rådgivning inom primärvården*, var kostnadseffektiv.

Utsatthet i hemmet

Barn som växer upp med utsatthet i hemmet

Många barn växer upp i familjer där det finns missbruk, psykisk ohälsa eller våld. Föräldrar med sådana problem kan brista i sin förmåga att ta hand om barnen, vilket ökar risken för att även barnen ska utveckla psykisk eller fysisk ohälsa och eget missbruk. Det är också vanligt att skolarbetet och skolresultaten påverkas negativt för dessa barn. Tydligast är detta för barn till föräldrar med missbruk, som ofta har lägre betyg i årskurs 9 än andra barn [135]. Barn är särskilt utsatta och sårbara, i synnerhet de yngsta barnen, eftersom de är helt beroende av sina föräldrar. Dessutom kan barn ha svårt att förstå vad som händer och orsakerna bakom [136].

Grundläggande åtgärder är att minska eller ta bort de påverkbara riskfaktorerna, det vill säga missbruket, den psykiska ohälsan och våldet. Detta är inte alltid möjligt, alternativt kräver lång tid för förändring. Vad man kan göra är att stärka de grundläggande skyddsfaktorerna [136] och exempelvis:

- ge föräldrarna det stöd de behöver
- se till att det finns andra stödjande vuxna i barnets närhet
- ge barnet stöd i skolarbetet
- se till att barnet har goda vänner omkring sig
- stödja barnets egen förmåga att hantera situationen.

Kostnader för barn som anhörig

Att barn och unga lever i hem med missbruk och/eller allvarlig sjukdom medför direkta och indirekta kostnader för samhället på både kort och lång sikt. I en hälsoekonomisk studie beräknas samhällets årliga kostnad för den andel av befolkningen som vuxit upp som barn som anhörig (BSA) till förälder med psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika [134]. Studien fokuserar på samhällets långsiktiga merkostnad, som kan härledas till skillnaden i psykisk sjukdom och missbruk mellan BSA-gruppen och befolkningen i övrigt i vuxen ålder.

Cirka åtta procent av Sveriges vuxna befolkning beräknas ha vuxit upp som anhöriga till förälder som vårdats för psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika. I vuxen ålder beräknas denna grupp ta i anspråk

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

cirka en fjärdedel, 52 miljarder kronor, av samhällets årliga kostnader för psykisk sjukdom, missbruk av alkohol och narkotika. Störst årlig kostnad inom denna grupp står psykisk sjukdom för, 29 miljarder kronor, följt av alkoholmissbruk, 14 miljarder kronor och narkotikamissbruk, 8 miljarder kronor.

Sjukskrivning, förtidspension och för tidig död

Merparten av samhällets kostnader utgörs av så kallade indirekta kostnader i form av produktionsbortfall vid sjukskrivning, förtidspensionering och för tidig död. Samhällets stora långsiktiga kostnader för barn som vuxit upp som anhöriga till förälder med psykisk sjukdom eller missbruk beror huvudsakligen på att andelen med psykisk sjukdom är dubbelt så hög inom denna grupp som inom resten av befolkningen, och att andelen med missbruk av alkohol respektive narkotika är cirka fyra till fem gånger så hög som i befolkningen i övrigt.

Stödgrupper för barn/unga i familjer med psykisk ohälsa och substansmissbruk

SBU:s upplysningstjänst (2019) identifierade en systematisk översikt som sammanställt studier som utvärderat effekten av selektiva preventionsprogram för barn och ungdomar som hade föräldrar med psykisk ohälsa eller substansmissbruk [137, 138]. Åtta av de totalt 13 studier som inkluderats i översikten studerade effekten av stödgrupper. Utöver de studier som ingick i översikten identifierade SBU:s upplysningstjänst tre kontrollerade studier som utvärderat effekten av stödgrupper.

Författarna till översikten drar slutsatsen att interventionerna över lag verkar ha en positiv effekt på vissa av utfallsmåtten men påpekar att resultaten är preliminära. Författarna till de kontrollerade studierna drar liknande slutsatser vad gäller effekten av stödgrupper för barn och ungdomar till föräldrar med psykisk ohälsa eller substansmissbruk. SBU:s upplysningstjänst har inte hittat någon studie som undersökt eventuella effekter över längre tid, och inte heller studier som jämfört olika ålders- eller riskgrupper, eller olika typer av behandlingar.

KBT och psykoedukation för barn i familjer med psykisk ohälsa

Två systematiska litteraturöversikter (2021) och metaanalyser undersökte olika preventiva insatser för barn och unga och/eller deras familjer, där det fanns minst en förälder med psykiatrisk diagnos) [139, 140]. I båda

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

översikterna var insatserna därför selektiva och barnen hade vid insatsens start ingen psykiatrisk diagnos.

I den första översikten inkluderades 20 studier, där en majoritet av insatserna var kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykoedukation (16 studier) [139]. Här kunde föräldrarna ha olika psykiatriska diagnoser, inkluderat depressions- och ångestdiagnoser, substansmissbruk med mera. I nio studier fokuserade interventionerna på familjer (inklusive barnet och minst en av de två föräldrarna) i fyra studier på föräldrar, i fyra studier endast på mammor och i tre studier på ungdomar. I metaanalysen fann man en signifikant minskning både av sannolikheten för att barnen skulle få en psykiatrisk diagnos och att de skulle få psykiska problem.

I den andra översikten fokuserade man på förebyggande insatser till barn som lever i familjer där minst en förälder hade psykiska störningar eller ångestproblematik [140]. Här inkluderades totalt 22 studier av åtta unika preventionsprogram. Alla insatser innehöll psykoedukation. Resultaten från de två studierna presenteras i tabell 11.

Tabell 11. Effekt av KBT och psykoedukation för barn som lever i familjer med psykisk ohälsa.

Utfall	Antal studier	Effekt
Sannolikhet psykiatrisk diagnos [139]	5	RR=0.53*
Sannolikhet psykiatrisk diagnos [140]	6	Efter 1 år: RR=0.37* Efter 2 år: RR=0.71*
Emotionella problem [139]	12	SMD=0.25*
Emotionella problem [140]	9	Direkt efter SMD=0.19* Efter 1 år: SMD=0.31*

RR = Relativ risk

SMD = standardiserad medelvärdeskillnad, dvs. skillnaden mellan beräknade genomsnitt för experimentgrupp och kontrollgrupp.

* = $p < 0,05$

Föräldraskapsstödsprogram för att förebygga utsatthet i hemmet

Flera översikter har publicerats de senaste åren om effekten av föräldraskapsstödsprogram för att förebygga barns utsatthet i hemmet. Översikterna har fokuserat på förebyggande av återfall i våld mot barn

Satsa tidigt, tänk långsiktigt!

[141], på universella insatser [142] och på att ge en överblick över samtliga systematiska översikter [143]. I den sistnämnda översikten kom man fram till att föräldraskapsstödsinsatser generellt kunde förebygga utsatthet i hemmet.

I en systematisk översikt med metaanalys (2016) undersöktes effekten av föräldraskapsstödsprogram för att minska risken för barns utsatthet i hemmet [144]. Översikten inkluderade 37 studier, där programmen som utvärderades gavs både på universell, selektiv och indikerad nivå. En majoritet av insatserna fokuserade på mammor. Barnen var oftast fem år och yngre. Resultaten från översikten presenteras i tabell 12.

Tabell 12. Effekt av föräldraskapsstödsprogram för att förebygga barns utsatthet i hemmet.

Utfall	Antal studier	Effekt
Barns utsatthet [144]	37	0.29*
Anmälningar till socialtjänst [144]	8	0.21*

a Inkluderar olika former av att mäta utsatthet, t.ex. självrapporterad, anmälningar, föräldraskattning. Effekt = standardiserad medelvärdeskillnad, dvs. skillnaden mellan beräknade genomsnitt för experimentgrupp och kontrollgrupp.

* = $p < 0,05$

Referenser

- End1. Bloom DE, Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z. and Weinstein, C. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases; 2011.
2. Skandia L. Betydelsen av förebyggande insatser kring psykisk ohälsa, En rapport om den ökade psykiska ohälsan och dess långsiktiga samhällskonsekvenser; 2015.
3. Scott S, Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*. 2001; 323(7306):191.
4. Snell T, Knapp, M., Healey, A., Guglani, S., Evans-Lacko, S., Fernandez, J. L., Meltzer, H., & Ford, T. . Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: estimates from national survey data. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2013; 54(9):977-85.
5. Wellander L, Wells, M. B., & Feldman, I. Does Prevention Pay? Costs and Potential Cost-savings of School Interventions Targeting Children with Mental Health Problems. *The journal of mental health policy and economics*. 2016; 19(2):91-101.
6. Fergusson DM, Horwood, L. J. and Ridder, E. M. Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2005; 46(8):837-49.
7. Fletcher JaW, B. Long-term consequences of childhood adhd on criminal activities. *Journal of Mental Health Policy and Economics*. 2009; 12(3):119-38.
8. Mortensen I, Taflin H. Vad kostar ett brott? En metodstudie och Cost of Illness analys av kostnaderna för brott i Sverige; 2018.
9. Leijten P, Gardner F, Melendez-Torres GJ, van Aar J, Hutchings J, Schulz S, et al. Meta-Analyses: Key Parenting Program Components for Disruptive Child Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 58(2):180-90.

10. Enebrink P, Stattin H. Föräldraskapsstöd på selektiv och indikerad nivå - En sammanfattning av forskningsläget Socialmedicinsk tidskrift. 2020; 5.
11. Thongseiratch T, Leijten P, Melendez-Torres GJ. Online parent programs for children's behavioral problems: a meta-analytic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 29(11):1555-68.
12. Florean IS, Dobrea A, Păsărelu CR, Georgescu RD, Milea I. The Efficacy of Internet-Based Parenting Programs for Children and Adolescents with Behavior Problems: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Clinical child and family psychology review*. 2020; 23(4):510–28.
13. Sampaio F, Nystrand, C., Feldman, I., Mihalopoulos, C. Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health: A systematic review of economic evaluations. *European child & adolescent psychiatry*. 2022; 10.1007/s00787-022-01969-w. Advance online publication.
14. Gardner F, Leijten P, Mann J, Landau S, Harris V, Beecham J, et al. Could scale-up of parenting programmes improve child disruptive behaviour and reduce social inequalities? Using individual participant data meta-analysis to establish for whom programmes are effective and cost-effective. 2017.
15. WSIPP. Benefit-cost Results for Interventions for Children's Mental Health: Washington State Institute for Public Policy 2020.
16. Nystrand C, Hultkrantz L, Vimefall E, Feldman I. Economic return on investment of parent training programmes for the prevention of child externalising behaviour problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2020; 47(2):300-15.
17. Nystrand C, Feldman I, Enebrink P, Sampaio F. Cost-effectiveness analysis of parenting interventions for the prevention of behaviour problems in children. *PloS one*. 2019; 14(12):e0225503-e.
18. Ulfsdotter M, Lindberg L, Månsdotter A. A Cost-Effectiveness Analysis of the Swedish Universal Parenting Program All Children in Focus. *PloS one*. 2015; 10(12):e0145201-e.

19. Socialstyrelsen. Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott - Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6–17 år Stockholm, Sverige; 2021.
20. SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Stockholm, Sverige; 2021.
21. Yap MBH, Morgan AJ, Cairns K, Jorm AF, Hetrick SE, Merry S. Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clinical Psychology Review*. 2016; 50:138-58.
22. Öckert B. Frånvaro i skolan under coronapandemin – hur kan resultaten komma att påverkas?; 2021.
23. Munkhaugen EK, Gjevik E, Pripp AH, Sponheim E, Diseth TH. School refusal behaviour: Are children and adolescents with autism spectrum disorder at a higher risk? *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2017; 41-42:31-8.
24. Maynard BR, Heyne D, Brendel KE, Bulanda JJ, Thompson AM, Pigott TD. Treatment for School Refusal Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*. 2015; 28(1):56-67.
25. Ingles CJ, Gonzalvez-Macia, C., Garcia-Fernandez, J. M., Vicent, M., & Martinez-Monteagudo, M. C. Current status of research on school refusal. *European Journal of Education and Psychology*. 2015; 8(1):37-52.
26. Kearney CA. School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*. 2008; 28(3):451-71.
27. Keppens G, Spruyt B. The impact of interventions to prevent truancy: A review of the research literature. *Studies in Educational Evaluation*. 2020; 65:100840.
28. Kearney CA. Identifying the function of school refusal behavior: A revision of the School Refusal Assessment Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2002; 24(4):235-45.

29. Maynard B, Tyson McCrea K, Pigott T, Kelly M. Indicated Truancy Interventions for Chronic Truant Students: A Campbell Systematic Review. *Research on Social Work Practice*. 2013; 23.
30. Londono Tobon A, Reed MO, Taylor JH, Bloch MH. A Systematic Review of Pharmacologic Treatments for School Refusal Behavior. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018; 28(6):368-78.
31. Melvin G, Gordon M. Antidepressant Medication: Is It a Viable and Valuable Adjunct to Cognitive-Behavioral Therapy for School Refusal? *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018; 26.
32. Ekstrand B. What it takes to keep children in school: a research review. *Educational Review*. 2015; 67:1-24.
33. Elliott JG, Place M. Practitioner Review: School refusal: developments in conceptualisation and treatment since 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019; 60(1):4-15.
34. Ramboll. Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser - En beskrivande samhällsekonomisk studie. Stockholm, Sverige; 2019.
35. Hofmarcher, T., Ramdén, V., Lindgren, P. Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk i Sverige. IHE Rapport 2022:5, IHE:Lund.
35. Folkhälsomyndigheten. Riskfaktorer för ungas narkotikabruk och narkotikarelaterade problem. Stockholm, Sverige; 2021.
36. Yap MBH, Cheong TWK, Zaravinos-Tsakos F, Lubman DI, Jorm AF. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction*. 2017; 112(7):1142-62.
37. Folkhälsomyndigheten. Hur kan vi skjuta fram minderårigas alkoholdebut och minska deras alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade skador. Stockholm, Sverige; 2020.
38. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor Stockholm, Sverige; 2018.
39. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, et al. Substance use in young people 3: Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*. 2016; 3(3):280-96.

40. Bo A, Hai AH, Jaccard J. Parent-based interventions on adolescent alcohol use outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018; 191:98-109.
41. Ladis BA, Macgowan M, Thomlison B, Fava NM, Huang H, Trucco EM, et al. Parent-Focused Preventive Interventions for Youth Substance Use and Problem Behaviors: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*. 2019; 29(4):420-42.
42. Ballester L, Amer J, Sánchez-Prieto L, Valero de Vicente M. Universal Family Drug Prevention Programs. A Systematic Review. *Journal of Evidence-Based Social Work (2640-8066)*. 2021; 18(2):192-213.
43. Van Ryzin MJ, Roseth CJ, Fosco GM, Lee Y-k, Chen IC. A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*. 2016; 45:72-80.
44. Tremblay M, Baydala L, Khan M, Currie C, Morley K, Burkholder C, et al. Primary substance use prevention programs for children and youth: A systematic review. *Pediatrics*. 2020; 146(3).
45. Folkhälsomyndigheten. Life Skills Training (LST). Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/interventionslista-sbu-databas/life-skills-training-lst/>
46. Folkhälsomyndigheten. Hälsoekonomiska utvärderingar av förebyggande insatser inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (ANDTS) Stockholm, Sverige; 2021.
47. Andersson E, Toresson Grip E, Norrlid H, Fridhammar A. Samhällskostnaden för rökning relaterad sjuklighet i Sverige. Lund, Sverige; 2017.
48. Folkhälsomyndigheten. Kunskap om faktorer som kan påverka barns och ungas tobaksdebut. Stockholm, Sverige; 2021.
49. Ames H LL, Berg RC. Hvor effektive er primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk hos barn og unge? En oversikt over systematiske oversikter. Oslo: Norsk Folkehelseinstituttet; 2019.
50. Peirson L, Ali MU, Kenny M, Raina P, Sherifali D. Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Prevention Medicine*. 2013; 85(20-31).

51. Thomas RE, McLellan J, Fau - Perera R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 4.
52. Thomas RE, McLellan J, Perera R. Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2015; 5(3):e006976.
53. Patnode CD, E. OC, Whitlock EP, Perdue LA, Soh C, Hollis J. Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2013; 158(4):253-60.
54. Peirson L, Ali MU, Kenny M, Raina P, Sherifali D. Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Prevention Medicine.* 2016; 85:20-31.
55. Jøsendal O, Aarø LE, Torsheim T, Rasbash J. Evaluation of the school-based smoking-prevention program "BE smokeFREE". *Scandinavian journal of psychology.* 2005; 46(2):189-99.
56. Vartiainen E, Pennanen M, Haukkala A, Dijk F, Lehtovuori R, De Vries H. The effects of a three-year smoking prevention programme in secondary schools in Helsinki. *European Journal of Public Health.* 2007; 17(3):249-56.
57. Hofmarcher T, Hustafsson A, Persson U. Samhällets kostnader för spelproblem i Sverige. Lund: IHE; 2020.
58. Dowling NA, Merkouris SS, Greenwood CJ, Oldenhof E, Toumbourou JW, Youssef GJ. Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review.* 2017; 51:109-24.
59. MacArthur G, Caldwell DM, Redmore J, Watkins SH, Kipping R, White J, et al. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 10(10).
60. Heckman JJ, Kautz T. Hard evidence on soft skills. *Labour Econ.* 2012; 19(4):451-64.
61. Roberts BW, Kuncel NR, Shiner RL, Caspi A, Goldberg LR. The Power of Personality: The Comparative Validity of Personality

- Traits, Socioeconomic Status, and Cognitive Ability for Predicting Important Life Outcomes. *Perspectives on Psychological Science*. 2007; 2:313 - 45.
62. OECD. *Social and Emotional Skills: Well-being, connectedness and success.*; 2018.
63. Ifous. *Ifous fokuserar: Att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa i förskola.* Stockholm, Sverige; 2021.
64. Blewitt C, Fuller-Tyszkiewicz M, Nolan A, Bergmeier H, Vicary D, Huang T, et al. Social and Emotional Learning Associated With Universal Curriculum-Based Interventions in Early Childhood Education and Care Centers: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2018; 1(8):e185727-e.
65. Domitrovich CE, Cortes R, Greenberg MT. Improving young children's social and emotional competence: a randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. *The journal of primary prevention*. 28(2):67-91.
66. Eninger L, Ferrer-Wreder L, Eichas K, Olsson TM, Hau HG, Allodi MW, et al. A Cluster Randomized Trial of Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS(®)) With Swedish Preschool Children. *Frontiers in psychology*. 2021; 12.
67. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*. 2011; 82(1):405-32.
68. Sklad M, Diekstra R, Ritter MD, Ben J, Gravesteyn C. Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*. 2012; 49(9):892-909.
69. Taylor RD, Oberle E, Durlak JA, Weissberg RP. Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child development*. 2017; 88(4):1156-71.
70. Wigelsworth M, Lendrum A, Oldfield J, Scott A, ten Bokkel I, Tate K, et al. The impact of trial stage, developer involvement and international transferability on universal social and emotional

- learning programme outcomes: A meta-analysis. *Cambridge Journal of Education*. 2016; 46(3):347-76.
71. Berry V, Axford N, Blower S, Taylor RS, Edwards RT, Tobin K, et al. The Effectiveness and Micro-costing Analysis of a Universal, School-Based, Social–Emotional Learning Programme in the UK: A Cluster-Randomised Controlled Trial. *School Mental Health*. 2016; 8(2):238-56.
 72. Humphrey N, Hennessey A, Lendrum A, Wigelsworth M, Turner A, Panayiotou M, et al. The PATHS curriculum for promoting social and emotional well-being among children aged 7–9 years: a cluster RCT. 2018.
 73. Turner AJ, Sutton M, Harrison M, Hennessey A, Humphrey N. Cost-Effectiveness of a School-Based Social and Emotional Learning Intervention: Evidence from a Cluster-Randomised Controlled Trial of the Promoting Alternative Thinking Strategies Curriculum. *Applied health economics and health policy*. 2020; 18(2):271-85.
 74. Bywater T, Sharples J. Effective evidence-based interventions for emotional well-being: lessons for policy and practice. *Research Papers in Education*. 2012; 27(4):389-408.
 75. Folkhälsomyndigheten KI. Skolrelaterade insatser för fysisk aktivitet och effekt på psykisk hälsa bland barn och unga - En systematisk litteraturöversikt och metaanalys. Stockholm, Sverige; 2021.
 76. Maynard BR, Solis MR, Miller VL, Brendel KE. Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior, and socioemotional functioning of primary and secondary school students. 2017; 13(1):1-144.
 77. van Loon Amanda WG, Creemers HE, Beumer WY, Okorn A, Vogelaar S, Saab N, et al. Can Schools Reduce Adolescent Psychological Stress? A Multilevel Meta-Analysis of the Effectiveness of School-Based Intervention Programs. *Journal of Youth and Adolescence*. 2020; 49(6):1127-45.
 78. Folkhälsomyndigheten. Skolans betydelse för inåtvända psykiska problem bland skolbarn. Stockholm, Sverige; 2020.
 79. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young

- people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2017; 51:30-47.
80. Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Wolfenden L, Hodder RK, et al. Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2017; 56(10):813-24.
81. Ssegonja R, Nystrand C, Feldman I, Sarkadi A, Langenskiöld S, Jonsson U. Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: A meta-analysis and meta-regression. *Preventive medicine*. 2019; 118:7-15.
82. Ahlen J, Lenhard F, Ghaderi A. Universal Prevention for Anxiety and Depressive Symptoms in Children: A Meta-analysis of Randomized and Cluster-Randomized Trials. *The journal of primary prevention*. 2015; 36(6):387-403.
83. Feldman I, Gebreslassie M, Sampaio F, Nystrand C, Ssegonja R. Economic Evaluations of Public Health Interventions to Improve Mental Health and Prevent Suicidal Thoughts and Behaviours: A Systematic Literature Review. *Administration and policy in mental health*. 2021; 48(2):299-315.
84. Talme L, Roll-Pettersson, L., Karlsson, P., & von Rosen, T. . Ett skolövergripande samverkansprojekt: Att skapa studiero och en trygg lärandemiljö. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*. 2018; 45:1-19.
85. Sørli M-A, & Ogden, T. . Immediate Impacts of PALS: A school-wide multilevel programme targeting behaviour problems in elementary school. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2007; 51:471-92.
86. Sørli M-A, & Ogden, T. . School-wide positive behavior support - Norway: Impacts on problem behavior and classroom climate. *International Journal of School & Educational Psycholog*. 2015; 3:202-17.
87. Garmy P. Hälsopromotion i skolan. Utvärdering av DISA - ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar: Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö; 2016.

88. Aune TS, T. C. Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2009; 77(5):867-79.
89. SBU. Skolbaserade program för att förebygga självskaðebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteratöversikt. Stockholm, Sverige; 2015.
90. SBU. Program för att förebygga suicid och suicidförsök hos barn. Stockholm, Sverige; 2021.
91. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016; 3(7):646-59.
92. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*. 2015; 385(9977):1536-44.
93. Ahern S, Burke LA, McElroy B, Corcoran P, McMahon EM, Keeley H, et al. A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *European child & adolescent psychiatry*. 2018; 27(10):1295-304.
94. Thorell L. Neuropsykologiska svårigheter – så kan adhd påverka barn och unga i skolan. Stockholm, Sverige; 2021.
95. Östlund D. Pedagogiska relationer och strategier för elever med adhd. Stockholm, Sverige; 2021.
96. Daley D, Birchwood J. ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child: care, health and development*. 2010; 36(4):455-64.
97. Bull R, Espy K, Wiebe SA. Short-term memory, working memory, and executive functioning in preschoolers: longitudinal predictors of mathematical achievement at age 7 years. *Developmental neuropsychology*. 2008; 33(3):205-28.
98. Sjöwall D, Thorell LB. Functional impairments in attention deficit hyperactivity disorder: the mediating role of neuropsychological functioning. *Developmental neuropsychology*. 2014; 39(3):187-204.

99. Thorell LB. Do delay aversion and executive function deficits make distinct contributions to the functional impact of ADHD symptoms? A study of early academic skill deficits. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2007; 48(11):1061-70.
100. Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*; 2014.
101. Powell LA-O, Parker J, Weighall A, Harpin V. Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*. 2022; 26(3):340-57.
102. Cordier R, Vilaysack B, Doma K, Wilkes-Gillan S, Speyer R. Peer Inclusion in Interventions for Children with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed research international*. 2018.
103. Lindqvist H, Östergren, R., & Holme, L. Elevassistenter i skolan: En forskningsöversikt. *Pedagogisk forskning i Sverige*. 2020; 25(2-3):114-37.
104. Farrell P, Alborz A, Howes A, Pearson D. The impact of teaching assistants on improving pupils' academic achievement in mainstream schools: a review of the literature. *Educational Review*. 2010; 62(4):435-48.
105. Sharma U, Salend SJ. Teaching Assistants in Inclusive Classrooms: A Systematic Analysis of the International Research. *Australian Journal of Teacher Education*. 2016; 41(8).
106. Östlund D. Elevassistenter: en möjlighet eller ett hinder för elevers inkludering och delaktighet. *Specialpedagogik*. 2017; 37(3/4):106-17.
107. Richardson M, Moore DA, Gwernan-Jones R, Thompson-Coon J, Ukoumunne O, Rogers M, et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2015; 19(45):1-470.
108. Moore DA, Russell AE, Matthews J, Ford TJ, Rogers M, Ukoumunne OC, et al. School-based interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review with multiple synthesis methods. *Review of Education*. 2018; 6(3):209-63.

109. Gwernan-Jones R, Moore DA, Cooper P, Russell AE, Richardson M, Rogers M, et al. A systematic review and synthesis of qualitative research: the influence of school context on symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 2016; 21(1):83-100.
110. Moore DA, Russell AE, Arnell S, Ford TJ. Educators' experiences of managing students with ADHD: a qualitative study. *Child: care, health and development*. 2017; 43(4):489-98.
111. Sampaio FA-O, Feldman I, Lavelle TA, Skokauskas N. The cost-effectiveness of treatments for attention deficit-hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in children and adolescents: a systematic review. LID - 10.1007/s00787-021-01748-z [doi]. *European child & adolescent psychiatry*. 2021; (1435-165X (Electronic)).
112. Penner M, Rayar M, Bashir N, Roberts SW, Hancock-Howard RL, Coyte PC. Cost-Effectiveness Analysis Comparing Pre-diagnosis Autism Spectrum Disorder (ASD)-Targeted Intervention with Ontario's Autism Intervention Program. *Journal of autism and developmental disorders*. 2015; 45(9):2833-47.
113. skolmyndigheten S. Läs- och skrivsvårigheter. 2021. Hämtad från: <https://www.spsm.se/funktionsnedsattningar/las--och-skrivsvarigheterdyslexi/>
114. Fritz A, Haase V. G. & Räsänen, P. . *International Handbook of Mathematical Learning Difficulties*. Cham, Schweiz; 2019.
115. skolmyndigheten S. Matematiksvårigheter. 2021. Hämtad från: <https://www.spsm.se/funktionsnedsattningar/matematiksvarigheter/>
116. Law J, Rush R, Schoon I, Parsons S. Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: literacy, mental health, and employment outcomes. *J Speech Lang Hear Res*. 2009; 52(6):1401-16.
117. Ifous. *Språkutvecklande förskola - En kunskapsöversikt om språkutvecklande arbete i förskola*. Stockholm, Sverige; 2022.
118. Dietrichson J, Filges T, Seerup JK, Klokke RH, Viinholt BCA, Bøg M, et al. Targeted school-based interventions for improving reading and mathematics for students with or at risk of academic difficulties

- in Grades K-6: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 2021; 17(2):e1152.
119. Almqvist L, Malmqvist, J. och Nilholm, C. . Vilka stödinsatser främjar uppfyllelse av kunskapsmål för elever i svårigheter? En syntes av meta-analyser. Stockholm, Sverige; 2014.
120. Marsh K, Bertranou E, Suominen H, Venkatachalam M. *An Economic Evaluation of Speech and Language Therapy*. London, Storbritannien; 2010.
121. Law J, Zeng B, Lindsay G, Beecham J. Cost-effectiveness of interventions for children with speech, language and communication needs (SLCN): a review using the Drummond and Jefferson (1996) 'Referee's Checklist'. *Int J Lang Commun Disord*. 2012; 47(1):1-10.
122. (UK) NCCfMH. *Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges*; 2015.
123. Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2009; 123(3):1059-65.
124. Smokowski PR, Evans CBR, Cotter KL. The differential impacts of episodic, chronic, and cumulative physical bullying and cyberbullying: the effects of victimization on the school experiences, social support, and mental health of rural adolescents. *Violence and victims*. 2014; 29(6):1029-46.
125. F. TR, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American journal of psychiatry*. 2014; 171(7):777-84.
126. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*. 2015; 100(9):879-85.
127. Ttofi MM, Farrington D, Lösel F, Loeber R. The predictive efficiency of school bullying versus later offending: a systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. *Criminal behaviour and mental health*. 2011; 21(2):80-9.
128. Gaffney H, Farrington DP, Ttofi MM. Examining the Effectiveness of School-Bullying Intervention Programs Globally: a Meta-analysis. *International Journal of Bullying Prevention*. 2019; 1(1):14-31.

129. Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. What works in anti-bullying programs? Analysis of effective intervention components. *Journal of school psychology*. 2021; 85:37-56.
130. Beckman L, Svensson M. The cost-effectiveness of the Olweus Bullying Prevention Program: Results from a modelling study. *Journal of adolescence*. 2015; 45:127-37.
131. Persson M, Svensson M. Willingness to Pay to Reduce School Bullying. *Economics of Education Review*. 2013; 35.
132. Persson M, Wennberg L, Beckman L, Salmivalli C, Svensson M. The Cost-Effectiveness of the KiVa Antibullying Program: Results from a Decision-Analytic Model. *Prevention science*. 2018; 19(6):728-37.
133. Huitsing G, Barends SI, Lokkerbol J. Cost-benefit Analysis of the KiVa Anti-bullying Program in the Netherlands. *International Journal of Bullying Prevention*. 2020; 2(3):215-24.
134. Bo Hovstadius LE, Lennart Magnusson. Barn som anhöriga: ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader; 2015.
135. Hjern A AA, Vinnerljung B. A. Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Kalmar, Sverige; 2014.
136. Socialstyrelsen. Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider. Stockholm, Sverige; 2013.
137. SBU. Stödgrupper till barn och unga som lever i familjer med psykisk ohälsa eller substansmissbruk. Stockholm, Sverige; 2019.
138. Bröning S, Kumpfer K, Kruse K, Sack P-M, Schaunig-Busch I, Ruths S, et al. Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2012; 7:23-.
139. Lannes A, Bui E, Arnaud C, Raynaud J-P, Revet A. Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*. 2021.
140. Havinga PJ, Maciejewski DF, Hartman CA, Hillegers MHJ, Schoevers RA, Penninx BWJH. Prevention programmes for children

- of parents with a mood/anxiety disorder: Systematic review of existing programmes and meta-analysis of their efficacy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2021; 60(2):212-51.
141. Vlahovicova K, Melendez-Torres GJ, Leijten P, Knerr W, Gardner F. Parenting programs for the prevention of child physical abuse recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2017; 20(3):351-65.
142. Altafim ERP, Linhares MBM. Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psychosocial Intervention*. 2016; 25(1):27-38.
143. Coore Desai C, Reece J-A, Shakespeare-Pellington S. The prevention of violence in childhood through parenting programmes: A global review. *Psychology, Health & Medicine*. 2017; 22(Suppl 1):166-86.
144. Chen M, Chan KL. Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*. 2016; 17(1):88.
145. Gubbels J, van der Put CE, Stams G-JJM, Assink M. Effective Components of School-Based Prevention Programs for Child Abuse: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2021; 24(3):553-78.
146. De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *Journal of Adolescent Health*. 2014; 54(1):3-13.
147. SBU. Våld i ungas nära relationer – förebyggande åtgärder. Stockholm, Sverige; 2016.