

Vänta inte!

Guide för investeringar i tidiga insatser för barn och unga



Innehåll

Förord	3
Sammanfattning: Fem steg för att investera i tidiga insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga	4
Introduktion	5
Steg 1: Identifiera det resultat som behöver förbättras och involvera berörda aktörer	9
Steg 2: Definiera förutsättningarna för att investera i tidiga insatser	15
Steg 3: Identifiera och beskriv tänkbara insatser	19
Steg 4: Genomför vid behov prioritering och fatta beslut om insatser	25
Steg 5: Säkerställ goda förutsättningar för genomförande av tidiga insatser	27
Exempel från verkligheten: I Norrköpings kommun möjliggörs tidiga insatser genom en social investeringsfond	29
Noter	33
Appendix 1: Insatsöversikt	34
Källor	38
Appendix 2: Exempel på nationellt existerande resultat-, process och strukturmått	39

Vänta inte!

*Guide för investeringar i tidiga insatser
för barn och unga*

Förord

Mot bakgrund av de senaste årens omfattande utvecklingsarbete för barns psykiska hälsa kan konstateras: alla är överens om att barn och unga är det viktigaste vi har. Vi kan se värdet, både för samhället och för den enskilda individen, i att alla barn får förutsättningar att växa och utvecklas på bästa sätt. Samtidigt vet vi att vi inte lever upp till detta i dagens Sverige. Det finns ett stort intresse från kommuner och landsting att arbeta med förbättrade insatser för barn och unga, man ser det som en av de viktigaste framtidsinvesteringarna. Liknande trender finns i hela världen. När insikten om den stora potential som ligger i att flytta sena till tidiga insatser erövrats har det första steget tagits mot effektivare användning av våra resurser, men det stora arbetet återstår.

Ur en ekonoms perspektiv präglas diskussionen kring investeringar i tidiga insatser av hur man kan säkerställa att insatserna verkligen ger långsiktigt positiva effekter, i första hand mänskliga men också ekonomiska. Svaret är att vi med nuvarande kunskaper sällan fullt ut kan förutsäga de långsiktiga effekterna. För att välja rätt tidiga insatser och för att kunna följa utvecklingen över tid behöver man arbeta systematiskt med behovsanalys och uppföljning. Ett systematiskt angreppssätt kan på verksamhetsnivå öka insikterna om vilka metoder och arbetssätt som är effektiva, kopplat till de behov och utmaningar som man står inför. På övergripande lednings- och styrningsnivå kan systematiken leda till ökad insikt om hur resurser används och fördelas – mellan förvaltningar och mellan generella och riktade insatser.

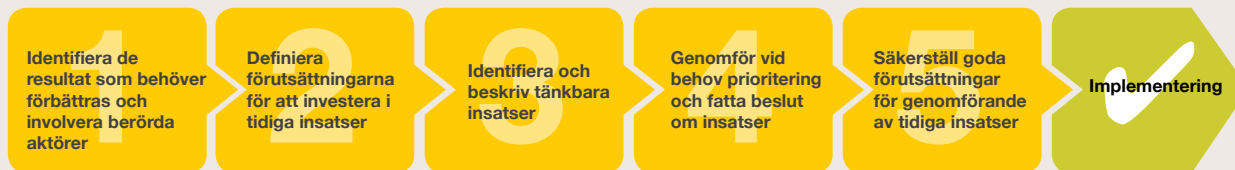
Det krävs ett systematiskt och klokt arbete med att finna lämpliga metoder, uppföljningsinstrument samt kompetens att genomföra förändringar. En förutsättning för att särskilda insatser ska ge avsett resultat är att kvaliteten på det generella välfärdsutbudet håller en hög nivå. Med den här guiden vill vi ge en enkel översikt över hur man kan gå till väga. Innehållet bygger på svenska och internationella erfarenheter. I projektgruppen för framtagandet av denna guide har Tomas Bokström, Fredrik Lindencrona och Helena Orre vad vid SKL och externt stöd i form av Health Navigator AB ingått. Vi hoppas att guiden ska kunna bli ett stöd i era diskussioner och ge exempel på tankar som är till nytta i strävan att förbättra insatserna till barn och unga för att förebygga psykisk ohälsa.

Stockholm juli 2012

Ing-Marie Wieselgren
projektchef Psyknk – psykisk hälsa
barn och unga
Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

Stefan Ackerby
biträdande chefsekonom och sektionschef
Avdelningen för ekonomi och styrning
Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning. 5 steg för att investera i tidiga insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga



- Identifiera de resultat som behöver förbättras
- Kartlägg vilka grupper av individer som är i behov av tidiga insatser
- Identifiera och involvera andra berörda aktörer

Kontrollfråga:

Finns det ett eller flera väl definierade problem och kunskap om vilka grupper av individer som kan vara i behov av tidiga insatser?

2

Definiera förutsättningarna för att investera i tidiga insatser

- Etablera en tydlig organisations- och ledningsstruktur
- Definiera förutsättningarna för investeringen
- Definiera de grundläggande prioriteringsprinciperna

Kontrollfråga:

Är förutsättningarna för en investering i tidiga insatser tydligt beskrivna?

3

Identifiera och beskriv tänkbara insatser

- Beskriv målgruppen och syftet med insatsen
- Beskriv innehåll och genomförande
- Beräkna kostnader, förväntade kvalitetsvinster och ekonomiska resultat för olika aktörer
- Redogör för på vilka grunder som insatsen anses kunna ge önskad effekt
- Beskriv hur insatsen ska mätas och följas upp

Kontrollfråga:

Kan robusta målsättningar för de olika insatserna utarbetas och följas upp?

4

Genomför vid behov prioritering och fatta beslut om insatser

- Genomför vid behov prioritering och besluta om insatser för att åstadkomma önskvärd förändring

Kontrollfråga:

Kommer portföljen av insatser sammantaget åstadkomma önskvärd förändring inom givna tidsramar?

5

Säkerställ goda förutsättningar för genomförande av tidiga insatser

- Besluta om vem, hur och när insatser ska följas upp och utvärderas
- Utveckla rutin för hur lärdomar kan återkopplas till framtida insatser
- Identifiera vilka kanaler som ska användas för att kommunicera resultat
- Säkerställ goda förutsättningar för en framgångsrik implementering

Kontrollfråga:

Är det tydligt vem som ska följa upp insatsen och hur återkoppling skall ske?

Implementering

För den som önskar ytterligare fördjupning i ämnet kan följande litteratur rekommenderas:

Om värdet av tidiga insatser för barns och ungas psykiska hälsa

- Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. Knapp, M., McDaid, D. & Personage, M. (Eds.) Department of Health, April 2011.
- Return on Investment: Evidence-Based Options to Improve Statewide Outcomes, Aos, S.; Lee, S.; Drake, E.; Pennucci, A.; Miller, M.; Anderson, L., Washington State Institute for Public Policy (WSIPP), April 2012

- Schools, Skills, and Synapses. Heckman, J.J. 2008. IZA, Institute for the Study of Labor. Discussion Paper Series
- Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century. Government Office for Science. Foresight. Great Britain.

Om sociala investeringar

- A Technical Guide to Developing Social Impact Bonds, Social Finance, March 2011, www.socialfinance.org.uk

- Pay for Success Learning Hub, www.payforsuccess.org

Om värdet av utfallsbaserad styrning (Outcomes Management System)

- Outcomes Management: Incorporating and Sustaining Processes Critical to Using Outcome Data to Guide Practice Improvement, Hodges, K.; Wotring, J.R., Journal of Behavioral Health Services & Research, October 2011

Introduktion

Varför investera i tidiga insatser?

En av samhällets viktiga uppgifter är att ge varje barn som föds goda förutsättningar för att få en bra uppväxt och att få utveckla de förmågor som krävs för att leva ett gott liv. Rätt form av tidiga och synkroniserade insatser från samhället kan i många fall förhindra framtida psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa är en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom.¹ I Socialstyrelsens årsrapport om folkhälsan i Sverige för 2012 konstateras att den psykiska ohälsan bland unga tycks öka.² Livstidsrisken att drabbas av någon typ av psykisk ohälsa är ca 20% bland män och upp mot 40% bland kvinnor.³ Huvuddelen av den långvariga psykiska ohälsan debuterar under barn- och ungdomsåren.⁴ Psykisk ohälsa bland barn och unga orsakar både ett betydande lidande för de individer som drabbas och stora kostnader för samhället i form av åtgärder och uteblivna intäkter för de som hamnar i ett utanförskap senare i livet.

Forskningen visar dock att det finns mycket man kan göra i olika delar av samhället för att skapa en positiv utveckling. Det finns en lång rad faktorer från skilda områden såsom förskola, skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård som kan påverka risken för en negativ utveckling och främja positiv utveckling för barn och unga i allmänhet och för personer med egen sårbarhet i synnerhet.

Vi betraktar barn, unga och föräldrar som biologiska, psykologiska och sociala var- elser som lever i olika familjer, bostadsområden och samhällen. Med ett sådant synsätt behövs såväl *hälsofrämjande*, *förebyggande* som *behandlande* insatser för att skapa bästa möjliga utveckling för alla barn och unga. En utgångspunkt är att insatser måste vara tillgängliga för alla i relation till var och ens behov. Det innebär att när betingelserna är dåliga för hela områden eller när hela grupper i ett bostadsområde har liknande behov så behöver insatser för områdena eller grupperna vara i fokus. När det gäller problem i specifika familjer eller hos specifika barn och unga så behöver de riktade insatser och ofta dessutom en särskilt säkerställd kvalitet i den verksamhet som rör alla såsom förskola, skola eller fritid.

Tidiga insatser under ett barns uppväxt kan, förutom att vara till fördel för individen, vara samhällsekonomiskt lönsamt.⁵ Problemet är att insatserna ger stor effekt först efter en tid och att de ur ett ekonomiskt perspektiv många gånger framförallt bidrar posi-

tivt till andra aktörer än den som finansierar och genomför insatsen. Detta gör det ofta svårt att motivera sådana insatser ekonomiskt, inte minst när kostnaden ställs mot akuta behov i en kommun eller ett landsting. Det som på kort sikt kan ses som extra kostnader bör istället ses som en investering. Ett långsiktigt agerande utifrån en helhetssyn kring barn- och ungas psykiska hälsa är till nytta för både individen och samhället.

Instruktion för hur denna guide ska användas/förstås

Denna guide syftar till att vara ett stöd för de kommuner och landsting som överväger att investera i tidiga insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. Guiden är uppbyggd kring en process i fem steg:



Figur 1. Femstegsprocess för tidiga insatser

Guiden vänder sig i första hand till beslutsfattare på förvaltningsnivå inom kommuner och landsting, såsom beställarchefen inom ett landsting, socialchefen eller skolchefen i en kommun, och till de tjänstemän som arbetar med exempelvis projektledning, analys och beredning av beslutsunderlag i dessa frågor. I guiden beskrivs på en övergripande nivå vilka aktiviteter som bör övervägas vid planeringen av tidiga insatser riktade till barn, unga och deras föräldrar. Det kommer i alla enskilda situationer behövas lokala anpassningar, men målsättningen är att guiden ska ge vägledning och stöd till alla de som systematiskt önskar öka omfattningen av tidiga insatser för att stärka den psykiska hälsan bland barn och unga.

Guiden ingår i en serie skrifter inom ramen för projektet Psykn – psykisk hälsa barn och unga.⁶ Den kan läsas fristående eller tillsammans med projektets skrift ”Värdet av en god uppväxt – sociala investeringar för framtidens välfärd”. Vidare handledning, inspiration och material återfinns på projektets hemsida www.skl.se/psynk eller kan fås genom kontakt med centrala projektkansliet på Sveriges Kommuner och Landsting i Stockholm.

När ska denna guide användas?

Det finns olika anledningar till att kommuner och landsting beslutar sig för att investera i tidiga insatser. Det kan vara en nuvarande krissituation med tydliga problemområden eller som en del av ett långsiktigt systematiskt kvalitetsarbete. Initiativet kan vara politiskt men det kan också komma från den personal som arbetar närmast barn och unga och deras föräldrar.

De föreslagna stegen bör helst genomföras i den givna ordningen, men steg 1-3 kan också genomföras i en annan ordning. Till exempel kan den som redan överväger en specifik insats (steg 3) gå tillbaka till steg 1 och 2 för att utveckla förutsättningarna för att lyckas med insatsen och tydliggöra hur insatsen passar in i det sammantagna arbetet för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga.

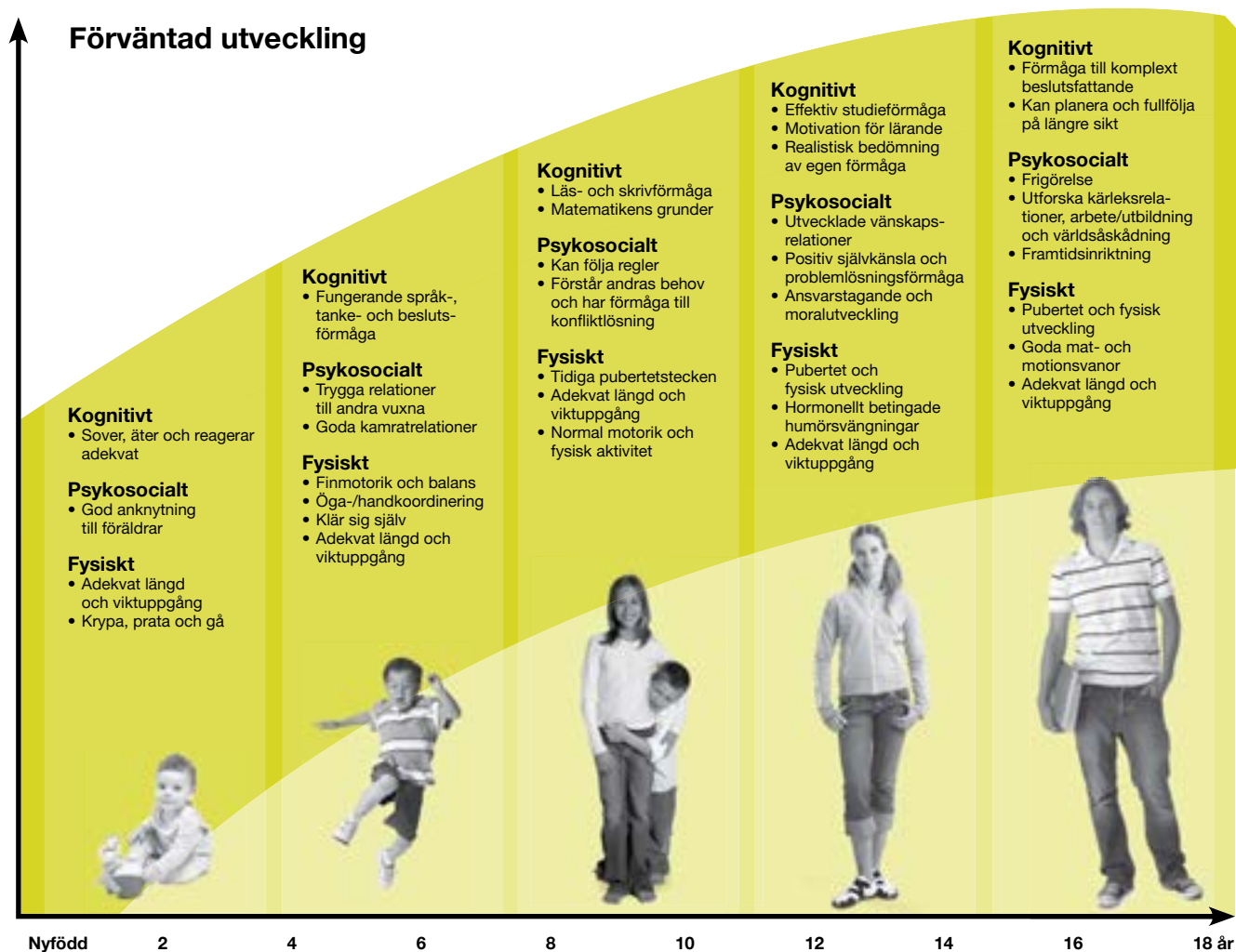




Ofta är det i en annan verksamhet många år senare som resultaten av en insats visar sig. Det krävs långsiktig planering!

Figur 2.

Vi vet vilken kroppslig, social, psykologisk och kunskapsmässig utveckling vi kan förvänta oss i olika åldrar. När ett barn inte följer sin förväntade utvecklingskurva bör det finnas system som fångar upp och som säkerställer att alla barn och unga får de extra insatser som de behöver. Det finns kunskaper om barns utveckling och en hel del kunskap om effektiva insatser i olika åldrar och från olika verksamheter, se Appendix 1, Barns utveckling – frisk-/riskfaktorer och effektiva insatser. Se även affischen som finns bifogad i denna skrift.





Första steget i ett systematiskt arbete för att förbättra barns och ungas psykiska hälsa består i att identifiera de resultat eller utfall som man vill förbättra genom tidiga insatser. Det är sedan viktigt att kartlägga vilka grupper av individer som är i behov av tidiga insatser och involvera de aktörer som behöver medverka i arbetet med att förbättra det valda resultatet.

Identifiera det resultat som behöver förbättras och involvera berörda aktörer

Identifiera vilket resultat som behöver förbättras

Psykisk ohälsa kan uppstå i olika stadier av livet. Barn och unga har under sin uppväxt kontakt med olika typer av offentliga verksamheter: under foster- och spädbarnsålder utgör exempelvis mödra- och barnhälsovården en viktig kontaktyta mot föräldrar och barn medan gymnasieskolan har tätast kontakt med många 16–18-åringar. Psykisk ohälsa eller beteenden som indikerar eller riskerar att leda till långvarig psykisk ohälsa kan därför uppmärksammas vid olika tidpunkter i individens liv, på olika sätt och av olika aktörer.

Barns utveckling kan beskrivas utifrån ett antal olika uppgifter som indikerar en hälsosam utveckling.⁷ Figur 2 visar ett antal sådana uppgifter i den kognitiva, psykosociala och fysiska utvecklingen för olika åldrar under ett barns uppväxt. För att följa att utvecklingen går som förväntat kan man använda olika indikatorer. I Appendix 2 beskrivs några sådana möjliga indikatorer som är lättillgängliga i nationella sammanställningar och redan idag rapporteras på kommunnivå i Öppna jämförelser eller på olika myndigheters hemsidor. Ett lågt resultat på en indikator kan vara ett tecken på risk för framtida psykiska, emotionella och beteendemässiga problem, men de bör hanteras med försiktighet då det i flera fall saknas forskningsstöd för att indikatorerna i Appendix 2 har en direkt koppling till utfall i form av psykisk ohälsa.

Ett systematiskt arbete inom en kommun eller mellan kommun och landsting med att följa nyckelindikatorerna för barns kognitiva och sociala utveckling på gruppnivå kan vara en utgångspunkt för att identifiera problemområden som behöver förbättras. Inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst samt LSS⁸ fastställer Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) att det skall finnas ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet använder många kommuner och landsting Öppna jämförelser för att identifiera områden där

Kontrollfråga efter steg 1:

Finns det ett eller flera väl definierade problem samt kunskap om vilka grupper av individer som kan vara i behov av tidiga insatser?



det egna landstinget eller kommunen har en förbättringspotential. Öppna jämförelser finns bland annat för skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet och den ordinarie uppföljningen ska i en väl fungerande verksamhet problemområden som behöver förbättras kunna uppmärksammas.

Resultat som behöver förbättras kan även identifieras genom att företrädare för olika verksamheter, exempelvis rektorn på en skola, lyfter upp en problematik med koppling till psykisk ohälsa bland barn och unga till förvaltningsnivå. Problematiken kan beröra andra viktiga utfall såsom fysisk hälsa, lärande och sociala betingelser, som i sin tur är beroende av eller påverkar den psykiska hälsan. Att lyfta fram ett resultat som man vill förbättra bygger många gånger på insikten att den egna verksamheten inte ensam förmår genomföra nödvändiga åtgärder eller att åtgärderna måste sättas in betydligt tidigare i barnens utveckling för att kunna förändra den nuvarande situationen. Externa aktörer, såsom Socialstyrelsen, skolinspektörer m.fl., kan också identifiera problem med koppling till psykisk ohälsa bland barn och unga inom en kommun eller ett landsting. Polismyndigheten och rättsväsendet är andra aktörer som har en viktig roll i detta avseende. Även närstående till barn och unga och andra inom det civila samhället är viktiga källor till information för att identifiera förbättringsområden, till exempel genom medborgar- eller brukarundersökningar.

Exempel 1a

- I en kommun har man uppmärksammat att det finns en grupp barn som har svårt att klara de nationella proven i årskurs 3. Resultaten indikerar att det finns brister i läs- och skrivförmågan samt matematikens grunder i tidig skolålder. Kommunen tror att en delförklaring till resultatet är svag begåvning (IQ i intervallet 70-85) hos vissa barn.
- Statistiskt sett har ca 13–14 procent av alla barn och ungdomar en svag begåvning. Lindriga kognitiva funktionsnedsättningar uppmärksammas ofta inte förrän i samband med skolstart eller flera år senare. Den sena upptäckten kan leda till att barnen riskerar att få onödigt svåra förutsättningar att hantera ett samhälle som ställer allt högre krav på kognitiva förmågor.
- Kommunen kontaktar landstinget som blir intresserade av att engagera sig i projektet eftersom svag begåvning är en riskfaktor för psykisk ohälsa.
- Kommun och landsting beslutar gemensamt att försöka identifiera barn med svag begåvning tidigt för att kunna ge dem och deras familjer adekvat stöd så att en ökad andel barn klarar av de nationella proven i årskurs 3.

Exempel 1b

- I en annan kommun har man uppmärksammat att resultaten på de nationella proven i årskurs 3 är särskilt svaga i ett antal klasser där nästan alla barn underpresterat på proven.
- Man konstaterar att de flesta barn i dessa klasser har gått i förskolan i några specifika förskoleområden.
- Kommunen önskar satsa på att undvika tidiga skolmisslyckanden eftersom det har så stora konsekvenser för barnens fortsatta utveckling avseende psykisk hälsa och framtida utanförskap och bestämmer sig för att investera i en samlad strategi för förbättring i aktuella förskolor och skolor.
- Satsningen fokuserar på att säkerställa kvaliteten i förskolan och att höja kunskapen kring tidig läsinlärning under tidiga skolår.
- För att säkerställa förskolans kvalitet genomförs ett utvecklingsprojekt för stärkt pedagogiskt ledarskap och systematiskt kvalitetsarbete. Första steget är att bedöma de aktuella förskolornas kvalitet med det så kallade ECERS-instrumentet¹⁰ och utifrån det stödja förskolecheferna i att leda kontinuerligt kvalitetsarbete med sina arbetslag.
- Förskolan satsar också på att erbjuda föräldrastöd för alla föräldrar, för föräldrar i risksituationer och för föräldrar med egna problem för att de ska kunna hjälpa barnen med bland annat sitt skolarbete.
- För att säkerställa tidig läsinlärning görs en kompetensutvecklingsinsats för lärare i skolans tidiga år.
- Satsningen utvärderas med hjälp av ett nytt läsbedömningstest i åk 2 för alla elever och med nationella prov i åk 3 där särskild uppmärksamhet fästs vid hur barn från förskolor och skolor som fått del av satsningen presterar.

Exempel 2

- I en gemensam styrgrupp kring barn och unga mellan landsting och kommunens social- och skolförvaltning granskar man resultaten från den nationella mätningen av psykisk hälsa och identifierar att 10% av barnen i årskurs 6 och 20% i årskurs 9 rapporterar problem med lättare psykisk ohälsa som inte kräver barn- och ungdomspsykiatriska insatser.
- Barn- och ungdomspsykiatrin, primärvård, skola, elevhälsa och socialtjänst bestämmer därför gemensamt att de ska implementera en nätbaserad första linje-funktion för barns och ungas psykiska hälsa. En webbportal med information om vart man kan vända sig vid olika typer av problem samt en chattfunktion som ska slussa vidare till rätt instans inrättas.
- Man följer utvecklingen av besöksflödena till de olika verksamheterna och jämför med hur det såg ut innan webbfunktionen fanns.
- Man antar att behovet av specialistinsatser på sikt borde minska (initialt kan dock behovet öka) av en effektiv första linje, därför har man det som ett utfallsmått. För att försäkra sig om att den psykiska hälsan blir bättre har man också som mål att antalet sjukskrivningar (på grund av psykisk ohälsa) hos unga vuxna ska minska på längre sikt.



Exempel 3

- I en kommun ber man eleverna att fylla i en enkät om mående och hälsovanor i samband med det elevhälsosamtal som skolsköterskan gör med elever i årskurs 4 och 7 samt årskurs 1 på gymnasiet. Enkätsvaren används för att ta fram statistik som visar på variationer mellan olika grupper av elever och mellan skolor. Statistiken visar att flickor i åk 1 på gymnasiet har en tendens att överkonsumera värktabletter (15 procent av flickorna uppgav att de åt receptfria värktabletter dagligen eller flera gånger i veckan). Allmänt kända biverkningar av överdosering eller långvarigt bruk är bland annat allergiska besvär och kronisk huvudvärk, men även leverskada och nedsatt njurfunktion kan förekomma.
- Eftersom data från samma barn visar att högkonsumenter av värktabletter också ofta rapporterar höga nivåer av sömnproblem och känner sig stressade beslutar kommunen om ett förebyggande arbete genom samarbete mellan skola, elevhälsa och primärvårdens första linjeverksamhet.
- Dels genomförs en riktad insats till de elever som fått höga poäng för värktabletter i enkätundersökningen, dels ett utbildningstillfälle om stresshantering för alla elever i åk 9, dels en gruppbaserad insats för de elever som upplever att de behöver verktyg för att minska stress.
- Kommunen följer upp insatser genom enkätsvaren i samband med elevhälsosamtalet påföljande år.

Kartlägg vilka grupper av individer som är i behov av tidiga insatser

Om det inte redan har gjorts i steget innan, är det viktigt att kartlägga vilka grupper av individer som ligger bakom det låga resultatet och därmed kan vara i särskilt behov av förstärkta tidiga insatser. Det kräver en analys där resultatet bryts ned för att få en mer detaljerad förståelse. Det kan exempelvis innebära att resultatet analyseras utifrån olika bakgrundsfaktorer såsom ålder, kön, socioekonomi, etc. Det kan också innebära att kommunen eller landstinget genomför intervjuer med olika intressenter för att öka kunskapen om hur olika grupper av individer bidrar till det aktuella resultatet. Kunskapen om vilka grupper som ligger bakom det låga resultatet är nödvändig för att kunna göra en korrekt problemformulering och prioritering av det fortsatta arbetet.

Utifrån de grupper som identifieras går det att analysera om problematiken beror på brister i stödet från samhället idag eller tidigare i deras liv. Vilka behov har exempelvis barn i åldern 9–12 år med stora läs- och skrivsvårigheter idag? Vilka behov har de haft tidigare och vilka insatser gjordes då? Genom att följa utvecklingen bakåt i tiden går det att identifiera när tidiga insatser kan sättas in. Beroende på problemets

Exempel 4

- En kommun har identifierat att barn med bekräftad ADHD är kraftigt överrepresenterade bland de som får låga resultat i de nationella proven i årskurs 9.
- Genom att kartlägga gruppens historia identifieras att en stor andel haft läs- och skrivsvårigheter i tidiga skolår.
- Barn med bekräftad ADHD i tidiga skolår har ett behov av särskilt anpassat stöd i skolan (t.ex. i form av klassrumsträning, specialundervisning, daglig återkoppling och arbetsminnesträning).
- Kommunen och landstinget har idag ingen fungerande samverkan för att tidigt identifiera ADHD, allvariga läs- och skrivsvårigheter eller angränsande problematik hos barn och unga vilket leder till att många barn får vänta på diagnos och att ännu fler inte ges det pedagogiska stöd som de behöver för att lyckas i skolan.

karaktär kan det vara nödvändigt att fastställa behov som behöver mötas av insatser inom såväl socialtjänst och skola som hälso- och sjukvård. De konstaterade behoven kan sedan jämföras med de insatser som erbjuds idag. Baserat på detta kan man klarlägga inom vilka ålderskategorier och inom vilka områden det finns glapp mellan behov och de insatser som erbjuds idag.

Det är viktigt att notera att icke-bemötta behov både kan bestå utav frånvaron av insatser men också av att kvaliteten eller omfattningen av de insatser som erbjuds idag är bristfällig.

Exempel 5

- Landstingsfullmäktige vill förbättra situationen för barn som föds med autismspektrumtillstånd.
- De bedömer att behovet finns hos 1% av alla barn i varje årskull.
- Man genomför inventering och ser att de aktuella verksamheterna möter 0,2% av alla barn under fyra års ålder.
- Endast en tredjedel av de barn som nås av verksamheten bedöms få ta del av evidensbaserad stöd.
- Landstinget beslutar att öka andelen barn, 0-4 år, som får hjälp till 1% och att öka andelen som får evidensbaserat stöd till minst 80%.
- Man beslutar om att satsa på rekrytering av personal med kunskap i evidensbaserade metoder samt vidareutbildning av befintlig personal.
- Satsningen utvärderas genom att följa: a) andelen barn 0-4 år som får hjälp, b) andelen av dessa som får evidensbaserad hjälp samt c) jämförelse av språk, begåvning och viktiga beteenden vid fem års ålder samt skolstart för barn före och efter att satsningen påbörjats.

Identifiera och involvera berörda aktörer

Många gånger är tidiga insatser beroende av samverkan mellan flera olika aktörer.

Om det inte redan har skett så behöver andra berörda aktörer, både inom och utanför huvudmannagränserna, involveras i detta skede. Formerna för samverkan kan givetvis skilja sig åt, alltifrån en gemensam medvetenhet av vad andra aktörer gör, till att man tillsammans försöker bemöta en komplex problembild.



Andra steget i ett systematiskt arbete för att förbättra barns och ungas psykiska hälsa består i att fastställa en god organisations- och ledningsstruktur samt att definiera förutsättningarna för investeringen. Genom att tydliggöra förutsättningarna kan senare arbete med att identifiera tänkbara insatser begränsas till sådana som uppfyller de uppsatta kriterierna.

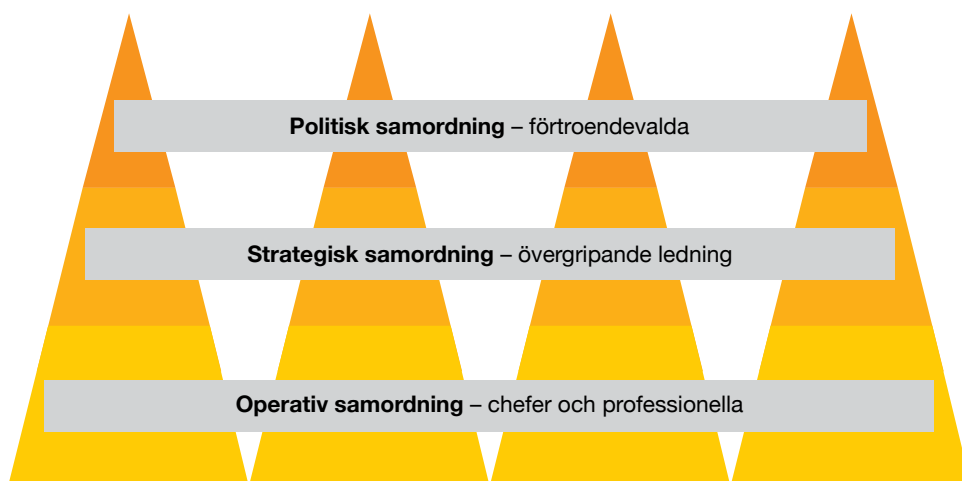
Definiera förutsättningarna för att investera i tidiga insatser

Etablera en tydlig organisations- och ledningsstruktur

För att uppnå tydlighet och effektivitet är det viktigt att tidigt etablera en ändamålsenlig struktur för ledning och styrning för det kommande arbetet. Faktorer som påverkar hur organisations- och ledningsstrukturen bör utformas är bland annat om fler än en huvudman är involverad, om flera förvaltningar är involverade och inte minst hur omfattande satsningen på tidiga insatser ska vara. Generellt sett talar erfarenheter från bland annat Norrköpings kommun för att det är viktigt att etablera samverkan på flera nivåer.

Kontrollfråga efter steg 2:

Är styrformer och förutsättningar för en investering i tidiga insatser tydligt beskrivna?



Figur 3. En tydlig organisations- och ledningsstruktur inom och mellan de huvudmän/verksamheter i kommun, landsting och stat som medverkar i arbetet är en viktig framgångsfaktor. Det förutsätter att hela styrsystemet hänger ihop och att varje nivå svarar för sina kritiska samordningsuppgifter.



På politisk nivå är det särskilt viktigt att formulera målsättningarna med en satsning på tidiga insatser, att fatta nödvändiga ekonomiska beslut och inte minst att kontinuerligt följa upp resultat. På tjänstemannanivå kan organisationen exempelvis innebära att samordnade grupper på olika nivåer behöver bildas. På förvaltningschefsnivå kan styrgruppens roll handla om att förbereda beslutsunderlag för den politiska ledningen och att säkerställa att rätt resurser finns på plats i de deltagande verksamheterna för att kunna leverera i linje med vad som har beslutats. På enhetschefsnivå handlar ofta samordningsuppgiften om att säkerställa genomförande av planerade insatser i de deltagande enheterna.

Definiera förutsättningarna för investeringen

Förutsättningarna för att investera i tidiga insatser för barn och unga med psykisk ohälsa kan skilja sig åt mellan olika aktörer. I vissa fall kan det finnas politiska krav på att resurserna ska riktas till en särskild målgrupp. I andra fall kan den uttalade målsättningen vara att investeringen ska bidra till en förbättrad ekonomi med bibehållen kvalitet i verksamheten eller att vinsterna av investeringen i första hand ska gå att räkna hem inom den egna verksamheten. Genom att definiera förutsättningarna för att investera i tidiga insatser är det enklare att avgränsa vilka insatser som kan bli aktuella.

Resurser kan avsättas till tidiga insatser genom flera olika finansieringsformer. Inom ramen för den egna verksamhetsbudgeten kan medel avsättas för riktade satsningar under kommande verksamhetsperiod. Detta är den enklaste vägen och samtidigt den mest kortsiktiga lösningen eftersom det inte innebär några garantier för en långsiktig

finansiering av insatsen. Ett annat alternativ är att tillfälliga budgetöverskott placeras i särskilda investeringsfonder riktade mot sociala insatser. Detta skapar utrymme för ett förbättrat ”investeringsstänk”, men kan innebära vissa budget- och redovisningstekniska utmaningar. För mer långsiktiga lösningar kan stiftelser eller kommunala bolag etableras¹¹. Stiftelser kan genom sin separation från den ordinarie verksamheten skapa en långsiktighet, medan kommunala bolag har möjlighet att samverka och drivas med andra aktörer. Ytterligare en möjlighet är att lansera så kallade ”Social Impact Bonds”, som innebär att man skriver kontrakt med privata aktörer som investerar för att lösa ett väldefinierat problem mot att en del av eventuella framtida ekonomiska vinster (besparingar) utgör avkastningen på investerat kapital. För mer utförlig information om olika finansieringsformer rekommenderas skriften ”Värdet av en god uppväxt – sociala investeringar för framtidens välfärd”.¹¹ Investeringshorisonten avgör på vilken tid som en investering behöver ge en viss avkastning och är därmed en viktig förutsättning som måste definieras. Ju kortare investeringshorisont, desto snävare blir utrymmet för att bedriva ett förebyggande arbete. En sammanvägd bedömning av behovsanalysen i steg 1 och investeringshorisonten sätter ramarna för vilka åldersgrupper som kan bli aktuella för tidiga insatser.

Definiera de grundläggande prioriteringsprinciperna

Utifrån behovsanalysen och de förutsättningar som ges för att arbeta med tidiga insatser är det många gånger tydligt vilken typ av insatser som ska identifieras och genomföras. Ibland finns det dock ett stort antal insatser som helt eller delvis svarar mot behoven och som ryms inom de förutsättningar som definierats. Bland dessa kan det krävas en prioritering. För att skapa transparens och vägledning i dessa val krävs att man har en öppenhet om på vilka grunder nödvändiga prioriteringar kommer att genomföras. Dessa grunder bör bygga på allmänt accepterade prioriteringsprinciper.

Prioriteringsprinciperna kan exempelvis innebära att förväntade kvalitetsvinster ska viktas högre än förväntade ekonomiska vinster (besparingar) eller att en snabb avkastning på investerat kapital ska värderas högre än en mer långsiktig avkastning. Prioriteringsprinciperna kan också ge uttryck för riskbenägenhet – exempelvis kan en insats med hög genomförbarhet och robust evidensbas men en lägre potentiell kvalitets- och/eller ekonomisk avkastning prioriteras framför en insats med låg genomförbarhet och bristfällig evidensbas men med högre potentiell avkastning.

Exempel 6

- En kommun vars centralort länge varit känd som arbetarstad har identifierat att det finns ett stort problem med andelen ungdomar som går ut gymnasiet med ofullständiga betyg och en stor risk för framtida arbetslöshet och utanförskap.
- Vid en inventering finner man att den största gruppen består av barn till arbetslösa föräldrar med låg studiebakgrund som har behov av extra stöd i skolan då detta brister hemma.
- Kommunen, som nyligen frigjort resurser genom försäljning av kommunal egendom, beslutar att en del av dessa resurser skall investeras i en social investeringsfond med namnet ”Karriärdrommar 2020” med målet att öka andelen ungdomar som går ut gymnasiet 2020 med fullständiga betyg.
- Investeringshorisonten på 8 år möjliggör insatser som påverkar barn i årskurs 4-6, årskurs 7-9 samt årskurs 1-3 på gymnasiet.





När det resultat som ska förbättras har valts (steg 1) och förutsättningarna för att investera i tidiga insatser har klargjorts (steg 2) behöver tänkbara insatser identifieras och beskrivas (steg 3).

Identifiera och beskriv tänkbara insatser

Identifiering av tänkbara insatser

Identifiering av tänkbara insatser för att nå önskvärda resultat kan ske på flera olika sätt. Arbetet kan exempelvis genomföras av en central funktion inom kommunen eller landstinget. Om en central funktion får i uppdrag att identifiera insatserna kan de starta med en kartläggning av den egna verksamhetens förslag eller utifrån den litteratur som finns på området (se Appendix 1: Insatsöversikt). Det andra huvudsakliga tillvägagångssättet innebär att de verksamheter som arbetar nära barn och unga och deras föräldrar bjuds in att föreslå insatser som borde genomföras i ett slags ansökningsförfarande till förvaltningen.

Oavsett vem som utför arbetet med att identifiera och beskriva tänkbara insatser finns ett antal viktiga delmoment och centrala frågor som bör besvaras för varje insats (se Figur 3).

Beskriv målgruppen och syftet med insatsen

Beskrivningen bör inledningsvis adressera vilka som är målgruppen för insatsen och vad som är syftet med insatsen. Med målgrupp avses genomgående de som insatsen direkt riktar sig till, exempelvis de barn och unga som erhåller ett riktat stöd i skolan eller de föräldrar som deltar i ett föräldrastödsprogram. Målgruppen kan exempelvis beskrivas utifrån en diagnos, en riskfaktor, ett geografiskt område eller en ålderskategori (eller en kombination av dessa).

Syftet svarar kortfattat och på en övergripande nivå på vad som är nyttan eller avsikten med den föreslagna insatsen. Exempel 7 illustrerar hur två olika insatser – med olika målgrupp och syften – båda kan vara tänkbara dellösningar på samma problem och rymmas inom förutsättningarna för att investera i tidiga insatser.

Kontrollfråga efter steg 3:

Kan robusta målsättningar för de olika insatserna utarbetas och följas upp?

Figur 3.
Aktiviteter och
nyckelfrågeställ-
ningar i steg 3.

Aktiviteter

Beskriv målgruppen
och syftet med insatsen

Beskriv innehållet och
genomförande av insatsen

Beräkna kostnader och
förväntade ekonomiska och
kvalitetsmässiga resultat för
olika aktörer

Redogör för på vilka grun-
der som insatsen anses
kunna ge önskad effekt

Beskriv hur insatsen ska
mätas och följas upp

Beskriv potentiella
risker med insatsen

Nyckelfrågeställningar

- Vilket problem vill vi lösa?
- Vilka barn eller unga vill vi nå?
- Vilken metodik ska användas och vilka aktiviteter ingår?
- Vilka är det som ska utföra insatsen?
- Vilka andra resurser krävs?
- Hur ser tidsplanen ut för genomförande av insatsen?
- Vilka kostnader är förknippade med insatsen, vem bär dem och när i tid infaller olika kostnader?
- Vilka är de förväntade kvalitetsvinsterna och ekonomiska resultaten för olika aktörer, och när i tid kan de förväntas?
- Finns det vetenskapligt stöd för att insatsen ger ett visst resultat?
- Om inte, finns det beprövad erfarenhet som stödjer att insatsen ger ett visst resultat?
- Om inte, vilka fakta tyder på att insatsen ger ett visst resultat?
- Vilken metod och vilka mätetal ska användas för uppföljning och utvärdering?
- Vem ansvarar för utvärdering och uppföljning, och när ska det ske?
- Hur ska lärdomar och resultat spridas?
- Vilka risker finns, hur sannolika är de och vilka effekter skulle de ha?
- Finns det risker för att insatsen kan medföra negativa effekter för den enskilde?
- När bör en insats avbrytas eller avvecklas?

Exempel 7

- En kommun har identifierat att man önskar minska skolfrånvaron i åldersgruppen 12-16 år.
- Den grupp som främst ligger bakom den höga skolfrånvaron är barn som har en historia av utagerande beteende.
- En behovsanalys visar att insatser för föräldrar eller barn i skolan skulle vara möjliga lösningar, både skolan och socialtjänsten skulle behöva involveras.
- Politikerna i kommunen definierar att en viktig förutsättning är att insatsen ska minska skolfrånvaron och minska behovet av placeringar på ungdomshem. Finansiering avsätts för två år – en förutsättning är att investeringen ska återbetalas inom 6 år.
- Förvaltningen föreslår två möjliga insatser för att förbättra situationen:

Insats 1:

Föräldrastöd för barn med riskbeteenden – insatsens syfte är att förbättra föräldrarnas hantering av barnens beteendeproblem.

Insats 2:

Specialpedagogiskt stöd för barn med utagerande beteende – insatsens syfte är att stödja dessa barn i skolan med social och emotionell träning.

Beskriv innehållet och genomförande av insatsen

Det är viktigt att utförligt beskriva både innehållet i insatsen, exempelvis vilken metodik som ska tillämpas, och hur det konkreta genomförandet är tänkt att gå till i den egna kommunen och/eller landstinget. Beskrivningen av innehållet och genomförandet av insatsen ska sammantaget ge svar på frågorna (1) vad som ska utföras, (2) när det ska ske, (3) hur det ska genomföras och (4) vem som ska involveras i utförandet.

Beräkna kostnader och förväntade kvalitetsvinster och ekonomiska resultat för olika aktörer

En grundläggande komponent för att kunna bedöma attraktiviteten i en specifik insats är de förväntade förbättringarna på resultatet för målgruppen och möjliga framtida besparingar i relation till beräknade kostnader. Kostnaderna är i allmänhet enklare att beräkna än de förväntade resultaten.

Beroende på insatsens karaktär kan det röra sig om en engångsinvestering som genomförs under en kortare tidsperiod eller en investering som sträcker sig över flera år. Dela därför upp kostnaderna för insatsen i relevanta delar, exempelvis per månad/år/fas/etc. Tydliggör också hur kostnaderna för insatsen fördelar sig mellan olika aktörer i de fall det är aktuellt.

De förväntade resultaten av en insats bör i den mån det är möjligt uppskattas med utgångspunkt i tidigare konstaterade effekter inom ramen för vetenskapliga studier. Notera att de förväntade effekterna kan påverkas av skillnader i förhållanden mellan den egna kommunen eller landstinget och de förhållanden som rådde när insatsen tidigare har utvärderats. Bedömningen av vilka effekter som kan förväntas bör också ta hänsyn till eventuella anpassningar av insatsen som kommer att göras jämfört med hur den har använts tidigare.

Tidiga insatser syftar per definition till att förebygga framtida problem och därtill relaterade kostnader som ofta ligger flera år framåt i tiden. Eftersom minskade framtida kostnader (eller ökade intäkter) är värda mindre idag ju längre fram i tiden de inträffar måste uppskattningen av ekonomiska besparingar i många fall räntejusteras för att få fram det så kallade nuvärdet av de totala besparingarna. Det är nuvärdet av de framtida besparingarna som ska ställas i relation till nuvärdet av den totala investeringen för att avgöra om en insats kan bedömas som kostnadseffektiv (se Figur 4).

I de fall flera aktörer gemensamt investerar i tidiga insatser är det viktigt att fördela både kostnaderna för investeringen och nuvärdet av framtida besparingar på olika aktörer.

De kvalitetsmässiga utfallen kan vara svåra att uppskatta. Utgångspunkten bör även här i första hand vara effekter som belagts inom ramen för vetenskapliga studier eller i andra hand erfarenheter från verksamheter som tidigare genomfört insatsen. Det är viktigt att identifiera en eller flera kvantitativa och/eller kvalitativa mått eller indikatorer som kan användas för att beskriva de kvalitetsmässiga vinsterna av en tidig investering. Figur 5 illustrerar ett antal exempel på tänkbara indikatorer och mått för att beskriva kvalitetsmässiga resultat av en tidig insats för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga.

Redogör för på vilka grunder som insatsen anses kunna ge önskad effekt

För att kunna utvärdera en insats eller behandling är det viktigt att ha en förståelse för på vilka grunder som insatsen anses kunna ge önskad effekt.

Figur 4.
Exempel på
nuvärdesberäk-
ning av en tidig
insats

Att bedöma om en investering i tidiga insatser är attraktiv ur ett ekonomiskt perspektiv

- En kommun vill minska andelen ungdomar i gymnasiet som riskerar att fastna i missbruk, kriminalitet och antisociala beteenden genom att tidigt arbeta med intensivt stöd för familjehemsplacerade barn.
- Kostnaden uppgår till 18 mkr för att målgruppen som uppskattas till 20 individer ska kunna delta i en 9-månaders behandling.
- Intensivt stöd till familjehemsplacerade barn har visat sig resultera i ökad måluppfyllelse i skolan och minskad kriminalitet.
- Baserat på resultaten från tidigare studier, och justerat för kommunens egna förhållanden, bedöms att kommunens kostnader kommer att minska med 2 mkr år 1, 4 mkr år 2, 5 mkr år 3, 5 mkr år 4 och 7 mkr år 5 till följd av bland annat minskat behov av familjehemsplaceringar.
- För att uppskatta nuvärdet används en diskonteringsränta¹, (r), på 7%.

	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Intäkt/utgift	-18 mkr	2 mkr	4 mkr	5 mkr	5 mkr	7 mkr
Nuvärde	-18 mkr	1,9 mkr	3,5 mkr	4,1 mkr	3,8 mkr	5,0 mkr

Under de fem åren kommer kommunen att ha ett positivt kassaflöde: $-18 + (2+4+5+5+7)=5$ mkr
 Nuvärdesberäkningen visar att besparingen idag uppgår till: $-18+(1,9+3,5+4,1+3,8+5) = 0,3$ mkr
 Insatsen bedöms alltså vara kostnadseffektiv för kommunen

¹ Diskonteringsränta – motsvarar vad det kostar att finansiera insatsen (t.ex. låneränta) samt vilka risker som är förknippat med investeringen – diskonteringsräntan uttrycker kommunens avkastningskrav.

Vetenskapliga källors trovärdighet bedöms och graderas utifrån evidensstyrka. Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.¹³ En hög evidensstyrka innebär att en insats med stor trovärdighet kan anses ha den effekt som tidigare har konstaterats och att ytterligare forskning inte sannolikt kommer att ändra på detta. Att någonting har en hög evidensstyrka säger alltså ingenting om effekten i sig är stor eller liten, utan med vilken säkerhet vi vet detta.

Valet av insats bör grundas på bästa möjliga kunskap. I Appendix 1 beskrivs exempel på forskning som kan utgöra inspiration vid planering av en satsning. När forskning eller systematiska utvärderingar saknas är det viktigt att tydliggöra vilka andra fakta som stödjer att den föreslagna insatsen kan förväntas ge den effekt som angivits. Det kan exempelvis vara en beskrivning av tidigare erfarenheter från andra kommuner och landsting.

Figur 5.
Exempel på
indikatorer för
att beskriva
kvalitetsmässiga
resultat av en
tidig insats.

Exempel på indikatorer	Teknisk definition	Exempel på källor
Läsförmåga i lågstadiet	Nationella prov åk. 3	Skolverkets statistik
Läsförmåga hos barn i senare skolålder	Elever i åk. 9 som minst uppnått målen för Godkänd i ämnesprovet i svenska	Öppna jämförelser – Grundskola
Skolnärvaro	Andel av schemalagd tid som elev är närvarande	Egna skolförvaltningen
Andel som fullföljer gymnasiet	Gymnasieelever som fullföljer sin utbildning inom 4 år	Öppna Jämförelser – Gymnasieskola

Beskriv hur insatsen ska mätas och följas upp

Avslutningsvis bör en beskrivning av en insats tydliggöra förutsättningarna för att effekterna av insatsen ska gå att mäta och följa upp på ett robust sätt. Det är viktigt att det klargörs redan i planeringsskedet – alltför många gånger införs olika typer av insatser och interventioner utan att i efterhand kunna svara på ett trovärdigt sätt vilka effekterna har blivit.

En insats bör följas upp kontinuerligt, exempelvis varje månad eller varje kvartal. Det gör det möjligt att löpande bedöma om en insats exempelvis bör utökas eller avslutas. Det är därför angeläget att utreda vilken metod och vilka mått/indikatorer som ska användas för löpande uppföljning samt för utvärdering. Måtten som används för löpande uppföljning kan skilja sig från dem som används för utvärdering genom att de många gånger bara kan berätta om utvecklingen är på rätt väg och inte vilka faktiska resultat som uppnåtts. I detta sammanhang är det viktigt att eventuella struktur- och processmått eller andra typer av indirekta indikatorer är tydligt kopplade till det faktiska resultat som ska uppnås. Beskrivningen bör också tala om vem som ska svara för uppföljning och utvärdering och när i tiden det ska ske. Om utföraren själv ska svara för löpande uppföljning är det särskilt viktigt att uppföljningen bygger på ett antal objektiva kriterier som i efterhand går att granska. Utvärderingar ska om möjligt alltid genomföras av en extern part, exempelvis en särskild funktion inom kommunen/landstinget eller en fristående forskare/utvärderare.

Exempel 8

- Resultaten från Öppna jämförelser för Grundskolan samt Öppna jämförelser för Trygghet och säkerhet har fått en kommun att särskilt uppmärksamma problem med skolfrånvaro, mobbning samt ungdomskriminalitet. Kommunen har tagit del av forskning som visar att åtminstone 3 procent av barn yngre än 13 år har ett allvarligt normbrytande beteende under minst ett år. Dessa barn struntar konsekvent i föräldrarnas och skolans regler, till exempel genom att skolka eller vara ute på nätterna. Av de normbrytande barnen kommer statistiskt ungefär varannan pojke och var femte flicka att bli kriminell som vuxen.
- I ett samverkansforum beslutar kommun, landsting och polis att satsa intensivt på att förebygga normbrytande beteende och kriminalitet.
- I kommunen har man tagit del av forskningsrön som visar att språkstörning vid tre års ålder kan förutsäga kriminalitet vid 17 års ålder och att låg verbal IQ hänger samman med ungdomsbrottslighet. Därför beslutar man att som en del av kommunens förebyggande program särskilt satsa på att identifiera barn med svag språkutveckling i förskolan och att sätta in insatser för denna grupp.
- Barn- och ungdomspsykiatrin, socialtjänsten och utbildningsförvaltningen bestämmer sig tillsammans för att implementera hela programmet "De otroliga åren" med sina olika delar för barn, föräldrar och lärare och startar när första tecknen syns i förskolan.
- Polisen involveras i insatsen på så sätt att de ska uppmärksamma och flagga så fort de identifierar något barn som de ser gör något olagligt.
- Insatsen följs upp med en språkbedömning i samband med 4-årskontrollen på BVC och sedermera med de nationella proven i årskurs 3 samt med instrument för att följa utvecklingen av föräldraförmåga och barns psykiska hälsa och beteendeproblem. På områdesnivå följs utvecklingen av nationella prov åk 6 och 9 samt registrerade brott i unga år utifrån Öppna jämförelser kring Trygghet och säkerhet.

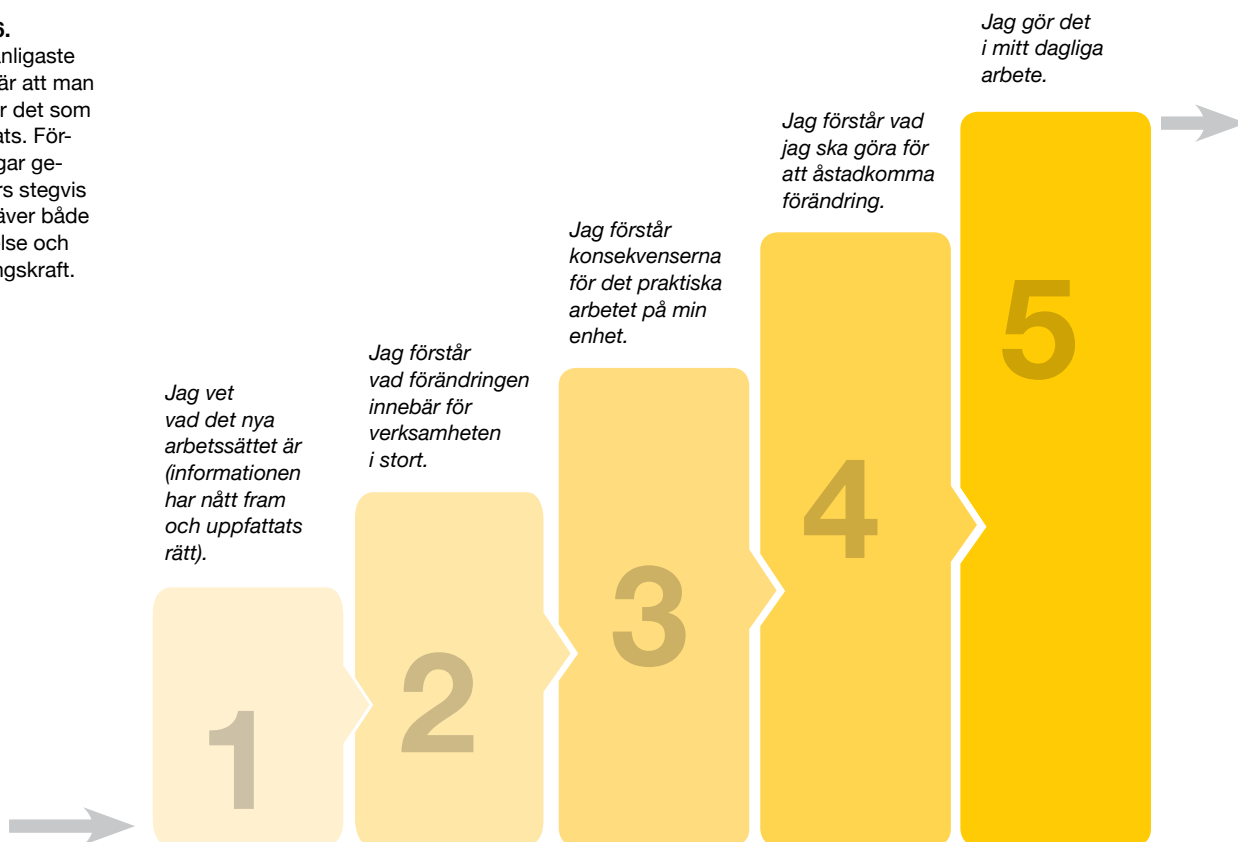
Avslutningsvis kan det redan i detta skede vara värdefullt att klarlägga hur återkoppling av resultat ska ske till olika intressenter inom och utom kommunen. En robust struktur för spridning av resultat bidrar till ett ökat gemensamt lärande, vilket är särskilt viktigt inom det aktuella området där det fortfarande finns stora kunskapsluckor.

Beskriv potentiella risker med insatsen

En riskanalys bör alltid genomföras, vilken på den mest grundläggande nivån ska beskriva riskerna för att de förväntade utfallen inte uppnås – både de kvalitetsmässiga och ekonomiska. Riskanalysen måste i synnerhet beskriva om det finns några risker för att insatsen kan medföra negativa effekter för den enskilde.

En riskanalys kan också innehålla kriterier för när en insats bör avbrytas eller avvecklas. Kriterierna kan exempelvis utgå från att effekten uteblir eller att ny evidens framkommer. Ett klarläggande av detta gör det tydligt under vilka förutsättningar insatsen får fortsätta.

Figur 6.
Den vanligaste risken är att man inte gör det som beslutats. Förändringar genomförs stegvis och kräver både förståelse och handlingskraft.





När det står klart vilka problem som ska åtgärdas (steg 1), vilka förutsättningarna för att investera i tidiga insatser är (steg 2) och vilka tänkbara insatser som finns (steg 3) kan det finnas behov av en prioritering av vilka insatser som ska genomföras (steg 4).

Genomför vid behov prioritering och fatta beslut om insatser

Genomför vid behov prioritering och besluta om insatser för att åstadkomma önskvärd förändring

Redan i steg 2 tydliggjordes prioriteringsprinciperna och det är mot dem som de identifierade insatserna ska prioriteras. Behovet av en prioritering, och formerna för den processen, ser olika ut i olika fall. Ett typfall när det kan finnas behov av en transparent prioriteringsprocess är om kommunen och/eller landstinget erbjudit verksamheter/utförare att ansöka om finansiering för att genomföra en insats. Prioriteringsärendet bereds i normalfallet på tjänstemannanivå och beslut om vilka insatser som ska genomföras fattas antingen på politisk- eller tjänstemannanivå. Figur 7 illustrerar ett fiktivt, kraftigt förenklat exempel på hur en prioritering skulle kunna gå till.



Kontrollfråga efter steg 4:

Kommer portföljen av insatser sammantaget åstadkomma önskvärd förändring inom givna tidsramar?

Figur 7.
Exempel på
prioritering av
insatser.

Steg 1 och 2:

En kommun identifierar ett problem och definierar förutsättningarna för att investera i tidiga insatser

En kommun vill öka skolnärvaron och har ställt resurser till förfogande för en insats som behöver vara återbetalad inom en treårsperiod. Målgruppen för insatsen har identifierats som barn med inlärningssvårigheter i socioekonomiskt svaga områden. Man uppskattar målgruppen till ca 120 individer med en nuvarande närvaro på i snitt 40%. Kommunen beräknar att varje 5%-enheter som närvaron ökar skulle innebära besparingar om 1 mkr/år till följd av minskade behov hos

socialtjänsten. Kommunen har för sitt arbete med tidiga insatser valt en prioriteringsprincip som bygger på att den insats som relativt andra insatser har hög effekt och hög genomförbarhet bör genomföras. Dessa definieras som:

- **Effekt:** Förväntade ekonomiska resultat i relation till totala kostnader.
- **Genomförbarhet:** Komplexitet i genomförande av insatsen.

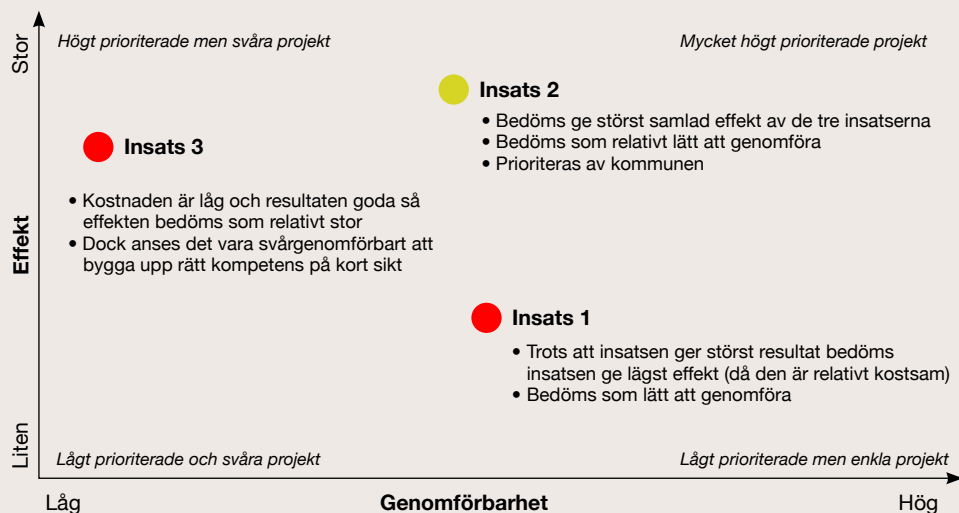
Steg 3:

Kommunen beskriver därefter tänkbara insatser

	Förväntad effekt på 3-års sikt	Genomförbarhet
Insats 1	Skolnärvaro: +20%-enheter Besparing: 4 mkr/år Kostnad: 3,9 mkr/år Evidens: Medel	<ul style="list-style-type: none"> • Kräver främst koordinering med skolan • Personal behöver rekryteras
Insats 2	Skolnärvaro: +12,5%-enheter Besparing: 2,5 mkr/år Kostnad: 1,2 mkr Evidens: Stark	<ul style="list-style-type: none"> • Kräver koordinering mellan två större aktörer • Kan genomföras av nuvarande personal
Insats 3	Skolnärvaro: +10%-enheter Besparing: 2 mkr Kostnad: 1,2 mkr Evidens: Stark	<ul style="list-style-type: none"> • Kräver koordinering av fler än två aktörer • Programkompetens behöver byggas/köpas in

Steg 4:

Kommunen genomför prioritering av insatserna baserat på "Effekt" och Genomförbarhet"





Innan insatsen implementeras är det viktigt att säkerställa att förutsättningarna för framgång är så goda som möjligt, bland annat genom att klargöra hur den sammantagna uppföljningen och utvärderingen ska ske och hur lärdomar ska spridas för att systematiskt kunna förbättra och bygga en starkare kunskapsbas kring de insatser som genomförs.

Säkerställ goda förutsättningar för genomförande av tidiga insatser

Besluta om vem, hur och när insatser ska följas upp och utvärderas

Ett förslag på metoderna och formerna för uppföljning och utvärdering har i de flesta fall utarbetats redan i steg 3. Om detta inte har gjorts så bör formerna för både löpande uppföljning och utvärdering detaljeras (se sid 23). Syftet med att klargöra vem, hur och när insatser ska följas upp är på kort sikt att förbättra insatsens utformning för att nå bättre resultat och på längre sikt att följa upp om insatsen resulterar i önskad effekt.

Avväganden behöver göras på alla beslutsnivåer. På politisk nivå är en viktig fråga om underlag för beslut och prioriteringar ska underställas fullmäktige/styrelse direkt efter beredning av tjänstemännen eller gå via nämnderna/utskotten. En annan om det är nämnder/utskott eller fullmäktige som ansvarar för uppföljning. På politisk- såväl som på tjänstemannanivå behöver beslutas vem som är ytterst ansvarig för ärendena och som kan borga för helhetssyn, vare sig den inbegriper en eller flera huvudmän. Oavsett val gäller det att motverka tendenser till stuprörstänkande och diffus ansvarsfördelning (se även exemplet på sid 31).

Kontrollfråga efter steg 5:

Är det tydligt vem som ska följa upp insatsen och hur återkoppling skall ske?

Utveckla rutin för hur lärdomar kan återkopplas till framtida insatser

I samband med implementeringen bör också rutiner utvecklas för hur lärdomar och kunskap kan återkopplas till framtida insatser. Det kan exempelvis handla om att säkerställa att processer dokumenteras på ett tillfredställande sätt för att ge framtida insatser bättre grundförutsättningar att nå framgång.

Identifiera vilka kanaler som ska användas för att kommunicera resultat

I de flesta fall är det önskvärt att utveckla en kommunikationsstrategi för att kunna nå ut med de kommande resultaten av det arbete som ska genomföras. Kartlägg olika intressenter, alltifrån media till personal och andra kommuner och landsting och identifiera lämpliga kommunikationskanaler utifrån målgruppens behov. Genom att göra resultaten tillgängliga kan goda resultat fungera som inspirationskällor internt och externt.

Exempel 9

- En kommun har bestämt sig för att satsa på att långsiktigt höja kunskapsnivån i grundskolan, särskilt genom att satsa på de med svagast kunskapsutveckling.
- Man har identifierat tidig läsförmåga som avgörande för detta mål. Man mäter läsförmågan i förskoleklass och utformar stöd för de 25 procent som har lägst resultat.
- Processmått för insatserna fastställs och följs upp terminsvis.
- Insatsernas effekt följs upp genom terminsvisa diagnostiska prover i låg- och mellanstadiet – där resultaten jämförs med tidigare årskullars resultat.
- För att verifiera tesen att höjd läsförmåga påverkar den generella kunskapsnivån jämförs också systematiskt resultaten i tester i matematik och engelska.
- Alla barn och föräldrar informeras om resultaten.

Exempel 10

- Relationen mellan barn och föräldrar har stor betydelse för både den psykiska och fysiska hälsan. Medan en god och förtroendefull relation mellan barn och föräldrar fungerar som en skyddsfaktor för barnen, så kan brister i hemmiljön påverka barnen negativt.¹⁴ För att tillförsäkra att alla barn får en så bra start i livet som möjligt kommer man i ett landsting och en kommun överens om att erbjuda "Family Nurse Partnership" (FNP) efter brittisk modell till de förstagångsföräldrar som också tillhör en känd riskgrupp (familjer med missbruksproblem, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning och tonårsföräldrar).
- Förutom att följa själva insatsen vill man långsiktigt följa positiva effekter av satsningen. Därför följer man upp både social och kognitiv utveckling hos barn till föräldrar som tagit del av FNP genom förskola och grundskola.
- Som jämförelsemått används dels resultaten för en hel årskull (data från 4-årskontroller på barnvårdscentralen, statistik från skolsköterskans elevhälsosamtal, resultat från nationella prov och betyg samt skolfrånvaro), dels resultaten för den tiondel som har lägst resultat.
- På en årlig barnkonferens för berörd personal (såväl BVC- som skolpersonal) ges information om årets resultat. Detta kungörs även i ett pressmeddelande.

Säkerställ goda förutsättningar för en framgångsrik implementering

Slutligen är det viktigt att säkerställa att det finns goda förutsättningar för implementeringen av insatsen eller insatserna. I samband med detta kan det vara värdefullt att ställa några slutgiltiga kontrollfrågor:

- ✓ Finns det en organisation för ledning och styrning av implementeringen?
- ✓ Finns det en genomarbetad strategi/plan för implementeringen?
- ✓ Är implementeringen förankrad med alla berörda aktörer?
- ✓ Är alla juridiska och etiska aspekter av insatsen tagna i beaktande?
- ✓ Är alla risker med insatsen tagna i beaktande?
- ✓ Är alla nödvändiga resurser (ekonomiska, personella, m.m.) säkrade?
- ✓ Är det tydligt för alla involverade aktörer hur uppföljning och utvärdering ska ske?
- ✓ Finns det en kommunikationsplan för genomförandet av insatsen?

Exempel från verkligheten:

Norrköpings kommun



I december 2010 fattades ett beslut i Norrköpings kommunstyrelse som har kommit att göra kommunen till föregångare i Sverige när det handlar om att investera i tidiga insatser.

Norrköpings kommun:

Tidiga insatser möjliggörs genom en social investeringsfond

Politikerna beslutade att 34 miljoner kronor av 2010 års budgetöverskott skulle användas för att starta Norrköpings sociala investeringsfond. Tanken var att fonden skulle göra det möjligt för kommunen att arbeta mer långsiktigt med förebyggande insatser än tidigare. ”Det handlade om att komma åt problemet med att vi anser oss för fattiga för att satsa långsiktigt, trots att vi vet att det är klokt” berättar kommunstyrelsens ordförande Lars Stjernkvist.

Norrköping betecknas traditionellt som en industristad och har en arbetslöshet som under de senaste åren legat ca fyra procent över riksgenomsnittet.¹⁵ För ca två år sedan identifierade politiker och tjänstemän att arbetslösheten, och framförallt långtidsarbetslösheten, utgjorde ett stort problem i Norrköping. En hög arbetslöshet har också ett samband med annan problematik, såsom droger och psykisk ohälsa. Lars Stjernkvist, som då var ledamot i Barn- och ungdomsnämnden, var en av de politiker som ville finna nya vägar att komma åt problematiken. ”Jag blev väldigt inspirerad när jag först fick höra talas om tankarna kring sociala investeringar. Jag var samtidigt lite skeptisk till en början och vi hoppades att staten eller landstingen skulle våga visa vägen. Men när ingen annan vågade kände jag att vi själva borde testa det här i kommunen eftersom teorin bakom sociala investeringar är helt rätt.”

Politikerna gav i uppdrag till ekonomidirektören och förvaltningen att se över vilka möjligheter det fanns att ta fram riktlinjer för en social investeringsfond. ”Den stora knäckfrågan var hur man bokföringsmässigt skulle utforma fonden” berättar Claes-Göran Magnell, ekonomidirektör i Norrköpings kommun.

Det saknades tidigare erfarenheter av konkreta ekonomiska modeller för att designa en sådan fond och Claes-Göran fick agera pionjär på området. Lösningen innebar till slut att förvaltningarna fick låna medel av fonden som sedan ska återbetalas genom en sänkt budgetram för de förvaltningar som förväntas ta del av de framtida ekonomiska besparingarna som följer av den tidiga insatsen. En enkel, men fungerande lösning som kommunstyrelsen kunde ställa sig bakom.

Nästa viktiga fråga var att besluta hur fonden skulle styras och organiseras. Lars Stjernkvist förklarar: ”För oss var det viktigt att det var politikerna som i bred enighet avsatte pengarna eftersom det måste fungera på lång sikt. Samtidigt var det viktigt att det inte var politikerna som skulle bestämma vilka projekt som skulle få ta del av medlen. Det avgörs av tjänstemän med en professionell kunskap om vilka insatser som kan förväntas ge god effekt.”

Förslag på insatser utarbetas därför av personal vid de berörda förvaltningarna i samverkan, exem-

”När ingen annan vågade kännde jag att vi själva borde testa det här i kommunen eftersom teorin bakom sociala investeringar är helt rätt.”

pelvis kan Socialkontoret och Utbildningskontoret gemensamt utarbeta ett förslag på en insats. En styrgrupp bestående av ekonomidirektören som ordförande, fyra förvaltningschefer och tre politiker från kommunstyrelsen samt en verksamhetscontroller som sekreterare bedömer sedan de inkomna förslagen på insatser. Slutligen fattar kommunstyrelsen beslut om insatser på delegation från kommunfullmäktige. ”Genom att organisera styrgruppen med bred involvering kan vi ta bort förvaltningslojaliteten och revirtänkandet. Vi bedömer projekten professionellt och väljer de tidiga insatser som uppfyller kraven om att skapa mänskliga vinster som på sikt kan sänka kostnaderna och arbetslösheten.” Flera representanter för Norrköpings kommun lyfter betydelsen av att ha en centralt placerad grupp med representanter som leder till förvaltningsöverskridande samverkan.

”SkolFam” var ett av de första projekten som kommunen valde att investera i. ”SkolFam” inriktar sig på att stödja familjehemsplacerade barn inom kommunen. Familjehemsplacerade barn är en målgrupp som har en förhöjd risk av att drabbas av psykisk ohälsa och på sikt utanförskap. Genom ”SkolFam” erbjuds barnen särskilt stöd i skolan med hjälp av insatser från bland annat ett kommungemensamt team bestående av en specialpedagog, psykolog och socialsekreterare. Insatsen syftar till att familjehemsplacerade barn genom ett fokuserat stöd under två års tid ska uppnå förbättrade skolresultat och minskat behov av placeringar i HVB.¹⁶ Insatsen involverar Socialkontoret, Utbildningskontoret och forskaren Bo Vinnerljung med stöd av Stiftelsen Allmänna Barnhuset. ”Det var ett arbete vi hade påbörjat innan fondens tillkomst, men det var svårt att skapa långsiktighet i projektet utan en hållbar finansieringslösning” berättar Mia Wiman-Olsson, en av de projektansvariga.

Kostnaderna för insatsen är 3,9 miljoner kronor för en tre-årsperiod mellan 2011 och 2014. En svårighet vid ansökan till fonden var uppskattningen av framtida besparingar. Vilken förvaltning får ta del av besparingarna och hur stora blir de om individen mår bättre och får bättre skolresultat? Flera representanter från Norrköpings stad menar att det är den här typen av beräkningar, och ”investerings-tänk”, som skiljer insatser med medel från fonden från traditionella projektpengar. Inom ramen för ”SkolFam” beräknades de investerade pengarna vara intjänade till år 2017, alltså tre år efter avslutat projekt.

Att Norrköping valde att investera i ”SkolFam” beror till stor del på att insatsen har starkt vetenskapligt stöd, men också att det fanns ett påbörjat arbete som med fondens medel kunde utvecklas till en långsiktigt hållbar metod. ”Ett viktigt mål med fondens medel är metodutveckling. Att man får möjlighet att utveckla och testa sig fram vid sidan av den ordinarie verksamheten” förklarar Claes-Göran Magnell. Projektet följs upp vetenskapligt och i Norrköping kommuns årsredovisning för 2011 kan man bland annat läsa att barnens självbild har ökat med 18 procent, läsförmågan med 33 procent och att resultaten i matematik har förbättrats med 61 procent för den aktuella målgruppen.

Norrköpings kommun har nu investerat 32 av de totalt 40 miljonerna som fonden disponerar över idag. I dagsläget är det största utvecklingsområdet och nästa steg i arbetet att förbättra uppföljningen av insatserna och kostnadsberäkningarna. ”Det här är ju en lärprocess i sig. Vi vinner väldigt mycket bara på den samverkan som sker mellan olika förvaltningar på alla nivåer. En vinst är till exempel att alla insatser som vi faktiskt gör blir bokförda och vår förståelse ökar för var våra kostnader äger rum.” avslutar Claes-Göran Magnell optimistiskt.

För mer information om arbetet med Norrköpings sociala investeringsfond, se www.norrkoping.se

Slutnoter

- 1 Statens Folkhälsoinstitut (2009), <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Psykisk-ohalsa---former/>.
- 2 Socialstyrelsen (2012), Årsrapport – Folkhälsan i Sverige.
- 3 Socialstyrelsen (2009), Folkhälsorapport 2009.
- 4 Kessler, R. et.al. (2007) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6:3.
- 5 Heckman, J.J. (2012) The Case for Investing in Disadvantaged Young Children, European Expert Network on Economics of Education Policy Brief 1/2012; Heckman, J.J. (2008) Schools, Skills and Synapses, *Economic Inquiry*, Vol. 46: 289–324.
- 6 Psynk – psykisk hälsa, barn och unga är ett projekt inom Sveriges Kommuner och Landsting.
- 7 National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies (2009) Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People, The National Academies Press, Washington DC.
- 8 Verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- 9 Fernell, Elisabeth, "Patientgrupper i skärningspunkten mellan pediatrik/neuropediatrik och barnpsykiatri/neuropsykiatri", *Barnläkaren*, nr.1/2011 (ss 13-14).
- 10 Sheridan, S., Pramling Samuelsson och Johansson, E (2009) Barns tidiga lärande – En tvärsnittsstudie om förskolan som miljö för barns tidiga lärande.
- 11 Psynk – psykisk hälsa, barn och unga (2012). Värdet av en god uppväxt – sociala investeringar för framtidens välfärd.
- 12 För mer information om Insatskatalogen, kontakta Psynk-kansliet vid SKL.
- 13 SBU – Statens Beredning för medicinsk utvärdering (2012) Studiekvalitet och evidensstyrka [<http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varid/Faktaruta-1-Studiekvalitet-och-evidensstyrka/>].
- 14 National Research Council. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Washington, DC: The National Academies Press, 2009. 1.
- 15 Arbetsförmedlingen (2012) Andel av den registerbaserade arbetskraften 16-64 år som var öppet arbetslösa respektive sökande i program med aktivitetsstöd Januari 2011 – April 2012.
- 16 Hem för Vård och Boende.

Appendix 1

Barns utveckling – frisk-/riskfaktorer och effektiva insatser

Nedan förtydligas de olika delarna av den översikt som hänger ihop med denna guide. Innehållet i översikten har hämtats ur svenska och internationella forsknings-sammanställningar som med fördel kan läsas i sin helhet. Aktuell version av översikten kan hämtas från www.skl.se/psynk.

Förväntad utveckling

Barn och unga utvecklas kontinuerligt, en del snabbare, en del långsammare och normalvariationen är stor. Här identifieras några tecken på en förväntad utveckling som är angelägna att följa hos alla barn för att upptäcka tidigt och kunna erbjuda effektiva insatser.

FOSTER- OCH SPÄDBARNÅLDER (- 9 MÅN – 2 ÅR)

Kognitivt

1. Kan reglera sömn, födointag, affekter, aktivitet/vila (NAS, 2009)

Psykosocialt

2. God anknytning till föräldrar (NAS, 2009)

Fysiskt

3. Adekvat längd och viktuppgång (Vårdguiden)
4. Krypa, prata och gå (Vårdguiden)

FÖRSKOLEÅLDER (2-6 ÅR)

Kognitivt

5. Funktionellt språk (NAS, 2009)
6. Utveckling av exekutiva funktioner (NAS, 2009)

Psykosocialt

7. Trygga relationer till andra vuxna (NAS, 2009)
8. Goda kamratrelationer (NAS, 2009)

Fysiskt

9. Finmotorik (Vårdguiden)
10. Öga-/handkoordinering (Vårdguiden)
11. Klär sig själv (Vårdguiden)
12. Balans (Vårdguiden)
13. Adekvat längd och viktuppgång (Vårdguiden)

TIDIGA SKOLÅR (6 – 12 ÅR)

Kognitivt

14. Läs- och skrivförmåga (NAS, 2009; KVA 2010)
15. Matematikens grunder (NAS, 2009)

Psykosocialt

16. Kan följa regler (NAS, 2009)
17. Förstår andras behov och har förmåga till mellanmänsklig problemlösning (NAS, 2009)

Fysiskt

18. Tidiga pubertetstecken (Vårdguiden)
19. Adekvat längd och viktuppgång (Vårdguiden)

SENARE SKOLÅR (12 -16 ÅR)

Kognitivt

20. Lära sig att lära (NAS, 2009)
21. Motivation för lärande och utveckling (NAS, 2009)
22. Realistisk bedömning av egen förmåga (NAS, 2009)

Psykosocialt

23. Utvecklade vänskapsrelationer (NAS, 2009)
24. Utveckla en positiv självkänsla och problemlösningsförmåga (NAS, 2009)
25. Ansvarstagande och moralutveckling (NAS, 2009)

Fysiskt

26. Pubertet och kroppslig tillväxt (Vårdguiden)
27. Hormonellt betingade humörsvägningar (Vårdguiden)
28. Adekvat längd och viktuppgång (Vårdguiden)

GYMNASIUM (16- 18 ÅR)

Kognitivt

29. Förmåga till komplext beslutsfattande (NAS, 2009)
30. Kan planera och fullfölja på längre sikt (NAS, 2009)

Psykosocialt

31. Frigörelse (NAS, 2009)
32. Utforska kärleksrelationer, arbete/utbildning och världsåskådning (NAS, 2009)
33. Framtidsinriktning (NAS, 2009)

Fysiskt

34. Pubertet (Vårdguiden)
35. Goda mat- och motionsvanor (Vårdguiden)
36. Adekvat längd och viktuppgång (Vårdguiden)

Generella insatser och verksamhet som erbjuds alla barn

Samhällets olika vardagsarenor har en viktig roll för att stödja barn och ungas utveckling. Tillgången till ett bra stöd gäller alla barn, oberoende av särskilda behov eller omständigheter. I många fall kan välfungerande vardagsarenor vara än viktigare för de som också har behov av särskilda insatser.

FOSTER- OCH SPÄDBARNÅLDER (-9 MÅN – 2 ÅR)

37. Uppmärksammar föräldrars socioekonomiska och psykosociala situation och psykiska hälsa (NAS, 2009)
38. Säkerställer fosters/nyfött barns kroppsliga hälsa och utveckling (NAS, 2009)
39. Stödjer anknytning mellan barn och förälder (NAS, 2009)
40. Erbjuder pappa- och mammagrupper (Barlow et.al., 2009)

FÖRSKOLEÅLDER (2- 6 ÅR)

En förskola av hög kvalitet för alla utmärks av:

41. Ömsesidig uppmärksamhet i aktiviteter initierade av barn och av personal (Siraj-Blatchford, et.al. 2002)
42. Stöd till utveckling av hjärnans exekutiva funktioner (NAS, 2009)
43. Stöd till tidig språkinläring (KVA, 2010)
44. Pedagoger och chefer med hög kompetens (Siraj-Blatchford et al. 2003)
45. Socialt och emotionellt lärande i förskolan (Durlak et al., 2011)
+ *Alla samhällsaktörer:*
46. Uppmärksammar barn i riskmiljö, föräldrars stödbehov och initierar tidigt stöd (NAS, 2009)
47. Möjliggör för alla föräldrar att hjälpa sina barn att lära sig nya färdigheter (NAS, 2009)

TIDIGA SKOLÅR (6 – 12 ÅR)

En skola av hög kvalitet för alla utmärks av:

48. Lärare och annan personal har positiva och höga förväntningar på att alla ska lyckas (KVA, 2010)
 49. Att elevers lärande och läroprocesser synliggörs (Hattie, 2009)
 50. Pedagoger och rektorer med hög kompetens och pedagogiskt ledarskap (Siraj-Blatchford et al., 2003)
 51. Elever får tillgång till såväl extra pedagogiskt som psykosocialt stöd (Siraj-Blatchford et al., 2011)
 52. Universella skolprogram för att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa (t.ex. utagerande såsom Good Behavior Game och inåtvända problem såsom FRIENDS) (SBU, 2010)
 53. Ett systematiskt mobbingsförebyggande arbete är etablerat (Farrington & Ttofi, 2010)
 54. Starka relationer mellan skola och föräldrar (NAS, 2009)
 55. Insatser för socialt och emotionellt lärande (Durlak et al., 2011)
- + Alla samhällsaktörer:
56. Erbjuder fritidsaktiviteter med gott stöd av utbildade vuxna (Ferrer-Wreder et al., 2004)

SENARE SKOLÅR (12 - 16 ÅR)

En skola av hög kvalitet för alla utmärks av allt under tidiga skolår samt:

57. Tydlighet och struktur (NAS, 2009)
 58. Allas fysiska och psykiska säkerhet (NAS, 2009)
 59. Uppmärksamhet på att barnen är närvarande (Wilson et al. 2011)
 60. Stödande relationer (NAS, 2009)
- +
61. Erbjuder fritidsaktiviteter med gott stöd av utbildade vuxna (Ferrer-Wreder et al., 2004)

Alla samhällsaktörer:

62. Ger barn möjligheter att forma sin identitet och erbjuder positiva sociala normer (NAS, 2009)
63. Hjälper barnen att utveckla en realistisk bedömning av egna kontrollmöjligheter och förmåga (NAS, 2009)
64. Ger barnen möjlighet att få känna sig behövda och efterfrågade (NAS, 2009)

GYMNASIESKOLAN (16- 18 ÅR)

En gymnasieskola av hög kvalitet utmärks av:

65. Att allt görs för att motivera att alla fullföljer (Socialstyrelsen, 2010)
66. Att de unga erbjuds stöd för att utforska sina egna intressen i utbildning och ger introduktion till arbetsmarknaden (NAS, 2009)
67. Att de unga erbjuds stöd för att bygga nätverk och relationer med andra vuxna (NAS, 2009)

Tecken att vara uppmärksam på

Risktecken för barns och ungas negativa utveckling är av olika natur. De kan knytas till barn, unga, föräldrar och de livsomständigheter som de lever under. Vissa utmanar utvecklingen på kortare och andra på längre sikt. De är av varierande allvarlighetsgrad och vissa är kopplade till bredare utvecklingsområden medan andra relaterar till specifika problem. Gemensamt är att tecken på risk bör uppmärksammas tidigt och mötas med lämpliga insatser.

FOSTER- OCH SPÄDBARNÅLDER (- 9 MÅN – 2 ÅR)

Föräldrar

68. Instabil anknytning (NAS, 2009)
69. Nedstämdhet i samband med barnafödande (Wickberg och Hwang, Statens Folkhälsoinstitut, 2003)
70. Psykos i samband med barnafödande (RCPsych, 2012)

Barn

Generella

71. För tidigt födda (Nosarti et al. 2012)
72. Liten viktuppgång (Vårdguiden)

Autismspektrum och allvarliga kognitiva funktionsnedsättningar

73. Motoriska problem (Gillberg, 2010)

74. Utvecklingsförsening (Gillberg, 2010)
75. Tal- och språkförsening (Gillberg, 2010)
76. Över- eller underaktivitet (Gillberg, 2010)
77. Koncentrationssvårigheter (Gillberg, 2010)
78. Sömnproblem (Gillberg, 2010)
79. Ätproblem (Gillberg, 2010)

Inåtvända

80. Besvärligt temperament (negativt känsleregister, svår att sova, låg aktivitetsgrad) (NAS, 2009)
81. Anknätningsproblem (NAS, 2009)

FÖRSKOLEÅLDER (2-6 ÅR)

Föräldrar

82. Oförmåga till delad uppmärksamhet (NAS, 2009)
83. Begränsat känslomässigt samspel (NAS, 2009)
84. Otydlig uppfostran (NAS, 2009)
85. Bristande engagemang för barnets utveckling i förskolan (Siraj-Blatchford, et al., 2011)

Utagerande

86. Tal- och språkförsening (Fewell & Deutscher, 2002)
87. Agerar först och tänker sedan (Fewell & Deutscher, 2002)
88. Koncentrationssvårigheter (Fewell & Deutscher, 2002)
89. Lättdistraherad (Fewell & Deutscher, 2002)

Inåtvända

90. Besvärligt temperament (inbunden, socialt tillbakadragen, lättretlig) (NAS, 2009)
91. Avisande mot andra barn (NAS, 2009)
92. Svag utveckling i förskola (NAS, 2009)

Allvarlig psykiatrisk sjuklighet

93. Motoriska, språkliga eller kognitiva funktionsnedsättningar (NAS, 2009)
94. Huvud-/skallskada (NAS, 2009)

TIDIGA SKOLÅR (6 – 12 ÅR)

Föräldrar

95. Oförmåga till delad uppmärksamhet (NAS, 2009)
96. Begränsat känslomässigt samspel (NAS, 2009)
97. Otydlig uppfostran (NAS, 2009)
98. Bristande engagemang för barnets skolgång (Siraj-Blatchford, et al. 2011)

Barn

Generella

99. Utagerande, sensationssökande (NAS, 2009)
100. Skolmisslyckanden (NAS, 2009)
101. Aggressivitet (NAS, 2009)
102. Begränsad impuls kontroll (NAS, 2009)
103. Besvärligt temperament (NAS, 2009)

Inåtvända

104. Apati (NAS, 2009)
105. Negativa tankar om sig själv och omvärlden (NAS, 2009)
106. Omotiverad (NAS, 2009)
107. Bristande kamratrelationer (NAS, 2009)
108. Begränsad problemlösningsförmåga (NAS, 2009)

Allvarlig psykiatrisk sjukdom

109. Självrapporterade psykossymtom (NAS, 2009)
110. Huvud-/skallskada (NAS, 2009)

SENARE SKOLÅR (12 – 16 ÅR)

Föräldrar

111. Negativa sociala normer (NAS, 2009)
112. Litet stöd till barnets utveckling av förmågor och självkontroll (NAS, 2009)
113. Bristande trygghet och kärlek (NAS, 2009)
114. Bristande engagemang i barnens skolgång (Siraj-Blatchford, et al., 2011)
115. Familjekonflikter (El-Khouri, Sundell, Strandberg, 2005)
116. Ensamstående förälder (NAS, 2009; El-Khouri, Sundell, Strandberg, 2005)

Barn

Inåtvända

117. Tidig pubertet (NAS, 2009)
118. Koncentrationssvårigheter (NAS, 2009)
119. Dåligt självförtroende (NAS, 2009)
120. Extremt behov av uppskattning och socialt stöd (NAS, 2009)
121. Skolmisslyckanden, skolfrånvaro (Wilson et. al, 2011; KVA, 2010)

Allvarlig psykiatrisk sjuklighet

122. Huvud-/skallskada (NAS, 2009)
123. Cannabisanvändning (NAS, 2009)

GYMNASIUM (16- 18 ÅR)

Föräldrar

124. Bristande stöd till frigörelse (NAS, 2009)

Barn

125. Inga relationer till vuxna utanför familjen (NAS, 2009)
126. Negativa tankar (NAS, 2009)
127. Begränsad social förmåga (NAS, 2009)
128. Begränsad problemlösningsförmåga (NAS, 2009)
129. Bristande kamratrelationer (NAS, 2009)

Insatser riktade till barn och föräldrar med risktecken

Det finns effektiva insatser som kan minska risken hos barn, unga och föräldrar tidigt i barnens liv och i ett tidigt problemskede. Insatser kan riktas såväl till barn och unga som till närstående, beroende på vilka risker som identifierats.

FOSTER- OCH SPÄDBARNÅLDER (- 9 MÅN - 2 ÅR)

Föräldrar

130. Riktad prevention till mödrar i högrisksituationer (t.ex. Family Nurse Partnership Model) (Sweet et al., 2004)
131. Systematiskt arbete med återkommande hembesök. (Sweet et. al.. 2004)

Barn

132. Barnmassage (Underdown et al. 2009)
133. Anknätningsfokuserad psykoterapi (Barn – förälder) (Hervé et al., 2009)

FÖRSKOLEÅLDER (2-6 ÅR)

Föräldrar

134. Föräldrastöd för föräldrar med problem (t.ex. Family Check-Up) (SBU, 2010)

Barn

Utagerande problem

135. Föräldrastöd ”De otroliga åren”, Triple-P, eller Family Check-up (SBU, 2010)

TIDIGA SKOLÅR (6 - 12 ÅR)

Föräldrar

136. Föräldrastöd för föräldrar med problem (t.ex. Family Check-Up) (SBU, 2010)

Barn

137. Stöd till barn med föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk (t.ex. Beardslees familjeintervention) (Pihkala, 2011; SBU, 2010)
138. Föräldrastöd (t.ex. De otroliga åren, Triple-P eller Family Check-Up) (SBU, 2010)
139. Stresshantering: Coping with Stress – CWS)(SBU, 2010)
140. Skolbaserade program om socialt och emotionellt lärande – cirka 10 sessioner (SBU, 2010)

SENARE SKOLÅR (12 -16 ÅR)

Föräldrar

141. Föräldrastöd (t ex Family Check-Up) (SBU, 2010)

Barn

142. Stöd till barn med föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk (t.ex. Beardslees familjeintervention Pihkala, 2011; SBU, 2010)
143. Säkerställa skolnärvaro (Wilson et.al.2011; KVA, 2010)
144. Måluppfyllelse i 9:e klass (Socialstyrelsen, 2010)

Inåtvända

145. Stresshantering: Coping with stress (CWS) (SBU, 2010)

Utagerande

146. Coping power (SBU, 2010)
147. Föräldrastöd genom t.ex. Triple-P (SBU, 2010)
148. Skolbaserade program med KBT-inriktning (SBU, 2010)

GYMNASIUM (16- 18 ÅR)

Barn

149. Stöd till barn med föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk (t.ex. Beardslees familjeintervention Pihkala, 2011; SBU, 2010)
150. Stöd till genomförd gymnasieutbildning (Socialstyrelsen, 2010)
151. Föräldrastöd (t.ex. De otroliga åren, Triple-P eller Family Check-Up) (SBU, 2010)
152. Coping power (SBU, 2010)
153. Screening för alkoholmissbruk och intervention mot riskbruk (t.ex. MI) (Moreira et. al, 2009; Socialstyrelsen, 2007)

Bekräftad problematik

Här tillämpas en bred syn på det psykiatriska sjukdomspanoramat hos barn och unga. De rapporterade diagnosgrupperna har placerats i den ålder där de vanligen debuterar/identifieras, men svårigheterna kan ofta kvarstå under kortare eller längre del av uppväxt och vuxenliv. Internationella studier visar att en stor del av den psykiatriska sjukligheten debuterar redan under uppväxtåren (bl.a. Merikangas et.al. 2009; Kessler et. al. 2007; Kessler et. al.; NAS 2009; Link Egger & Angold, 2006). Uppskattningarna gäller för hela åldersspannet 0–18 år och bygger på internationella epidemiologiska studier (bland annat ovanstående), som har justerats och situationsanpassats utifrån diskussioner med epidemiologisk expertis i Sverige. En försiktighetsprincip har tillämpats så att nivåer har lagts i den nedre delen av spannet när olika uppgifter har identifierats.

FOSTER- OCH SPÄDBARNÅLDER (-9 MÅN-2 ÅR)

154. Autismspektrum (1%)
155. Allvarliga kognitiva funktionsnedsättningar (2%)

FÖRSKOLEÅLDER (2-6 ÅR)

156. ADHD (3-5%)
157. Uppförandestörning/Trotssyndrom (4-6%)

TIDIGA SKOLÅR (6 - 12 ÅR)

158. ADHD (3-5%)
159. Ängestproblematik (4-6%)
160. Dyslexi (5-10%)

SENARE SKOLÅR (12 -16 ÅR)

161. Depression (3-5%)
162. Ängestproblematik (4-6%)
163. Åtstörningar (2-3%)

GYMNASIUM (16- 18 ÅR)

164. Depression (3-5%)
165. Ängestproblematik (4-6%)
166. Åtstörningar (2-3%)
167. Psykos och bipolär sjukdom (<1%)
168. Missbruk/beroende (1%)

Insatser riktade till barn med bekräftad problematik

Barn och unga som uppvisar tydliga problem som kan diagnosticeras/ bekräftas behöver effektiv hjälp för att återfå sin maximala funktionsförmåga. En evidensbaserad praktik utgår från de professionellas sammanlagda värdering av barnets eller den unges svårigheter, bästa tillgängliga forskningsstöd och de lokala möjligheterna att ge rätt stöd under rätt betingelser. För att ge effekt kan insatser behöva kombineras och ges i tillräcklig omfattning. Kontinuerlig uppföljning av vilken effekt insatserna får för den som får hjälp är avgörande för ett evidensbaserat arbetssätt.

FOSTER- OCH SPÄDBARNÅLDER (-9 MÅN-2 ÅR)

- 169. Tillämpad beteendeanalys (ex Lovaas) (Rogers & Vismara, 2008)
- 170. Naturliga inlärningsstrategier (ex. Pivotal Response Training – Kogel) (Rogers & Vismara, 2008)
- 171. Strukturerad vardag (schema) (NAC, 2011)
- 172. Beteendestöd och beteendeträning (NAC, 2011)

FÖRSKOLEÅLDER (2-6 ÅR)

- Utagerande problem (ADHD, uppförandestörning och trotssyndrom)
- 173. Beteendefokuserad föräldraträning (Pelham & Fabiano, 2008)
 - 174. Barnfokuserad träning. (Eyberg et al., 2008; SKL 2009)
 - 175. Barn-förälder interaktion. (Eyberg et al., 2008)
 - 176. Beteendefokuserad träning i förskolan (Pelham & Fabiano, 2008)

TIDIGA SKOLÅR (6 – 12 ÅR)

- Ångest
- 177. Gruppbaserad KBT (Silverman et. al., 2008)
 - 178. Individuell KBT (Silverman et al., 2008)
 - 179. Gruppbaserad KBT för föräldrar (Silverman et al., 2008)
 - 180. Exponeringsinriktad KBT (Tvängssyndrom) (Silverman et al., 2008)

ADHD

- 181. Beteendefokuserad klassrumsträning (Pelham & Fabiano, 2008)
- 182. Kamratstödd träning i rekreativmiljö (Pelham & Fabiano, 2008)
- 183. Specialundervisning (Owens & Fabiano, 2011)
- 184. Arbetsminnesträning (Klingberg, 2005)
- 185. Läkemedel mot ADHD (Läkemedelsverket, 2009)

Uppförandestörning och trotssyndrom

- 186. Barnfokuserad träning (Eyberg et.al. 2008)
- 187. Barn-förälder interaktion (Eyberg et.al. 2008)

Dyslexi

- 188. Träning i fonologisk förmåga (t.ex. Bornholmsmetoden)(Myrberg, 2003)

SENARE SKOLÅR (12 -16 ÅR)

- Ångest
- 189. Gruppbaserad KBT (Silverman et. al., 2008)
 - 190. Individuell KBT (Silverman et al.,2008)
 - 191. Gruppbaserad KBT för föräldrar (Silverman et al.,2008)
 - 192. Exponeringsinriktad KBT (Tvängssyndrom) Silverman et al.,2008)
 - 193. Läkemedel (Socialstyrelsen, 2010a; BUP SLL 2012)

Depression

- 194. Interpersonell terapi (David-Ferdon & Kaslow, 2008)
- 195. Gruppbaserad KBT (David-Ferdon & Kaslow, 2008)
- 196. Gruppbaserad KBT + Föräldrastödskomponenter (David-Ferdon & Kaslow, 2008)
- 197. Läkemedel (Socialstyrelsen, 2010b; BUP SLL 2012)

Åtstörning (Anorexi)

- 198. Maudsley's modell för familjeterapi (Keel & Haedt, 2008)
- Åtstörning (Bulimi)
- 199. KBT (Keel & Haedt, 2008; BUP SLL 2012)

ADHD

- 200. Beteendefokuserad klassrumsträning (Pelham & Fabiano, 2008)
- 201. Kamratstödd träning i rekreativmiljö (Pelham & Fabiano, 2008)

- 202. Specialundervisning (Owens & Fabiano, 2011)
- 203. Arbetsminnesträning(Klingberg, 2005)
- 204. Läkemedel (Läkemedelsverket, 2009)

Uppförandestörning och trotssyndrom

- 205. Multidimensional Treatment Foster Care (Eyberg et al. 2008)
- 206. Multisystemisk terapi (Eyberg et al., 2008)

GYMNASIUM (16- 18 ÅR)

Psykos och bipolär

- 207. KBT. (McGorry et al, 2005)
- 208. Utbildnings- och yrkesmässig rehabilitering. (McGorry et. al, 2005)
- 209. Familjeutbildning och familjestöd. (McGorry et.al, 2005)
- 210. Läkemedel (BUP SLL 2012)

Åtstörning (Anorexi)

- 211. Maudsley's modell för familjeterapi (Keel & Haedt, 2008)

Åtstörning (Bulimi)

- 212. KBT (Keel & Haedt, 2008; BUP SLL 2012)

Missbruk/beroende

- 213. Multidimensionell familjeterapi (Barrett Waldron & Turner, 2008)
- 214. Funktionell familjeterapi (Barrett Waldron & Turner, 2008)
- 215. Gruppbaserad KBT (Barrett Waldron & Turner, 2008)

Strategier för generell prevention

FRISKFAKTORER

För att främja barns utveckling krävs att samhället allmänt:

- 231. Upprätthåller tydliga normer och förväntningar i omgivningen. (Hawkins, Catalano, Arthur 2002)
- 232. Stöder barn och unga att få utveckla god anknytning till andra människor (Hawkins, Catalano, Arthur 2002)
- 233. Ger barn och unga möjlighet att utveckla grundläggande sociala och kognitiva kompetenser (Hawkins, Catalano, Arthur 2002)
- 234. Uppmärksammar positiva sociala handlingar och ger stöd för att de utvecklas och används (Hawkins, Catalano, Arthur 2002)

RISKFaktorER

Det är viktigt att särskilt uppmärksamma:

Samhällsfaktorer

- 235. Områden med hög social och ekonomisk belastning (Fone et.al. 2007)
- 236. Stor in- och utflyttning i området (Beyers et al. 2003)
- 237. Bristande sociala nätverk och låg grad av socialt kapital (Fone et.al. 2007)

Föräldrafaktorer

- 238. Missbruk hos föräldrar (NAS, 2009)
- 239. Psykisk ohälsa hos föräldrar (NAS, 2009)
- 240. Föräldrar med kognitiva svårigheter (NAS, 2009)
- 241. Föräldrar med egen stress t.ex. förluster av nära anhöriga (NAS, 2009)
- 242. Föräldrar med relationella problem, våld och konflikter (NAS, 2009)
- 243. Föräldrar med ekonomisk utsatthet (NAS, 2009)

Barnfaktorer

- 244. Barn som utsätts för fysiska/psykiska övergrepp och bristande omsorg (NAS, 2009)
- 245. Barn med låg begåvning (Koenen et.al. 2009)
- 246. Barn som placeras i samhällets vård (Socialstyrelsen, 2010)
- 247. Barn med funktionshinder (NAS, 2009)

Källor

- Barlow et al. (2009) Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. The Cochrane Library.
- Barrett Waldron & Turner (2008) Evidence-based Psychosocial Treatments for Substance Abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Beyers et al. (2003) Neighborhood Structure, Parenting Processes, and the Development of Youths' Externalizing Behaviors: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*.
- BUP SLL (2012) Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling. Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms Läns Landsting.
- David-Ferdon & Kaslow (2008) Evidence-based Psychosocial Treatments for Depressive Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Durlak et al. (2011) The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*.
- El-Khouri, Sundell, Strandberg (2005) Riskfaktorer för normbrytande beteenden. Skillnader mellan flickor och pojkar i tonåren. Forsknings- och Utvecklingsenheten. Stockholms stadsledningskontor. FoU-rapport 2005:17
- Eyberg et al. (2008) Evidence-Based Psychosocial Treatments for Disruptive Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Farrington & Ttofi (2010) School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization, Campbell Review. Campbell Collaboration.
- Fewell, R. & Deutscher, B. (2002) Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Very Young Children: Early Signs and Interventions. *Infants and Young Children*.
- Fone et al. (2007) Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology*.
- Gillberg, C (2010) The ESSENCE of child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. *Research in Developmental Disabilities*.
- Hattie, J (2009) Visible Learning – A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement. Routledge
- Hawkins et al. (2002) Promoting science-based prevention in Communities. *Addictive Behaviors*.
- Hervé et al. (2009) Predictors of outcome in infant and toddlers functional or behavioral disorders after a brief parent-infant psychotherapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Keel & Haedt (2008) Evidence-based Psychosocial Treatments for Eating Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Kessler et al. (2007) Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion Psychiatry*.
- Kessler et al. (2007) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*.
- Koenen et al. (2009) Childhood IQ and Adult Mental Disorders: A Test of the Cognitive Reserve Hypothesis. *American Journal of Psychiatry*.
- Klingberg et al. (2005). Computerized Training of Working Memory in Children With ADHD-A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*
- KVA (2010) School, Learning and Mental Health – A systematic review. Kungliga Vetenskapsakademien. www.buph.se
- Link Egger & Angold (2006) Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Läkemedelsverket (2009) Läkemedelsbehandling vid ADHD. Information från Läkemedelsverket 1:2009
- McGorry et al. (2005) International Clinical Guidelines for Early Psychosis. *British Journal of Psychiatry*.
- Merikangas et al. (2009) Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*.
- Moreira et al. (2009) Cochrane Review – Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. The Cochrane Library.
- Myrberg (2003). Att skapa konsensus om skolans insatser för att motverka läs- och skrivsvårigheter. Specialpedagogiska Institutionen, Stockholms Universitet.
- NAC (2011) Evidence-Based Practice and Autism in the Schools. National Autism Center.
- NAS (2009) Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Intervention. National Academy of Science. http://www.bocypf.org/prevention_of_mental_health_disorders.html
- Nosarti et al. (2012) Preterm Birth and Psychiatric Disorders in Young Adult Life. *Archives of General Psychiatry*.
- Pelham & Fabiano (2008) Evidence-Based Psychosocial Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Pihkala (2011) Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom Svenska familjers erfarenheter. Akademisk Avhandling Umeå Universitet. http://www.cepi.nu/dokument/psyk_soc_insatser/pihkala.pdf
- RCPsych (2012) Postpartum Psychosis: Severe mental illness after childbirth. Broschyr och web-sida. (Royal College of Psychiatrists). <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/problems/postnatalmentalhealth/postpartumpsychosis.aspx>
- Rogers & Vismara (2008) Evidence-based Comprehensive Treatments for Early Autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Silverman et al. (2008) Evidence-based Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Siraj-Blatchford et al. (2002) Researching Effective Pedagogy in the Early Years. Research report. Department of Education and Skills. <https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/RR356.pdf>
- Siraj-Blatchford et al. (2003) Technical Paper 10 – The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: Intensive Case Studies of Practice across the Foundation Stage. London: DfEE / Institute of Education, University of London.
- Siraj-Blatchford, et al. (2011) Performing against the odds: developmental trajectories of children in the EPPSE 3-16 study. Department of Education. <https://www.education.gov.uk/publications/standard/publicationDetail/Page1/DFE-RR128>
- SKL (2009) Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa – en kunskapsammansättning. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialstyrelsen (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010) Social rapport 2010. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2010a) Nationella Riktlinjer vid vård av depression och ångesttillstånd – stöd för ledning och styrning. Socialstyrelsen.
- Sweet. et al. (2004) Is home-visiting an efficient strategy? *Child Development*.
- Underdown et al. (2009) Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months. The Cochrane Library.
- Wilson et al. (2011) Dropout prevention and intervention programs: Effects on school completion and dropout among school-aged children and youth. Campbell Review. Campbell Collaboration.
- Vårdguiden (2012) Hemsida: Tema Barn och föräldrar. www.varldguiden.se/tema/barn-och-foraldrar

Appendix 2

Exempel på nationellt existerande resultat-, process- och strukturmått *)

Innan födsel till 2 år	2-6 år	6-12 år	12-16 år	16-18 år
Ekonomiskt utsatta barn 0-19 år, andel (%) (Öppna jämförelser)				
Födda med låg Apgar-poäng vid 5 minuter, andel (%) (Öppna jämförelser – hälso- och sjukvård)	Barn 1-5 år, andel (%) av befolkningen inskrivna på förskola (Skolverket – Jämförelsetal)	Psyisk hälsa, enkät med 41 frågor åk. 6 (FHI – Grodan)	Elever i åk. 9 som uppnått målen i alla ämnen, totalt, andel (%) (Öppna jämförelser – grundskola)	Aborter bland kvinnor 15-19 år, antal/1000 (Öppna jämförelser – folkhälsa)
Rökare vid inskrivning till mödrahälsovård i graviditetsvecka 8-12, andel (%) (Öppna jämförelser – hälso- och sjukvård)	Barngrupp, antal barn per avdelning (Skolverket – Jämförelsetal)	Elever som uppnått kravnivån för ämnesproven för svenska och matematik i åk. 3(%) (Öppna jämförelser – grundskola)	Meritvärde i åk. 9 totalt, genomsnitt (Öppna jämförelser – grundskola)	Gymnasieelever med grundläggande behörighet till universitet och högskola, andel (%) (Öppna jämförelser – gymnasieskola)
Födelsevikt under 2500 g, antal och procent (Socialstyrelsen – Förlösningstatistik)	Anställda, andel (%) årsarbetare med pedagogisk högskoleutbildning (Skolverket – Jämförelsetal)	Bor med en, två eller ingen av sina föräldrar åk.6 (FHI – Grodan)	Elever i åk. 9 som minst uppnått målen för Godkänd i ämnesprovet i engelska, matematik, svenska (Öppna jämförelser – grundskola)	Betygspoäng efter avslutad gymnasieutbildning, genomsnitt (Öppna jämförelser – gymnasieskola)
Andel ammade barn vid fyra månaders ålder (Socialstyrelsen – Amning)	Modersmålsundervisning, andel (%) berättigade elever som deltar (Skolverket – Jämförelsetal)	Betyg åk. 6 – från och med hösten 2012 (Skolverket)	Psyisk hälsa, enkät med 42 frågor åk. 9 (FHI – Grodan)	Förstagångsväljare som röstade i senaste kommunfullmäktigevalet, andel (%) (Öppna jämförelser – gymnasieskola)
Rökande spädbarnsföräldrar (Öppna jämförelser – hälso- och sjukvård)			Dagens Nyheter Nutidsorientering för åk. 9, genomsnittligt antal rätt av 35 (Öppna jämförelser – grundskola)	Gymnasieelever som börjat på universitet/högskola inom 1 år efter avslutad gymnasieutbildning, andel (%) (Öppna jämförelser – gymnasieskola)
Föräldrapenningsuttag (Försäkringskassan)			Bor med en, två eller ingen av sina föräldrar åk. 9 (FHI – Grodan)	Gymnasieelever som börjat på universitet/högskola inom 3 år efter avslutad gymnasieutbildning, andel (%) (Öppna jämförelser – gymnasieskola)
				Etablerade på arbetsmarknaden eller studerar 2 år efter avslutad gymnasieutbildning, andel (%) (Öppna jämförelser – gymnasieskola)
				Unga vuxna med ekonomiskt bistånd, andel (%) (Öppna jämförelser – Socialtjänst)

*) Måtten är exempel och har i olika grad i forskning fastställda samband med barnens förväntade utveckling.

Källor:

- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – Skolelevers drogvänor (www.can.se)
- Folkhälsoinstitutet – Grodan, en nationell kartläggning av barns och ungdomars psykiska hälsa "Resultat fråga-för-fråga län och kommun" (www.fhi.se/kartlaggning-barn)
- Folkhälsoinstitutet – Folkhälsodata, "Databas" (www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Folkhalsodata)
- Försäkringskassan – Statistik för barn och familj (statistik.forsakringskassan.se)
- Lennart Köhlers Barnhälsoindex – Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
- Skolverket – Jämförelsetal (www.jmftal.artisan.se)
- Socialstyrelsen – Statistikdatabasen: Förlösningstatistik, amningsstatistik (www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas)
- Öppna Jämförelser (www.socialstyrelsen.se/oppnajokarelse) eller www.kolada.se)

Tidiga och förbättrade insatser till barn och unga är en av de viktigaste framtidsinvesteringarna! Denna guide syftar till att vara ett konkret operativt stöd för de kommuner och landsting som systematiskt vill arbeta med att investera i tidiga insatser för barn och unga.

Guiden vänder sig i första hand till beslutsfattare på förvaltningsnivå inom kommuner och landsting, såsom beställarchefen inom ett landsting eller socialchefen eller skolchefen i en kommun, och till de tjänstemän som arbetar med exempelvis projektledning, analys och beredning av beslutsunderlag i dessa frågor.

För att följa utvecklingsarbetet kring tidiga insatser och ta del av ytterligare material, besök www.skl.se/psynk.



Psynk - psykisk hälsa barn och unga är ett synkroniseringsarbete inom Sveriges Kommuner och Landsting

