

Familjepolitikens ekonomi 2015

**En statsfinansiell analys
av den svenska barnomsorgsmodellen och dess hälsoeffekter
på barn och unga samt föräldrar**



Susanne Nyman Furugård

2017-04-26

Förord

Trots att den svenska barnomsorgsmodellen – som inriktats på att alla barn ska gå i förskola från cirka 1,5 års ålder – firade 40-årsjubileum 2015, har det inte gjorts någon utvärdering av hur barn mår av modellen. Eftersom den psykiska ohälsan ökat kraftigt bland barn och unga sedan dess och forskare konstaterat att ökningen började hos dem som föddes i mitten av 70-talet, finns det all anledning att börja leta orsaken där man ännu inte försökt – i familjepolitiken.

Men det är inte mer forskning som vi behöver i första hand, utan att börja tillämpa den kunskap vi har här och nu. Att följa småbarns uppväxt till tonåren skulle ta minst 15 år innan vi fick resultat och kunde vidta åtgärder. Det medger inte det akuta läget. Det finns redan en mängd forskning att använda: dels om vilka omsorgsbehov som ett barn har för att lägga grunden till en god psykisk hälsa, dels forskning från "andra änden", bland tonåringar och unga vuxna som utvecklat olika symptom på psykisk ohälsa och vad som påverkat. En återkommande gemensam riskfaktor i denna forskning är brist på tid med föräldrarna under uppväxten.

Sannolikt finns det många fler faktorer som bidragit till den ökande psykiska ohälsan bland unga, men en effekt av den stora omläggningen av familjepolitiken och den svenska barnomsorgsmodellen på 1970-talet var just att barns tid med sina föräldrar minskade markant. Även om närvarande engagerade föräldrar inte utgör någon garanti mot psykisk ohälsa, så gör de i alla fall att det blir avsevärt lättare att upptäcka problem tidigare och lindra dem. Med ökad stress och press på unga, många valmöjligheter och förväntningar på dem, ett starkare tryck än någonsin tidigare från kommersiella krafter på hur de ska se ut och vara, samt ständig uppkoppling som gör att de varje vaken sekund kan jämföra och bedöma sig själva och andra, så torde föräldrarnas stöd vara viktigare än någonsin för att de ska kunna lära sig hantera allt.

Den här rapporten kartlägger hälsokonsekvenserna av den ensidiga svenska barnomsorgsmodellen. Genom att värdera dem statsfinansiellt ges ekonomiska incitament till politikerna att verka för en mångsidigare modell med bättre riskhantering och resultat.

Detta är enligt min erfarenhet ett av de mest verkningsfulla sätten att få människor att värna mjuka värden: att förklara dem i hårdvaluta, pengar. I det här fallet räcker det egentligen med att tillämpa den gyllene regeln för investeringar, som självklart borde gälla vår allra viktigaste, barnen: lägg inte alla ägg i samma korg.

Susanne Nyman Furugård

*Journalist som arbetat i drygt 20 år med hållbar utveckling i näringslivet,
med särskilt fokus på värdering av immateriella resurser kopplade till människa och miljö*

Syfte

Denna rapport har som syfte att:

- kartlägga ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga samt föräldrar under de senaste decennierna,
- undersöka om ökningen har något samband med den familjepolitiskt drivna förändringen av svensk barnomsorg under denna period, från hemma- till institutionsbaserad, samt
- värdera ovanstående företeelser statsfinansiellt (stat, landsting och kommun).

Frågeställning

Är den svenska barnomsorgsmodellen ekonomiskt hållbar?

Tes

Den svenska familjepolitikens satsning på institutionsbaserad barnomsorg har bidragit till den ökande psykiska ohälsan bland unga, vilket medför stora kostnader för staten, landstingen och kommunerna på både kort och lång sikt.

Metod

Den ökade psykiska ohälsan bland unga kartläggs genom insamling och bearbetning av offentligt tillgänglig ohälsostatistik gällande åldersgruppen 0-24 år. Avgränsningen motiveras av att 24 år en vanligt förekommande övre åldersgräns för kategorin ungdomar/unga vuxna i många av de undersökningar som rapporten refererar till. Åldersgruppen är också relevant för syftet eftersom de som år 2015 var 24 år är födda efter 1985, då den institutionsbaserade barnomsorgen blev dominerande.

För att undersöka om det finns ett samband mellan den psykiska ohälsan och den förändrade barnomsorgsmodellen utgår arbetet från modern forskning om barns omsorgsbehov för att utveckla en god psykisk hälsa. Därtill görs en genomgång av studier av specifika ohälsosymptom och deras orsaker.

Den ekonomiska värderingen av den psykiska ohälsan samt barnomsorgsmodellen begränsas till kostnader och intäkter som påverkar statsfinanserna (inkluderar även landstingen och kommunerna), eftersom det är svårare att hitta underlag för en samhällsekonomisk analys där även företagens och individens kostnader ingår. Dock nämns några sådana exempel i diskussions-avsnitten, för att ge en indikation på hur samhällsekonomin påverkas. För värderingen används uppgifter från myndigheter, vårdinstanser och andra intressenter. Så långt möjligt har siffror från 2015 använts, medan äldre statistik och kostnadsangivelser har justerats till detta årtal baserat på tidigare trend respektive SCB:s prisomräknare som tar hänsyn till inflationen.

För att besvara frågan om barnomsorgsmodellens hållbarhet används FN:s definition av hållbar utveckling som är den mest vedertagna.

Sammanfattning

Från mitten av 1980-talet blev barnomsorg utanför hemmet den dominerande barnomsorgsformen i Sverige med 33 procent av barn 1-6 år i daghem (numera förskola) och 19 procent i familjedaghem (numera pedagogisk omsorg). I dag får nästan alla barn institutionsbaserad barnomsorg: 83 procent går i förskola medan pedagogisk omsorg minskat drastiskt till 2 procent. Samtidigt har den tidigare vanligaste formen, barnomsorg i hemmet, nästan helt försvunnit. Detta har åstadkommit med en familjepolitik som kraftigt subventionerat förskolan med allmänna medel (år 2015 i genomsnitt ca 10 000 kr/mån/barn) och gjort hemmabarnomsorgsalternativet mycket ofördelaktigt ekonomiskt för föräldrarna genom särbeskattning.

Parallellt med denna utveckling men med 15-20 års eftersläpning, det vill säga uppväxttiden för de första stora kullarna av barn i extern barnomsorg, har den psykiska ohälsan bland unga ökat markant. I studier av olika symptom är några återkommande risk-/friskfaktorer som identifierats: anknytning, självkänsla, mentaliseringsförmåga och föräldrelationer. Forskning om barns omsorgsbehov bekräftar att dessa faktorer är centrala för psykisk hälsa och att de är helt avhängiga av den tid och närhet en förälder har möjlighet att ge sitt barn. Hur mycket tid och närhet ett barn behöver är individuellt, men en generell miniminivå för alla barn ligger enligt forskningen vid tre-fyra års kontinuerlig närhet till en person. Detta ryms inte i familjepolitiken, som utgår från att föräldrar ska lämna bort sina barn till förskola efter att föräldrapenningen är slut vid cirka 1,5 års ålder.

Exempel på fysiska och psykiska hälsoeffekter bland unga där forskningen påvisat risk-/friskfaktorer som kan kopplas till den svenska barnomsorgsmodellen:

På 20 år har hörselskador bland unga fördubblats, varav hälften anses bero på faktorer i uppväxtmiljön. Ljudmiljön är så dålig på många förskolor att både barn och personal far illa. Ljudnivåerna ligger ofta på cirka 65-78 decibel, långt över WHO:s riktvärde på 35 decibel.

Höga ljudnivåer och brist på arbetsro anses vara en viktig orsak till att svenska skolresultat i de internationella PISA-mätningarna sjunkit drastiskt sedan år 2000. Till detta bidrar att cirka tio procent av eleverna har beteendeproblem, vilket tidig förskolestart och långa dagar i förskolan ger en ökad risk för.

Anmälningar om mobbning i skolan har ökat med 297 procent de senaste tio åren. Barn med otrygg anknytning till sina vårdnadshavare har en stark tendens att mobba andra barn eller själva bli offer för mobbning.

Under de senaste decennierna har förekomsten av ätstörningar ökat bland ungdomar, speciellt bland unga kvinnor. Från 2005 till 2015 ökade antalet besök i öppenvården av patienter med ätstörningar i åldrarna 10-24 år med 117 procent bland kvinnor och 62 procent bland män, dock från mycket lägre nivåer. Dålig relation till familjen är en väsentlig riskfaktor för att utveckla ätstörningar, samtidigt som föräldrarna är den viktigaste resursen vid behandling.

Mellan 1980 och 2000 ökade antalet barn med fetma och övervikt kraftigt. Bland ungdomar i åldrarna 16-24 år fortsatte ökningen 2004-2015, även gällande undervikt. Hos barn med en stressad mamma är övervikt fyra gånger vanligare än hos barn där mamman har en lugnare tillvaro.

Slutenvård för självskador har under perioden 1997-2015 ökat bland unga kvinnor med 17 procent i åldrarna 15-19 år och med 42 procent i åldrarna 20-24 år. Även bland män i åldrarna 20-24 år ses en tydlig ökning på 51 procent, men dock från lägre nivåer. Flickor som kontinuerligt skär sig har ofta en väsentlig brist på trygghet och ett svagt familjärt nätverk.

Svenska ungdomar begår fler och värre brott än ungdomar i övriga Norden och förövarna blir allt yngre. Från 1995 till 2015 har antalet dömda för våldtäkt/grov våldtäkt ökat med 112 procent bland unga i åldrarna 15-24 år och med 217 procent i den yngsta gruppen, 15-17 år. Otrygg anknytning i åldrarna ett-tre år är en riskfaktor för våldsamt beteende.

Försäljningen av antidepressiva medel har under perioden 1991-2015 ökat med 16 247 procent till unga kvinnor 15-19 år och 7 390 procent till unga män i samma åldersgrupp. I gruppen 20-24 år var ökningen 3 570 procent bland kvinnor och 3 130 procent bland män. Samtidigt ökade försäljningen av

Familjepolitikens ekonomi 2015

sömnmedel, lugnande medel och antipsykotiska läkemedel kraftigt. Läkare menar att den ökade utskrivningen av psykofarmaka beror på att dagens familjer är så stressade att föräldrarna tar en genväg för att slippa engagera sig i något som är tyngre.

Sedan 1990 har psykiatrisk slutenvård ökat med 132 procent bland unga kvinnor i åldrarna 15-24 år och med 113 procent bland män i samma åldrar. En bidragande faktor är att många unga saknar sociala skyddsnät där man är uppmärksam på sjukdomstecken som humörsvängningar, sömnproblem och svårigheter att sköta vardagliga rutiner.

Narkotikarelaterade dödsfall har ökat med 262 procent bland unga män i åldrarna 15-24 år under perioden 1997-2015 och med 215 procent bland unga kvinnor i samma åldrar. Brister i anknytning, omsorg och tillsyn anses vara en riskfaktor för att ungdomar ska börja använda droger.

Antalet unga med aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) har ökat med 190 procent sedan 1995. Totalt hamnar 13 procent av en årskull utanför samhället. Forskning visar att en brytpunkt då utanförskapsprocessen går fortare än annars är då barnet börjar i förskolan och inte fungerar i grupp med andra barn.

Medan självmordstalen gått ned i övriga befolkningen har de ökat bland unga i åldrarna 15-24 år under perioden 1997-2015: med 13 procent bland män och med 6 procent bland kvinnor. Andelen ungdomar som gör självmordsförsök har också ökat i samma åldersgrupp, från 1990 till 2015 med 33 procent bland kvinnor och med 12 procent bland män. Upplevelsen av ensamhet i barndomen ger en förhöjd risk för självmordsbeteende senare i livet, medan närhet och omsorg i relationen mellan föräldrar och ungdomar minskar risken för att självmordstankar leder till självmordsförsök.

Sammanlagt kostar den psykiska ohälsan bland unga drygt 150 miljarder kronor per år. Detta är sannolikt lågt räknat eftersom många fler unga bedöms vara drabbade men inte söker hjälp. Om den av forskning belagda kopplingen mellan barns omsorgsbehov och olika symptom på psykisk ohälsa uppskattas försiktigt till ett 10-procentigt samband, skulle det motsvara drygt 15 miljarder kronor i bikostnad för den svenska barnomsorgsmodellen.

Därtill orsakar modellen ökad sjuklighet bland barn och föräldrar. Förskolebarn är sju gånger oftare sjuka än hemmabarn, vilket år 2015 kostade 3,5 miljarder kronor i tillfällig föräldrapenning för vård av barn (VAB). Sedan mitten av 1980-talet har kvinnor genomgående haft en högre sjukfrånvaro än män och skillnaden har ökat under en stor del av de senaste 30 åren. Detta hänger samman med deras ökade arbetskraftsdeltagande och drabbar särskilt kvinnor med barn i förskoleåldern. År 2015 var småbarnsmammor sjuka dubbelt så mycket som småbarnspappor, vilket kostade 2,5 miljarder kronor. Men även papporna har visat sig bli mer sjuka när de försöker ta större ansvar för barn och hem, kombinerat med heltidsarbete.

Sammantaget med kommunernas egen kostnad för förskolan som år 2015 uppgick till 66 miljarder kronor, blir de totala kostnaderna för den svenska barnomsorgsmodellen 87 miljarder kronor. Eftersom statens merintäkter i form av skatt från föräldrarna uppgår till 31 miljarder, slutar resultaträkningen i en årlig förlust värderad till minst 55 miljarder kronor. Den svenska barnomsorgsmodellen är således statsfinansiellt oekonomisk redan i dag. I ett långsiktigt perspektiv är den också ekonomiskt ohållbar i den bemärkelse som FN definierar hållbar utveckling, eftersom den bidrar till att försämra nästa generations psykiska hälsa och därmed äventyrar deras möjligheter att tillfredsställa sina behov.

Ett sätt att göra den mer ekonomisk och hållbar skulle kunna vara att låta alla föräldrar själva få använda förskolesubventionen (ca 10 000 kr/mån/barn) till den barnomsorg som passar deras barns behov bäst, inklusive i hemmet. Då skulle sannolikt den psykiska ohälsan minska och likaså resultaträkningens förlust, visar en avslutande skiss på en alternativ hållbar barnomsorgsmodell.

För källor, se respektive avsnitt i rapporten.

Innehåll

1 Bakgrund

1.1 Den svenska barnomsorgsmodellen.....	7
1.2 Den ökande psykiska ohälsan bland unga.....	8
1.3 Hållbar utveckling.....	9

2 Forskning om barns omsorgsbehov

2.1 Forskning kring omsorg.....	10
2.2 Anknätningsforskningen.....	11
2.3 Hjärnforskningen	12
2.4 Mentaliseringsforskningen	14
2.5 Forskning kring självkänsla.....	15
2.6 Forskning kring KASAM - Känsla Av Sammanhang.....	16
2.7 Forskning om högekänslighet.....	17
2.8 Forskning om introversion	17

3 Resultatredovisning barnomsorg och hälsoeffekter

3.1 Inkomstskatt från förskoleföräldrar.....	19
3.2 Förskolesubventioner	21
3.3 Ökad sjuklighet hos förskolebarn	23
3.4 Ökade sjukskrivningar bland föräldrar	24
3.5 Ökande hörselproblem hos unga	27
3.6 Ökad mobbning i skolorna	29
3.7 Försämrade skolresultat	31
3.8 Ökande ätstörningar bland unga	33
3.9 Ökning av viktproblem bland unga	35
3.10 Ökade självskador bland unga	37
3.11 Allt grövre brott och yngre våldssverkare	39
3.12 Ökad utskrivning av psykofarmaka till unga	41
3.13 Psykvård av allt fler unga	45
3.14 Ökande drogmissbruk bland unga	47
3.15 Ökat utanförskap bland unga	50
3.16 Ökande självmord och självmordsförsök bland unga	52

4 Statsfinansiell redovisning

4.1 Resultaträkning.....	55
4.2 Alternativ resultaträkning för en hållbar barnomsorgsmodell	57

5 Slutsatser 60

Referenser 61

1 Bakgrund

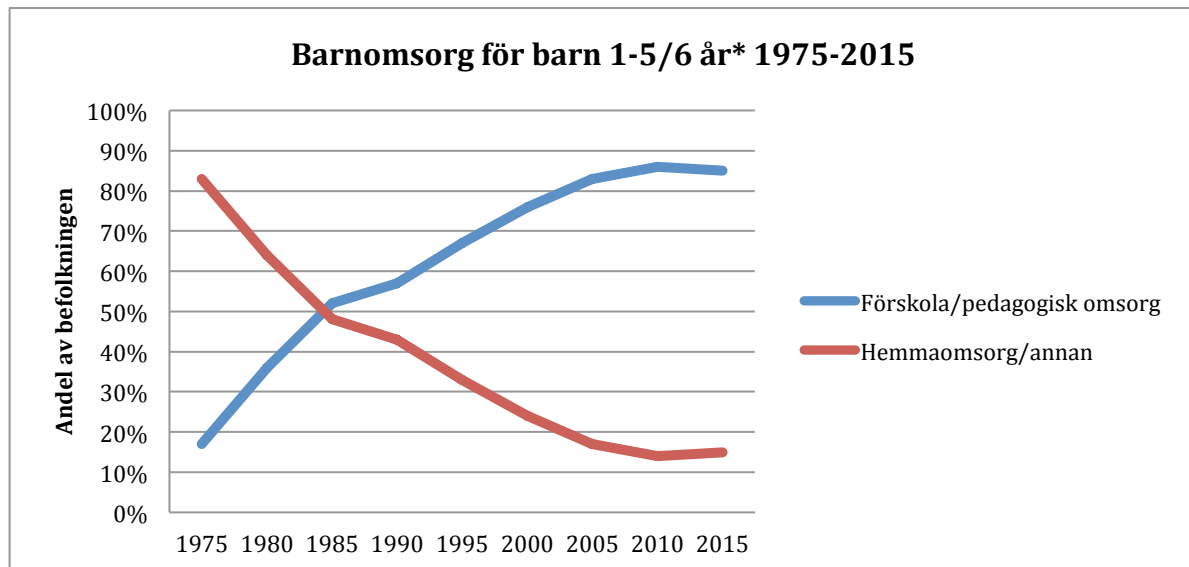
För att kunna söka svar på rapportens frågeställning behövs först en bakgrund till de tre områden som ska undersökas enligt syftet: hur den svenska barnomsorgsmodellen har utvecklats, hur den psykiska ohälsan bland unga har ökat och vad som kännetecknar hållbar utveckling för ett samhälle.

1.1 Den svenska barnomsorgsmodellen

Övergången till institutionsbaserad barnomsorg har länge varit ett centralt mål i svensk familjepolitik. Det etablerades inom socialdemokratin redan på 1930-talet då en av partiets mest framträdande politiker Alva Myrdal lade den ideologiska grunden.¹ Hon menade att föräldrar inte hade kunskap eller resurser att fostra ett barn rätt, utan borde överlåta det åt professionella och själva gå ut i produktionen.² Denna syn på föräldraskapets värde har därefter präglat utformningen av familjepolitiken i 80 år fram till nutid, där socialdemokraterna suttit vid regeringsmakten mesta tiden. Men även borgerliga regeringar har fortsatt styrningen mot institutionsomsorg, med undantag för marginella incitament för föräldraomsorg såsom vårdnadsbidrag under kortare perioder³.

Det stora genombrottet bäddades för i början av 1970-talet då politiken koppades till argument om ekonomisk jämställdhet. För att driva på utvecklingen avskaffades sambeskattningen av gifta par 1971, vilket ökade de ekonomiska drivkrafterna för att båda föräldrar skulle arbeta och försämrade ekonomin för familjer där en förälder var hemma⁴. Ett annat viktigt ekonomiskt styrmedel blev subventionerad barnomsorg. (För beräkning av dessa ekonomiska styrmedels påverkan, se bilaga 2.)

År 1975 var 17 procent av alla barn i åldrarna 1-6 år inskrivna på daghem (kallat förskola från 1998) eller familjedaghem (kallat pedagogisk omsorg från 2009). De kommande tio åren satsade samhället på en kraftig utbyggnad av förskolan och i mitten av 1980-talet var över hälften av barnen inskrivna i förskola eller pedagogisk omsorg. Sedan dess har pedagogisk omsorg minskat kontinuerligt medan förskola fortsatt öka till närmast absoluta tal för två-femåringar.^{5 6}



*Från år 2000 i diagrammet är inte sexåringar medräknade, eftersom man 1998 inrättade skolformen förskoleklass för sexåringar. Källor: Skolverket. Barnomsorgen i siffror 1998, 1998, 14; SOU 2007:061 Deluppföljning 2 av den kommunalekonomiska utjämnningen, 2005, 47; Skolverket. "Förskola – inskrivna barn 2010-2015", u.å.

¹ Stockholms stad. "Alva Myrdal – idéer om storbarnkammare 1935", u.å.

² Sörlie Ekström. *Hur mår egentligen våra barn?*, 2012, 78.

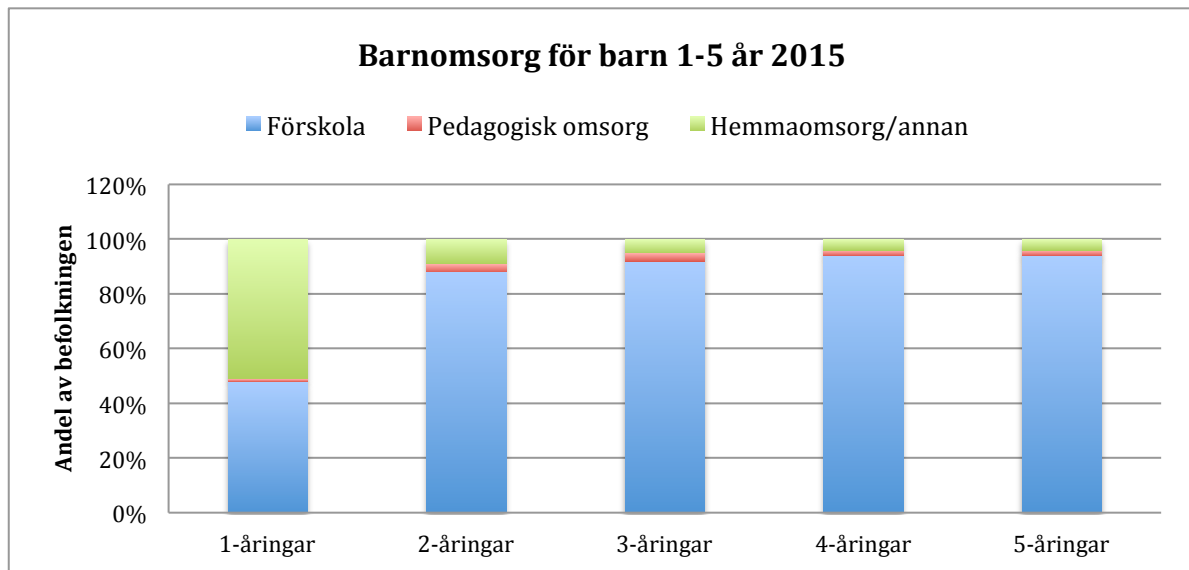
³ Wikipedia. "Vårdnadsbidrag", u.å.

⁴ Angelov et al. *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*, 2011, 8.

⁵ Skolverket. *Barnomsorgen i siffror 1998*, 1998, 14.

⁶ Skolverket. "Förskola - Barn och grupper - Riksnivå 2015", u.å.

År 2015 var 83 procent av alla barn i åldrarna 1-5 år inskrivna i förskola och 2 procent i pedagogisk omsorg. Detta är dock ett genomsnitt som dras ned av den mindre andelen ettåringar (49 %), medan andelen två-femåringar som fick omsorg utanför hemmet var större (91-96 %).^{7 8}



Källor: Skolverket. "Förskola - Barn och grupper - Riksnivå 2015", u.å.; Skolverket. "Pedagogisk omsorg - Barn och grupper - Riksnivå 2015", u.å.

Den vanligaste åldern att börja i förskolan är 18 månader⁹, det vill säga efter att föräldrarna avslutat sin föräldraledighet. I genomsnitt var barnen 31 timmar/vecka i förskolan år 2012, men barn i storstadsområden hade längre tider: högsta kommun-genomsnittet låg på 36 timmar. 13 procent av alla förskolebarn tillbringade mer än 40 veckotimmar i förskolan.¹⁰

1.2 Den ökande psykiska ohälsan bland unga

Parallellt med denna utveckling, men med 15-20 års eftersläpning, har den psykiska ohälsan bland unga ökat markant. Ökningen började på 1990-talet, det vill säga när de första stora kullarna av barn från den stora barnomsorgsutbyggnaden 1975-1985 kom i tonåren. Sedan dess har andelen unga med psykiska problem som oro, ångest eller sömnproblem nästan trefaldigats¹¹. Sjukhusinläggningar för psykiatrisk slutenvård, självskador samt alkohol och narkotika-relaterade diagnoser har ökat¹², likaså sjukhusvård för självskadebeteende eller självmordsförsök¹³. Självmorden har ökat bland unga, trots minskningar i alla andra åldersgrupper.¹⁴ Forskare menar att den här utvecklingen saknar motstycke internationellt sett¹⁵ och att de efter 30 års forskning fortfarande inte vet vad den beror på. De möjliga orsaker som de valt att titta på är ungdomsarbetslöshet, socioekonomisk uppväxt, utbildning och skilsmässor, men detta har inte gett några tydliga svar¹⁶. De har däremot inte undersökt ett eventuellt samband med satsningen på institutionell barnomsorg från 1975 och framåt, trots att deras forskning visar att ohälsöökningen bland unga började med de som föddes i mitten av 70-talet¹⁷.

⁷ Skolverket. "Förskola - Barn och grupper - Riksnivå 2015", u.å.

⁸ Skolverket. "Pedagogisk omsorg - Barn och grupper - Riksnivå 2015", u.å.

⁹ Duvander. "Barn börjar tidigare i förskola", 2006.

¹⁰ Skolverket. *Föräldrars val och inställning till förskola och fritidshem*, 2013, 48.

¹¹ Ergon. "Tre gånger mer psykisk ohälsa bland unga", 2014.

¹² Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet. *Folkhälsan i Sverige*, 2013, 43, 44, 46 & 48.

¹³ Folkhälsoinstitutet. *Barn och unga 2013*, 2013, 32.

¹⁴ Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet. *Folkhälsan i Sverige*, 2013, 45.

¹⁵ Ergon. "Tre gånger mer psykisk ohälsa bland unga", 2014.

¹⁶ Folkhälsomyndigheten. "Har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?", 2015.

¹⁷ Ibid.

1.3 Hållbar utveckling

Enligt FN och EU ska alla länder ha en strategi för hållbar utveckling. Begreppet hållbar utveckling slog igenom internationellt i samband med Brundtlandrapporten till FN 1987, med följande definition som blivit den mest citerade: "En hållbar utveckling tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov."^{18 19}

Hållbarheten gäller tre olika dimensioner²⁰:

- Social hållbarhet, som handlar om att bygga ett långsiktigt stabilt och dynamiskt samhälle där grundläggande mänskliga behov uppfylls.
- Ekologisk hållbarhet, som handlar om att hushålla med mänskliga och materiella resurser på lång sikt.
- Ekonomisk hållbarhet, som exempelvis kan betyda att ekonomisk tillväxt inte får ske till priset av ett segregerat och ojämlikt samhälle och en förstörd miljö. Samhället bör i stället anpassas efter vad miljön och människors hälsa tål och där vi långsiktigt investerar i dessa resurser.

Då dessa tre dimensioner lyfter mänskliga behov, mänskliga resurser och människors hälsa, utgör de ett relevant benchmark för att undersöka och besvara rapportens frågeställning om den svenska barnomsorgsmodellen är ekonomiskt hållbar.

¹⁸ Wikipedia. "Hållbar utveckling", u.å.

¹⁹ Wikipedia. "Vår gemensamma framtid", u.å.

²⁰ Wikipedia. "Hållbar utveckling", u.å.

2 Forskning om barns omsorgsbehov

För att undersöka om det finns ett samband mellan den ökande psykiska ohälsan bland unga de senaste decennierna och den familjepolitiskt drivna förändringen av svensk barnomsorg under denna period, behövs en genomgång av forskning kring barns grundläggande omsorgsbehov för att kunna utveckla en god psykisk hälsa.

2.1 Forskning kring omsorg

En av Nordens ledande forskare i omsorg och anknytning, Kari Killén, menar att det i dag finns ganska gedigna kunskaper bland forskare om vilka föräldrafunktioner som är centrala för "tillräckligt bra" föräldraskap och "tillräckligt bra" omsorg.²¹ Dessa centrala föräldrafunktioner är:

- Att se och acceptera barnet som det är. Ju mer realistiska och nyanserade vi är i vår uppfattning och förståelse av barnen, desto större är chansen att vi kan behandla dem på ett sätt som står i relation till deras behov och möjligheter. De barn som upplever att föräldrarna ser dem, förstår dem och accepterar dem som de är, får en stabil grund att stå på när det gäller att utveckla en bra självkänsla.
- Att engagera sig i barnet på ett känslomässigt positivt sätt. Det är viktigare med respons och bekräftelse, att svara på barnens signaler, än med stimulans som lätt kan ske på den vuxnes premisser.
- Att hysa empati för barnet. Denna funktion är viktig för att kunna trösta och dela barnets upplevelser, något som i sin tur hjälper barnet att styra sina känslor.
- Att ha realistiska förväntningar på vad barnet klarar av, så att förväntningarna överensstämmer med barnets utvecklingsnivå och barnets faktiska och potentiella färdigheter.²²

Ju mer man kan stimulera dessa föräldrafunktioner, desto större är sannolikheten att man kan förebygga omsorgssvikt och uppkomsten av psykiska problem och sjukdomar.²³

Sjukdomsframkallande omsorg/allvarlig omsorgssvikt följer ofta av:

- Varaktig likgiltighet för barnets känslomässiga behov av tröst, stimulans och kärlek.
- Varaktig likgiltighet för barnets fysiska behov.
- Ständiga byten av primär omsorgsgivare.²⁴

Diskussion/Slutsatser

Att fylla de centrala föräldrafunktionerna som listas ovan kräver uppenbarligen en hel del tid, mycket mer tid än två heltidsarbetande föräldrar får över. Därför är det troligen många barn som inte får "tillräckligt bra" omsorg utifrån sina behov.

Bland riskfaktorerna för allvarlig omsorgsbrist är den sistnämnda – ständiga byten av primär omsorgsgivare - redan en realitet för alla förskolebarn. Samtidigt ökar risken för de två första faktorerna – varaktig likgiltighet för barnets känslomässiga och fysiska behov - ju längre tid barnet är åtskilt från sina föräldrar. Eftersom 83 procent av Sveriges 1-5-åringar varje dag lämnas i förskolan²⁵ och många av dem tillbringar långa dagar där – 13 procent av barnen mer än 40 veckotimmar²⁶ – är det sannolikt många barn som får sjukdomsframkallande omsorg.

²¹ Killén. *Barndomen varar i generationer*, 2009, 39.

²² Ibid, 39-42.

²³ Ibid, 42.

²⁴ Ibid, 72.

²⁵ Skolverket. "Förskola – inskrivna barn 2010-2015", u.å.

²⁶ Skolverket. *Föräldrars val och inställning till förskola och fritidshem*, 2013, 48.

2.2 Anknätningsforskningen

År 2007 blossade det upp en debatt om barns anknätningsbehov då Barnombudsmannen rapporterade till regeringen att drygt en tredjedel av de svenska spädbarnen inte lyckats knyta an till sin vårdare på ett tryggt sätt²⁷. Uppgifterna baserades på en mindre uppmärksamman rapport från 1998 som visade att 38 procent av barnen hade någon form av otrygg anknätning till sin mamma vid 15 månaders ålder.^{28 29 30} Sedan dess har inte några ytterligare svenska studier publicerats.³¹

Den väletablerade anknätningsteorin har sitt ursprung i John Bowlbys arbeten från 1950-talet och framåt. Enligt teorin är de nyfödda barnen, "genetiskt förprogrammerade" till att knyta an till sina föräldrar.³² John Bowlby beskrev utvecklandet av den tidiga anknätningen i fyra faser. Fas 1-3 pågår tills barnet är cirka tre år. Under denna period har barnet ett starkt behov av att ha sin förälder i närheten hela tiden, som en bas för utforskande och en säker hamn att komma tillbaka till. Detta behov minskar något i fas 4 (4-6 år). Då är barnet inte längre i ständigt behov av att ha anknätningsobjektet i närheten. Det viktiga är alltså nu inte personens fysiska närvaro utan att den upplevs som tillgänglig vid behov.³³

En kärleksfull omsorg och en trygg anknätning vid livets början bidrar till barnets överlevnad men också till att barnets självsystem utvecklas. Utifrån det tidiga anknätningsmönstret har forskare kunnat se mönster i individens senare anpassning i livet. En individs otrygga anknätningsmönster har en negativ inverkan på livet eftersom individen bär på mindre välfungerande inre arbetsmodeller av hur relationer fungerar. Individer med trygg anknätning har en bättre bas i sina relationer till andra och kan tryggt utforska sin omvärld.³⁴

En trygg anknätning har avgörande betydelse för att man ska kunna utveckla motståndskraft, det vill säga förmågan att hantera de utmaningar och belastningar som är en oundviklig del av livet för de flesta av oss. Relationen föräldrar-barn är avgörande för barnets fysiska, emotionella, intellektuella och sociala utveckling. Barn med otrygg anknätning har i större omfattning beteendeproblem, svårigheter att samspela med andra barn, sämre problemlösningsförmåga och dålig självkänsla.³⁵

Anknätning skyddar mot stress visar olika forskningsresultat. Nyare amerikansk forskning har gett oroväckande resultat vid mätningar av barns stressnivå. Hos barn som undersöktes både i förskola och hemma mättes på dagen högre nivå av stresshormonet kortisol i förskolan än hemma. De förskolor som gällde i sammanhanget var kvalitativt sett av medelbra eller god kvalitet, vilket gör forskningsresultaten relevanta även i Skandinavien. I en annan undersökning kunde man konstatera att inte ens i de kvalitativt sett allra bästa förskolorna kunde barnen helt undgå en höjning av stressnivå. Över sex timmar långa dagar skapar omständigheter som leder till att barnens stressnivå inte sjunker ens till natten. Detta tyder på kontinuerlig stress, vilket man vet har en negativ inverkan på inlärningsförmåga, minnesfunktioner och motståndskraft. Det är också känt att det extra hormontillskottet påverkar utvecklingen av barnens hjärnor.³⁶ Dessutom har man funnit att höga halter av kortisol påverkar viktiga DNA-processer och ökar risken för långvarig psykisk ohälsa.³⁷

Diskussion/Slutsatser

Det är märkligt att inte någon uppföljning gjorts av de höga siffrorna (38 %) för otrygg anknätning från 1998. Rimligen borde det ansvaret åligga myndigheter som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (fram till 2013 Folkhälsoinstitutet). Det är inte osannolikt att siffrorna kan vara ännu högre i dag, eftersom andelen ettåriga barn som skiljs från sina föräldrar och lämnas till förskola har ökat från 34

²⁷ Barnombudsmannen. *Klara, färdiga, gå!* 2007, 79.

²⁸ Kägeson. "Sverige borde följa FN:s barnkonvention", 2005.

²⁹ Bremberg. *Barnrapporten*, 1998.

³⁰ Folkhälsoinstitutet. "Spädbarns anknätning", 2010.

³¹ Ibid.

³² Wikipedia. "Anknätningsteori", u.å.

³³ Bertolani. *Anknätningens komplexitet*, 2007, 6 & 7.

³⁴ Stenholm & Wass. *Att känna sig själv och andra*, 2012, 13.

³⁵ Killén. *Barndomen varar i generationer*, 2009, 20, 43 & 61.

³⁶ Rusanen. "Föräldrar bör få veta mer om små barns stress", 2017.

³⁷ Gustafsson Kubista. "Kortisolöverskott slår hårt mot naturlig DNA-process och psykisk hälsa", 2017.

procent år 1998 till 48 procent år 2015^{38 39}. Förmodligen skulle andelen med otrygg anknytning öka ytterligare om man undersökte barn som är äldre än 15 månader, med tanke på att anknytningsteorin betecknar tiden fram till tre-fyra års ålder som mycket känslig. Bland tvååringar har andelen inskrivna i förskola ökat från 60 procent år 1998 till 88 procent år 2015, bland treåringar från 64 procent till 92 procent⁴⁰⁴¹.

Men anknytningen är viktig även under mellanbarndomstiden (6-12 år). Ett nyckelord för denna period är tillgänglighet - att finnas till hands. Ju säkrare barn är på att deras föräldrar finns tillgängliga om/när de behövs, desto lugnare och tryggare känner de sig, desto friare är de att utforska världen. För att kunna vara tillgänglig - finnas till hands - krävs det att föräldern har tillräckligt med tid även för sina lite äldre barn. Då kan de skapa öar av samvaro i vilka barn och förälder kan berätta viktiga saker för varandra. För att skapa detta utrymme behövs tillgängligheten när barnet är redo eller behöver det, inte nödvändigtvis när den vuxne planerat eller har tid.⁴²

Sannolikt fortsätter anknytningen att vara viktig även i tonåren och tidig vuxenålder, eftersom den utgör grunden för en annan viktig faktor för psykisk hälsa, självkänsla, som provas hårt i dessa åldrar. Från åtta år och uppåt börjar självkänslan sjunka hos barn i takt med att de fäster alltmer vikt vid kamraters värderingar och samhällets normer, i tonåren sjunker den kraftigare för flickor än för pojkar⁴³.

2.3 Hjärnforskningen

När den svenska barnomsorgsmodellen utformades på 1970-talet var väldigt lite känt om hur barns hjärnor utvecklas. 90 procent av det vi vet om hjärnans funktion har vi lärt oss de senaste 15 åren⁴⁴.

När barnet föds är hjärnbarken, det yttre lagret i hjärnan som bär upp högre mentala funktioner som språk och medvetande, relativt outvecklad men sedan sker en kraftig tillväxt under de första levnadsåren. Den orbitofrontala barken, med vilken människan uppfattar och reglerar sina känslomässiga reaktioner, når sin kritiska tillväxtperiod när barnet är mellan nio och arton månader. Perioden inleds med en genetiskt styrd överproduktion av synapser, förbindelsepunkter mellan hjärnans celler. Det är via synapserna som hjärncellerna kommunicerar med varandra, och denna kommunikation är hjärnans sätt att lagra information och bygga upp fungerande kretsar och nätverk. Den första, genetiskt styrda fasen följs sedan av en andra fas som är miljöstyrd. Denna andra fas består i att synapserna beskärs: synapser som används förstärks och blir bestående, medan de som inte används försvagas eller faller bort.⁴⁵

Samtidigt sker "barnets psykologiska födelse", menar Allan Schore, psykoterapeut och forskare verksam vid UCLA i Kalifornien. Han har fått stort genomslag för sin teori som kopplar samman psykoanalytisk teori med neurobiologi, studiet av hjärnans uppbyggnad och utveckling och anknytningsteori. Det centrala begreppet i Schores teori är affektreglering. Det syftar på att barnets känslor, eller affekter, måste tas om hand och förstås ("regleras") av en omhändertagande förälder. Men denna psykologiska födelse kan bara ske i det känslomässiga samspelet med ett anknytningsobjekt. Som Schore beskriver det utgör föräldern och barnet ett enda psykobiologiskt system: föräldern fungerar som barnets ställföreträdande hjärnbark och barnets anknytningsrelation styr hur omfattande synapsbeskärningen blir i känsloregleringscentrum. En trygg anknytning leder till att synapsbildningen i denna del av hjärnan når sin fulla, "förväntade" omfattning; bortfallet av synapser håller sig inom det normala spannet. Barnet utvecklar då förmåga att trösta och lugna sig självt och införlivar i sig föräldrarnas trygga omvårdnad. På samma sätt kommer också en otrygg anknytning att sätta spår i hjärnans strukturer. Följden blir att "självets centrum", affektregleringssystemet, aldrig når vuxen kapacitet. Med andra ord, barnets "själv" stannar i utvecklingen när det berövas upplevelsen av trygghet i livets första skede.⁴⁶

³⁸ Skolverket. "Förskola – inskrivna barn 1995-2000", u.å.

³⁹ Skolverket. "Förskola - Barn och grupper – Riksnivå 2015", u.å.

⁴⁰ Skolverket. "Förskola – inskrivna barn 1995-2000", u.å.

⁴¹ Skolverket. "Förskola - Barn och grupper – Riksnivå 2015", u.å.

⁴² Föräldrastöd. "Anknytning", 2013.

⁴³ Stenholm & Wass. *Att känna sig själv och andra*, 2012, 16-17.

⁴⁴ Hjärnfonden. "Unga hjärnforskare får dela på över 6 miljoner kronor", 2012.

⁴⁵ Wennerberg. "I huvudet på ett litet barn", 2006.

⁴⁶ Ibid.

Otrygg anknytning i åldern ett-tre år är en riskfaktor för våldsamt beteende, enligt Adrian Raine, professor i kriminologi och psykiatri vid Pennsylvania-universitetet. I 35 år har han fotograferat hjärnorna på grova våldsbrottslingar och kommit fram till att seriemördare och psykopater har ett underutvecklat empaticentrum (amygdala) – där ett av tre viktiga områden är centrum för bra föräldraskap - vilket gör dem känslolösa.^{47 48}

Barns hjärnutveckling är beroende av föräldrelationen ända upp i 20-årsåldern. Forskare vid National Institute of Mental Health (NIMH) i Bethesda utanför Washington D.C. har undersökt hur den normala tonårshjärnan utvecklas. Genom att förstå de förändringar som sker i hjärnan vid den här åldern, får man en möjlighet att ingripa tidigt i psykisk ohälsa som börjar synas då.⁴⁹ Det visar sig att hjärnan mognar långsamt och att det är pannloberna som sist blir färdiga, först i 20-årsåldern. Detta ligger bakom att unga ofta har svårare än vuxna att sälla bland intryck och att planera framåt, och även att de ibland tar oproportionerligt stora risker med vuxna mått mätt. I kombination med ett överaktivt belöningscentrum har de också lättare att fastna för snabba belöningar, snarare än sådant som kan ge njutning på längre sikt.⁵⁰ Detta bidrar till att unga har lägre impulskontroll, empati och konsekvensmedvetande än äldre, generellt sett. Med en haltande bil-analogi kan den rubbade balansen i tonårshjärnan uttryckas som att en stark, högpotent motor ska samspela med riskabelt svaga bromsar och styrsystem.^{51 52}

Jay Giedd, psykiater och chef för hjärnavbildningen vid Child Psychiatry Branch vid NIMH, menar att forskningsrönen understryker vikten av närvarande föräldrar. Eftersom våra hjärnor är bättre på att lära genom exempel och genom att härma, kan föräldrar ofta påverka bättre genom små enkla saker i det dagliga livet. När föräldrar är med ungdomarna lär sig deras hjärna hur man blir vuxen, hur man tar nästa steg.⁵³

En stor internationell studie av hjärnstruktur och adhd visar att en adhd-hjärna utvecklas annorlunda och mognar långsammare. Delvis kommer den ikapp och adhd-symptomen minskar ofta med åldern, men då är det avgörande vilket stöd och stimulans man får och vilken förståelse man möts av när man växer upp.⁵⁴ För barn med neuropsykiatriska diagnoser som adhd, autism eller Aspergers syndrom (omfattar upp till sex procent av alla barn⁵⁵), kan stökiga/stora barngrupper i förskolan trigga igång störningar.⁵⁶

Diskussion/Slutsatser

Samtidigt som 48 procent av Sveriges ettåringar gick i förskola år 2015⁵⁷ befann sig deras hjärnor i den mest kritiska tillväxtperioden för känsloregleringssystemet, som gynnas av kontinuerlig närhet och trygg anknytning till en person. Genom särskiljandet från sina föräldrar vid denna tidpunkt löper ettåringarna därmed stor risk för sämre utveckling av dessa förmågor, vilket ger en förhöjd risk för framtida psykisk ohälsa. Detta berör sannolikt även äldre barn, eftersom tillväxtperioden fortsätter efter att den mest kritiska fasen är slut vid 18 månader. Professor Adrian Raines rön om kopplingen mellan otrygg anknytning och underutvecklat empaticentrum, innebär att såväl de 48 procent ettåringar som de 88 procent tvååringar och de 92 procent treåringar som gick i förskola år 2015 löper en ökad risk att bli våldsamma. Därtill torde hjärnutvecklingen hos de 94 procent fyra- och femåringarna i förskolan också kunna gynnas av mer tid med sina föräldrar, eftersom utvecklingen pågår ända upp i 20-årsåldern och närvarande föräldrar är en positiv faktor.

⁴⁷ Ennart. "Ondskan sitter i pannloben", 2013.

⁴⁸ Ennart. "Våldets anatomi", 2013.

⁴⁹ National Institute of Mental Health, *The Teen Brain: Still Under Construction*, 2011, 8.

⁵⁰ Fredholm. "Tonårshjärnan baxnar", 2007.

⁵¹ Pålshammar. "Tonårshjärnan, risk och sex", 2010.

⁵² Braw. "Ungdom, mognad och hjärnforskning", 2011.

⁵³ National Public Radio. "Understanding The Mysterious Teenage Brain", 2011.

⁵⁴ Bölte et al. "Dags att sluta ifrågasätta adhd", 2017.

⁵⁵ Kunskapsguiden.se. "Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar", u.å.

⁵⁶ Berglund & Pettersson. *Att ha barn med ADHD, autism eller Aspergers syndrom i förskolan*, 2011, 6.

⁵⁷ Skolverket. "Förskola - Barn och grupper - Riksnivå 2015", u.å.

2.4 Mentaliseringsforskningen

Mentalisering innebär förståelsen av sitt eget och andras inre liv. Förmågan utvecklas i samspel med andra människor och är, precis som språkutveckling, beroende av viss kritisk stimuli för att kunna utvecklas. Kritisk stimuli verkar vara till exempel exponering för samtal som refererar till mentala tillstånd. Vid konsekvent brist på sådan stimulans har försening i mentaliseringsutvecklingen hos barn kunnat observeras. Studier har visat på kopplingar mellan relationellt samspel mellan barn och primära anknytningsobjekt i tidiga år och möjlighet att använda mentaliseringsförmågan ändamålsenligt och effektivt i vuxenålder.⁵⁸

Mentaliseringsteorin utgår från antagandet att barnet föds med en förväntan om att bli sett och förstått. Upplevelsen av att vara ett enhetligt själv utvecklas inte automatiskt i takt med barnets ökade kognitiva mognad. Det är i stället föräldern som, med sin mentaliserande förståelse, binder ihop barnets olika självtillstånd, som "håller" eller "fyller i" barnets ofärdiga psykiska strukturer genom att tillskriva barnet inre mentala tillstånd som känslor, impulser och önskningar. Det är just därför som anknytningen är så viktig: det är här, i det känslomässiga samspelet med den vuxna anknytningspersonen, som den sociala hjärnan når sin fulla utveckling. Forskningen visar att trygg anknytning främjar barnets mentaliseringsförmåga, men också att det är föräldrarnas förmåga att mentalisera kring barnet, att leva sig in i och förstå barnets inre psykologiska tillstånd, som skapar den trygga anknytningen.⁵⁹

Mentaliseringsförmågan tillmäts i dag en ständigt växande betydelse, på allt fler områden inom psykologin. I stort sett alla psykiska svårigheter och psykiatriska diagnoser kan förstås som uttryck för att mentaliseringsförmågan brister på olika sätt. Det är i de första anknytningsrelationerna som individens förmåga att mentalisera grundläggs och utvecklas. Och det är också här, i anknytningsrelationen, som utvecklingen lätt kan gå fel, eftersom förmågan till mentalisering är sårbar och starkt beroende av trygghet och omsorg för att utvecklas väl.⁶⁰

För barn med den neuropsykiatriska diagnosen adhd (upp till fem procent av alla barn⁶¹) minskar mentaliseringsförmågan eller stängs av helt i stressframkallande grupsituationer. Förmågan att mentalisera hänger samman med hjärnans mognad, vilket i sin tur påverkas av om barnet haft en trygg eller otrygg anknytning. Forskaren Jonathan Green har funnit att otrygg anknytning kan förstärka adhd-symptom och även i sin tur att adhd kan göra ett barn mer känsligt för att utveckla otrygg anknytning.⁶²

Diskussion/Slutsatser

Enligt SCB:s färskaste tidsstudie 2010/2011⁶³ ägnade sammanboende mammor till barn i åldrarna 0-6 år i genomsnitt 6 minuter/dag åt samtal med dem utan annan samtidig aktivitet, vilket oftast är nödvändigt för förtroliga samtal om mentala tillstånd. Papporna till dessa barn hann med 2 minuter/dag. Detta är sammanlagd tid oavsett antal barn. Snittet för förskoleföräldrar är sannolikt ännu lägre eftersom statistiken inkluderar föräldralediga. Oavsett detta, framstår tiden som alltför knapp för djupare samtal. I kombination med att de flesta barn går i förskola och inte fått kontinuerlig närhet till en förälder under åtminstone de tre första åren, vilket är viktigt för trygg anknytning, blir möjligheterna att utveckla en god mentaliseringsförmåga helt otillräckliga för många barn.

⁵⁸ Söderdahl & Winbladh. *Känslotankar. Om mentalisering och KASAM hos barn*, 2010, 7 & 10.

⁵⁹ Wennerberg. "Vi är våra relationer", 2008.

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Kunskapsguiden.se. "Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar", u.å.

⁶² Wiklund. "Mentalisering och anknytning hos barn med diagnosen ADHD", 2012, 51.

⁶³ SCB. *Levnadsförhållanden rapport 123, Nu för tiden*, 2012, 168 & 178.

2.5 Forskning kring självkänsla

Självkänslan är psykets fundament. Den dansas i och med den tidiga utformningen av självet, när frågan "vem är jag?" gradvis söker sitt svar i ett växelspel mellan barnet och dess vårdare. En nära och obruten relation till en person, oftast mamman, tidigt i barndomen är en förutsättning för att ett barn inte ska fara psykiskt illa senare i livet.⁶⁴

Många psykologer och psykoterapeuter är överens om att en god självkänsla grundläggs under barndomen och uppväxten. Att uppleva sig älskad, sedd och accepterad som man är av viktiga närstående anses vara viktiga faktorer för att utveckla en sund självkänsla.⁶⁵

Det vanligaste sättet att se på självkänslan är att betrakta den som en skyddande buffert. Den kan liknas vid en resurs som gör individen rustad att möta och hantera krävande omständigheter. En god självkänsla skyddar vid motgångar, kriser och förluster i både relationer och yrkesliv. Stressforskning har visat att låg självkänsla i högre grad är kopplat till stressupplevelse under fysisk och psykisk anspänning medan en hög självkänsla i högre grad är relaterat till upplevelse av hopp och optimism under påfrestning. Självkänslan tycks i hög grad vara kopplad till det psykologiska välbefinnandet. Sambandet mellan uppmätt självkänsla och psykiskt mående är också välbelagt i många studier.⁶⁶

Bra självkänsla är viktigare i dag än det har varit tidigare, och det har att göra med två processer. Å ena sidan individualiseringsprocessen i samhället, där var och en är utlämnad till att hantera saker själv, att välja mellan många olika alternativ. Den andra processen är att man mycket mer än tidigare är hänvisad till att lita på människor som man inte känner och lita på system som man inte begriper eller har inblick i. Att ha tillit till andra människor och hela systemet av experter är grundbulten i vårt radikalt moderniserade samhälle.⁶⁷

Självkänslan påverkas negativt om man inte blir sedd alls under uppväxten, till exempel om ens föräldrar eller de man växer upp med inte är hemma så mycket, om de är sjuka, missbrukar eller har för mycket i sina egna liv för att hinna och orka se sina barn. Självkänsla och självförtroende är inte samma sak. Självförtroende har med prestationer att göra, alltså hur mycket man tror på att man ska klara av saker. Självkänslan handlar om hur man ser på vem man är innerst inne med både sina starka och svaga sidor.⁶⁸

Självkänslan är själva grunden i huset människan. Är den dålig måste vi kompensera och det kostar på, menar Pirkko Laine som är psykolog och psykoterapeut. Att överprestera ser hon som en kompensation för dålig självkänsla. Ett annat sätt att kompensera är genom det yttre. Personen känner sig värdefull av att ha ett vackert utseende, en smal kropp, mycket pengar, social kompetens eller en framgångsrik make/maka, lyckade barn eller ett vackert hem. Det går alltså att ha ett hejdundrande självförtroende men samtidigt sakna självkänsla. Däremot är det svårare [ovanligare] att ha självkänsla och vara utan självförtroende.⁶⁹

Diskussion/Slutsatser

För att uppskatta hur många unga som har dålig självkänsla kan man utgå från Skandias studie som visar att 44 procent av ungdomar i åldrarna 15–24 år saknar bra självförtroende⁷⁰. Eftersom det är ovanligt att någon som saknar självförtroende ändå har god självkänsla⁷¹, kan man dra slutsatsen att minst 44 procent även har dålig självkänsla. Sannolikt är det ännu fler då det är vanligt att kompensera dålig självkänsla med att utveckla gott självförtroende. Den extrema fokuseringen på utseende bland unga i dag är ett tydligt tecken på detta.

⁶⁴ Rose. "I am special I am special", 2008.

⁶⁵ Psykologiguiden. "Självkänsla", u.å.

⁶⁶ Stenholm & Wass. *Att känna sig själv och andra*, 2012, 18.

⁶⁷ Rose. "Det behövs ett vi för att bli ett jag", 2008.

⁶⁸ UMO. "Självkänsla", u.å.

⁶⁹ Frithiof. "Dålig självkänsla ger sämre livskvalitet", 2009.

⁷⁰ Skandia. *Ungdomsrapporten 2013*, 2013, 9.

⁷¹ Frithiof. "Dålig självkänsla ger sämre livskvalitet", 2009.

2.7 Forskning kring KASAM - Känsla Av SAMmanhang

Vad är det som gör att människor blir och förblir friska trots svåra påfrestningar i livet? Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, har forskat kring detta sedan 1970-talet och kommit fram till svaret: KASAM (Känsla Av SAMmanhang). Graden av KASAM ligger till grund för var vi befinner oss på en skala mellan polerna frisk och sjuk. Begreppet omfattar tre delkomponenter, nämligen i vilken utsträckning individen upplever att:

- det som sker i och utanför individen är förutsägbara, begripliga och strukturerade skeenden (begriplighet)
- de resurser som dessa skeenden kräver finns tillgängliga (hanterbarhet)
- livets utmaningar är värda att investera sitt engagemang i (meningsfullhet).⁷²

Den viktigaste komponenten är meningsfullhet, vilket kan belysas då till exempel en individ visar högt värde i begriplighet och hanterbarhet, men inte i meningsfullhet. Det vill säga att det i slutändan inte spelar någon roll hur begriplig och hanterbar en situation uppfattas för individen om den inte känns meningsfull, individen tappar då motivationen att bearbeta situationen. Ungdomar som växer upp i barncentrerat föräldraskap, där föräldrarna möter ungdomarnas utvecklingsnivå och behov genom ålderslämpliga krav samt känslomässigt stöd och familjär miljö, upplever högre KASAM än andra.⁷³

Maktlöshet är en av de främsta förklaringarna till att många ungdomar mår dåligt, säger folkhälsoforskaren Lars Jerdén. Forskarna i projektet har funnit att de allra viktigaste hälsofaktorerna för ungdomar är de som skapar möjligheter att själv påverka hur man mår.⁷⁴

God mentaliseringsförmåga respektive hög KASAM är skyddande faktorer för individen som ökar sannolikheten för psykisk hälsa och välmående. Antonovsky beskriver hur en individs KASAM-nivå utvecklas och hänvisar vad gäller begriplighet till bland annat John Bowlbys teorier om anknytning som: "givit oss en gedigen grund för att förstå hur barnet utvecklas i samspel med sin omvärld". Barnet kan samspela på ett sätt som främjar stabila och förutsägbara svar och efterhand känna sig förvisst om att dess fysiska och sociala värld inte ständigt kommer förändras. Också hanterbarhet och meningsfullhet beskrivs främjat av ett adekvat bemötande från vårdnadsgivare och andra i barnets närhet. Som exempel ges att barnet bör få rimliga krav ställda på sig och uppmuntras och bli bemött i sina egna initiativ för att på så sätt få en rimlig belastningsbalans. En känsla av meningsfullhet kommer ur kvaliteten på gensvaret från dem som omger barnet. Den springande punkten är om gensvaret är inbäddad i positiv affekt. Kylighet, fientlighet och likgiltighet förmedlar ett tydligt budskap av nedvärdering, även när uppenbara fysiologiska behov tillgodoses. Lek, beröring, omtanke och tonfall förmedlar att "du är betydelsefull för oss".⁷⁵

Diskussion/Slutsatser

Den mest positiva formen av affekt är kärlek, vilket barnet kan få naturligt från föräldrar men inte från förskolepersonal. Risker för det motsatta, likgiltighet, har ökat i takt med barngruppernas storlek.

Eftersom KASAM återkommande används som en måttstock i undersökningar om psykisk hälsa från bland annat Socialstyrelsen och Skolverket, är det märkligt att myndigheterna inte lyfter fram och försöker främja en av de viktigaste faktorerna som gynnar KASAM: nära relationer mellan barn och föräldrar.

⁷² Wikipedia. "Känsla av sammanhang", 2013.

⁷³ Ring & Risberg. *Elevers upplevda meningsfullhet i livet i allmänhet och i skolan*, 2013, 4 & 11.

⁷⁴ Wallskär. "Stora insatser krävs mot ungas ohälsa", 2012.

⁷⁵ Söderdahl & Winbladh. *Känslotankar. Om mentalisering och KASAM hos barn*, 2010, 7 & 10.

2.8 Forskning om högekänslighet

Den amerikanska psykologen Elaine Aron har forskat om högekänslighet sedan 1991 och skrivit ett stort antal böcker om sina rön, som gjort henne till världens ledande expert i ämnet. Hon har funnit att 15–20 procent av alla människor föds med ett nervsystem som är känsligare än hos genomsnittet. Detta är ingen defekt utan ett naturligt personlighetsdrag som skapats av evolutionen för att det är nödvändigt för artens överlevnad och återfinns i samma omfattning hos alla slags djur. Högekänsliga personer tar in en mycket större mängd intryck och stimuli från sin omgivning än icke högekänsliga, samt bearbetar informationen längre och djupare. Detta leder till att de lätt blir överstimulerade och emellanåt behöver dra sig undan för att få vara ifred.⁷⁶

Högekänsliga barn blir lätt förskräckta och ogillar högljudda platser. De föredrar stillsamma lekar, brukar inte uppskatta överraskningar och har svårt att klara stora förändringar. Få föräldrar och lärare förstår det här karaktärsdraget, vilket resulterar i att högekänsliga barn ofta stämplas som "problembarn" och ibland felaktigt diagnosticeras med ADD (Attention Deficit Disorder) eller Asperger. Högekänsliga barn som fått en otrygg anknytning drabbas oftare av psykisk ohälsa än icke högekänsliga med otrygg anknytning. Med en trygg anknytning har högekänsliga visat sig klara livets utmaningar till och med bättre än icke-högekänsliga med trygg anknytning. De är också ovanligt noggranna, kreativa, empatiska samt har en förmåga att läsa mellan raderna och upptäcka saker före andra.^{77 78 79}

Diskussion/Slutsatser

Uppåt 100 000 av de drygt 500 000 barn som var inskrivna i förskolan år 2015 var högekänsliga och hade sannolikt större svårigheter att finna sig tillrätta där än andra. De löpte också en ännu större risk för framtida psykisk ohälsa än icke högekänsliga barn, ifall de inte hade hunnit utveckla en trygg anknytning innan förskolestarten.

2.9 Forskning om introversion

Forskningen om introversion fick sitt genombrott 1921 då psykologen och psykiatern Carl Jung publicerade sin bok om personlighetstyper. Baserat på hans rön utvecklades på 30-talet personlighetstestet Myers-Briggs Type Indicator, som numera är ett av världens mest använda. Erfarenheterna av över 70 års tillämpning av MBTI visar att 50,7 procent av befolkningen är introvert. Siffrorna är beräknade på USA:s befolkning, men uppskattas ligga på samma nivå i Europa.⁸⁰

En något lägre uppskattning, 33-50 procent, presenterar författarinnan Susan Cain i en mycket uppmärksam bok om introverta som publicerades 2013. Hon beskriver introverta som människor som hämtar sin energi företrädesvis genom att vara för sig själva medan extroverta helst laddar batterierna genom att umgås med andra människor. Det betyder inte att introverta är asociala, de fyller bara sina sociala behov snabbare än extroverta. I stället har de större behov av att göra saker ensamma och en sak i taget, inre reflektion och återhämtning. I gengäld är de mer tålmodiga, analytiska och kreativa. Andelen introverta (och extroverta) har utvecklats genom evolutionen till en nivå som säkrar högsta möjliga överlevnad för vår art/civilisation; båda personlighetsdragen behövs och fyller viktiga funktioner. Sedan början av 1900-talet har vi dock utvecklat en alltmer utpräglad extrovert samhällskultur och människoideal som värderar vad vi gör [kopplat till självförtroende] - prestationer, utseende och materiella attribut - snarare än den vi är, vår karaktär [kopplat till självkänsla]. Denna utveckling avspeglas bland annat i utformningen av våra skolor [inkl förskolor] och arbetsplatser med mycket grupparbeten, möten och mingel, vilket inte är gynnsamt för introvertas behov och förmågor.^{81 82}

⁷⁶ Aron. "The Highly Sensitive Person", 2005.

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Aron. "Högekänslighet", u.å?.

⁷⁹ Aron. *Sensitive - the untold story*. 2015.

⁸⁰ The Myers & Briggs Foundation. "How Frequent Is My Type?".

⁸¹ Cain. *The power of introverts*, 2012.

⁸² Cain. *Tyst. De introvertas betydelse i ett samhälle där alla hörs och syns*, 2013, 15, 16, 19, 24-26, 38-39, 98-99, 101-102, 187-189.

Diskussion/Slutsatser

Även om många högkänsliga är introverta så är inte alla introverta högkänsliga. Cain skriver att den senare andelen är okänd, men den går att räkna ut utifrån övriga kända fakta: Av de 15-20 procent av befolkningen som är högkänsliga, är 70 procent introverta och resterande 30 procent extroverta.⁸³ De högkänsliga introverta ingår i den stora gruppen introverta som uppgår till totalt 33-50,7 procent av befolkningen, enligt Cain/MBTI. Gruppen högkänsliga extroverta utgör ytterligare 4,5-6 procent av befolkningen (30 % av 15-20 %). Läger man ihop alla introverta (högkänsliga och icke-högkänsliga; 33-50,7 %) med alla högkänsliga extroverta (4,5-6 %) blir det totalt 37,5-56,7 procent av befolkningen som är introverta och/eller högkänsliga. Det betyder att mellan drygt en tredjedel och drygt hälften av alla barn har ett större behov av lugn och ro och att få vara för sig själva snarare än i stora barngrupper. De löper därför en större risk att inte få sina behov tillfredsställda i dagens barnomsorgsmodell och utveckla framtida psykisk ohälsa.

⁸³ Aron. "The Highly Sensitive Person", 2005.

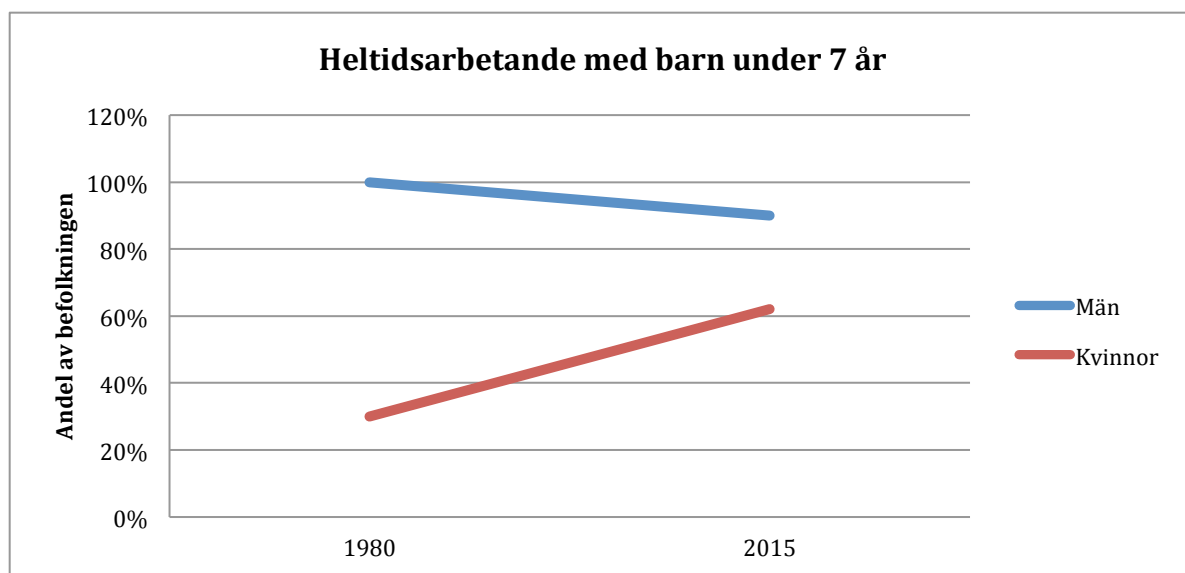
3 Resultatredovisning barnomsorg och hälsoeffekter

Här redovisas utfallet av den svenska barnomsorgsmodellen som innebär att andra än föräldrarna tar hand om barnen, i första hand förskolan, så att båda föräldrar i stället för en kan arbeta och därmed inbringa extra skatteintäkter till staten. Samtidigt betalar kommunerna den största delen av förskolans driftskostnader. Därutöver bidrar modellen till en ökad sjuklighet bland barn och föräldrar, samt ökad psykisk ohälsa bland unga.

3.1 Inkomstskatt från förskoleföräldrar

Trend

Kvinnor arbetar mer idag än för 30 år sedan och detta gäller särskilt kvinnor med barn i förskoleåldern. Under perioden 1980-2007 har andelen heltidsarbetande kvinnor ökat från 30 till 50 procent, medan heltidsarbete har varit normen för män under hela perioden.⁸⁴ År 2015 arbetade 62 procent av kvinnor med barn under sju år heltid, vilket motsvarar en ökning med 107 procent sedan 1980. Bland män med barn i samma åldrar arbetade 90 procent heltid, en minskning med 10 procent.⁸⁵



Källor: Angelov, Nikolay, Johansson, Per, Lindahl, Erica och Lindström, Elly-Ann. *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro, 2011, 1 & 9*; SCB. "Heltidsarbetande med barn under 7 år 2007 & 2015", u.å.

Antal & intäkt

År 2015 var 507 263 barn inskrivna i förskolan (inklusive pedagogisk omsorg).⁸⁶ Antalet föräldrapar till dessa barn var något färre, 405 811, eftersom flera barn var syskon. Räknar man bort föräldralediga, arbetslösa och studerande som har rätt att ha sina barn på förskola trots att det inte ger några extra skatteintäkter, återstår 303 622 föräldrapar till barn i förskolan där båda arbetade i stället för att en av dem - 303 622 mammor/pappor - var hemma med sina barn. Detta inbringade 31 479 528 960 kronor extra i skatteintäkter åt staten och kommunerna, baserat på SCB:s uppgifter om medelinkomstskatten på förvärvsinkomster⁸⁸ år 2015 och med hänsyn tagen till att föräldrar med flera barn på förskola genererar mindre i skatteintäkter räknat per barn.

⁸⁴ Angelov, Nikolay, Johansson, Per, Lindahl, Erica och Lindström, Elly-Ann. *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro, 2011, 1 & 9*.

⁸⁵ SCB. "Heltidsarbetande med barn under 7 år 2007 & 2015", u.å.

⁸⁶ Skolverket. "Förskola - Barn och grupper - Riksnivå 2015", u.å.

⁸⁷ Skolverket. "Pedagogisk omsorg - Barn och grupper - Riksnivå 2015", u.å.

⁸⁸ SCB. "Medelvärde för de som betalar skatt 2015", u.å.

Diskussion/Slutsatser

Man kan ifrågasätta om det egentligen ger några extra skatteintäkter när föräldrar väljer att arbeta och ha sina barn i förskola i stället för att en av dem är hemma med barnen. Sannolikt hade staten och kommunerna ändå fått åtminstone en del av dessa skatteintäkter eftersom någon annan skulle ha fått föräldrarnas jobb, vilket därmed även skulle bidra till lägre arbetslöshet. Men för en generös värdering av den svenska barnomsorgsmodellen tas detta ändå upp som intäkter.

För beräkningar, se Bilaga 1.

3.2 Förskolesubventioner

Trend

Den totala kostnaden för förskolan har ökat successivt under flera år och mer än antalet barn och personal. Mellan år 2000 och 2014 ökade kostnaderna med 105 procent. Under samma period ökade antalet barn med 54 procent och personalen, räknat i antal årsarbetare, med 57 procent.⁸⁹

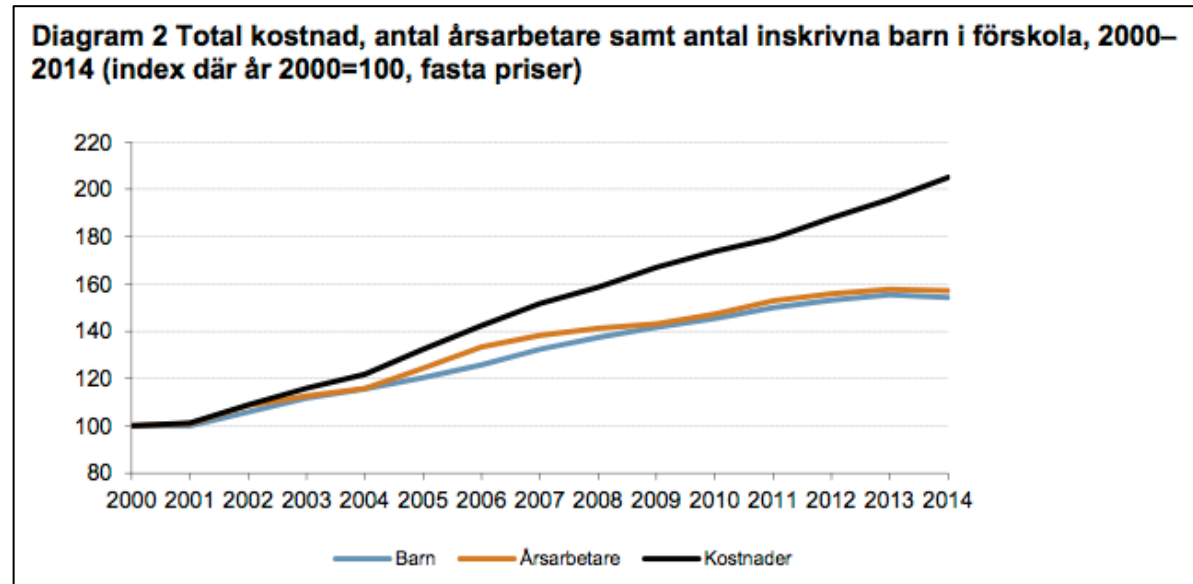
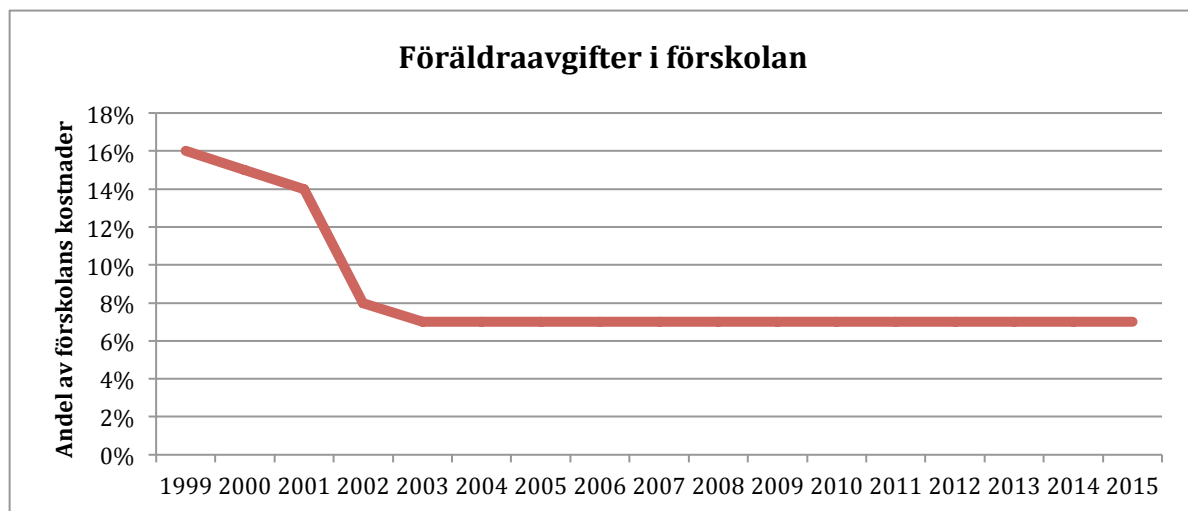


Diagram ur Skolverkets rapport *Kostnader för skolväsendet och annan pedagogisk verksamhet 2014*, publicerad 2015.

Samtidigt har barnomsorgsavgiften som föräldrar betalar minskat i förhållande till förskolekostnaden efter införandet av maxtaxa år 2002⁹⁰, vilket innebär att kommunerna i dag står för en större andel av de totala kostnaderna. Mellan 1999 och 2003, då maxtaxan infördes, sjönk avgiftsfinansieringsgraden från 16 procent till 7 procent och har sedan legat fast på denna nivå.^{91 92 93 94 95 96}



Källa: SCB. *Kommunernas hushållning med resurser 2002, 2003, 11; Kommunernas hushållning med resurser 2007, 2008, 12; Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, 2012, 10; Kommunernas finanser 2013, 2014, 26; "Kommunernas finanser 2014", 2015; "Kommunernas finanser 2015", 2016.*

⁸⁹ Skolverket. *Kostnader för skolväsendet och annan pedagogisk verksamhet 2014*, 2015, 5.

⁹⁰ Wikipedia. "Maxtaxa inom skolbarnsomsorgen och förskoleverksamheten i Sverige", u.å.

⁹¹ SCB. *Kommunernas hushållning med resurser 2002, 2003, 11.*

⁹² SCB. *Kommunernas hushållning med resurser 2007, 2008, 12.*

⁹³ SCB. *Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, 2012, 10.*

⁹⁴ SCB. *Kommunernas finanser 2013, 2014, 26.*

⁹⁵ SCB. "Kommunernas finanser 2014", 2015.

⁹⁶ SCB. "Kommunernas finanser 2015", 2016.

Antal/kostnad

År 2015 uppgick kommunernas totala kostnad för förskolan (inklusive familjedaghem) till 69 759 325 000 kronor.⁹⁷ Detta är dock en bruttokostnad, där kommunerna inte dragit av föräldrars barnomsorgsavgifter, vilka uppgick till totalt 4 040 000 000 kronor.⁹⁸ Kommunernas nettokostnad år 2015 för förskolan blir därmed 65 719 325 000 kronor, vilket motsvarar en årskostnad på 129 557 kronor/barn eller en månadskostnad på 10 796 kronor/barn.

Diskussion/Slutsatser

Trots att kostnaderna ökat mer än antalet barn och personal i förskolan, har verksamhetens kvalitet försämrats på många håll. Större barngrupper, underbemanning, utbildad personal⁹⁹ och Sveriges sjukaste yrkeskår¹⁰⁰ tillhör vardagen men alltför ofta rapporteras det även om exempelvis borttappade barn¹⁰¹ och pedofilövergrepp¹⁰². Kraven på att åtgärda dessa problem är naturligtvis berättigade, men det är också befogat att fråga hur mycket mer förskolan då skulle kosta kommunerna? Och om det är värt det eller om man kan få annan barnomsorg som är lika bra eller bättre för samma eller mindre kostnad?

Kostnaderna kommer dessutom att öka ytterligare när pedagogisk omsorg (tidigare kallat familjedaghem) försvinner, vilket varit en öppet uttalad strategi i Socialdemokraternas familjepolitik sedan år 2006¹⁰³. Andelen barn i pedagogisk omsorg har minskat under många år, så även det senaste året. År 2009 utgjorde de 4 procent av alla barn i åldrarna 1-5 år, år 2015 var de 2 procent.¹⁰⁴ En plats i pedagogisk omsorg kostar kommunerna 113 200 kronor/år brutto innan avdrag för föräldraavgifter¹⁰⁵, vilket är mindre än bruttokostnaden i förskola, 139 200 kronor/år. För varje barn som går över från pedagogisk omsorg till förskola ökar därmed kommunernas kostnader med 26 000 kronor/år.

Det är däremot inte rimligt att man - som vissa försvarare av den svenska barnomsorgsmodellen hävdar - ska dra av kommunens skatteintäkter från förskolepersonalen ifrån kommunens kostnader för förskolan eller bokföra dem på intäktssidan i resultaträkningen för barnomsorgen. Ett sådant antagande förutsätter att dessa personer inte är anställningsbara och kompetenta nog att få ett annat arbete. Det utgår också från en vrånbild av att förskolan är till för att personalen ska ha arbete. Skulle man tillämpa det resonemanget på exempelvis ett sjukhus skulle man anställa vårdpersonal för att de behöver jobb, inte för att patienter behöver vård.

Det är också svårt att finna ett ekonomiskt värde för kommunerna i att låta barn till föräldralediga gå i förskolan. År 2015 kostade detta kommunerna 9 716 775 000 kronor, vilket är en ren merkostnad eftersom det inte ger någon extra skatteintäkt tillbaka. Dessutom minskar det möjligheterna till en god anknytning mellan det äldre och yngre syskonet.

Kostnaderna för förskolan kommer att öka ytterligare när regeringen från år 2016 tillför ett statsbidrag på 830 miljoner kronor till förskolorna för att minska barngrupperna och öka personaltätheten.¹⁰⁶

För beräkningar, se Bilaga 1.

⁹⁷ Skolverket. "Samtliga verksamheter - Kostnader - Riksnivå 2015", u.å.

⁹⁸ SCB. "Kommunernas finanser 2015", 2016.

⁹⁹ Tallberg Broman & Pramling Samuelsson. "Ministrar missar förskolans största problem", 2015.

¹⁰⁰ Passanisi. "Personalen går på knäna", 2014.

¹⁰¹ Lidman. "Enormt många dagisbarn tappas bort varje år", 2010.

¹⁰² Fritze. "Pedofilmisstänkt har jobbat på 26 förskolor", 2015.

¹⁰³ Lidman. "Barn mellan ett till tre år behöver omsorg - inte skola", 2013.

¹⁰⁴ Skolverket. "Pedagogisk omsorg - inskrivna barn 2009-2015", u.å.

¹⁰⁵ Skolverket. "Samtliga verksamheter - Kostnader - Riksnivå 2015", u.å.

¹⁰⁶ Hallengren & Fridolin. "S och MP: Så vill vi stärka förskolan", 2015.

3.3 Ökad sjuklighet bland förskolebarn

Antal & kostnad

År 2015 betalade Försäkringskassan ut 3 346 645 686 kronor för tillfällig vård av barn (VAB) i åldrarna 0-5 år i 3 500 220 nettodagar.^{107 108} Vanligast var att dagar betalades ut för barn som är två år¹⁰⁹, det vill säga under det första året som de flesta barn går på förskola.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

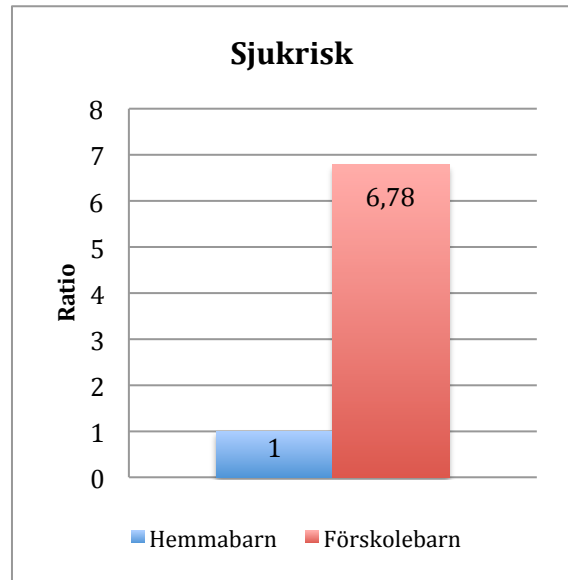
Risken att bli sjuk är 6,78 gånger större för förskolebarn än för hemmabarn.¹¹⁰

Diskussion/Slutsatser

VAB för barn i åldrarna 0-5 år är en merkostnad av institutionell barnomsorg som inte uppstår vid barnomsorg i hemmet, då det redan finns en förälder där som kan ta hand om det sjuka barnet. Därtill tillkommer merkostnader för landstingen i form av ökade behov av vård och medicin, men detta är dock inte inräknat här. Om ovanstående barn hade fått barnomsorg i hemmet hade de bara varit sjuka 516 257 dagar, vilket inte hade kostat någonting i VAB. Dessutom vore det sannolikt även en långsiktig besparing för landstingen eftersom ökad sjuklighet i virusinfektioner kan leda till ökad risk för onödig användning av antibiotika samt bakteriella komplikationer. Socialstyrelsen konstaterade 2008 att konsumtionen av antibiotika ökat hos förskolebarn de senaste 15 åren¹¹¹.

Om denna rapport hade varit en samhällsekonomisk analys i stället för en statsfinansiell, skulle även arbetsgivarens kostnader vid VAB ha räknats in. Det kan gälla produktionsbortfall, uteblivna intäkter och/eller extra kostnader för ersättare. Dessutom skulle föräldrarnas lönebortfall vid VAB inkluderas. Det uppgår till 20 procent av den sjukpenningsgrundande inkomsten, vilket år 2015 blev 836 661 422 kronor. Samtidigt gick staten miste om skatteintäkter baserat på detta belopp.

För beräkningar, se Bilaga 1.



Källa: Socialstyrelsen. Smitta i förskolan. Kunskapsöversikt, 2008, 18.

¹⁰⁷ Försäkringskassan. "Tillfällig föräldrapenning månadsstatistik – utbetalt belopp", 2016.

¹⁰⁸ Försäkringskassan. "Tillfällig föräldrapenning för vård av barn. Utbetalningar och ersättningsperioder", u.å.

¹⁰⁹ Försäkringskassan. "Socialförsäkringen i siffror 2016", 2016, 40.

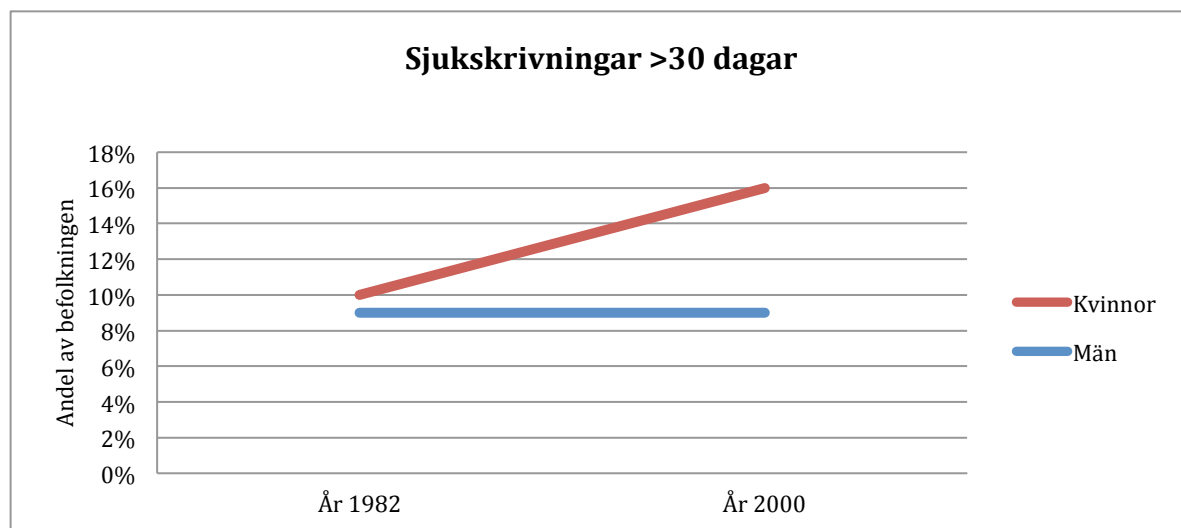
¹¹⁰ Socialstyrelsen. Smitta i förskolan. Kunskapsöversikt, 2008, 18.

¹¹¹ Ibid.

3.4 Ökade sjukskrivningar bland föräldrar

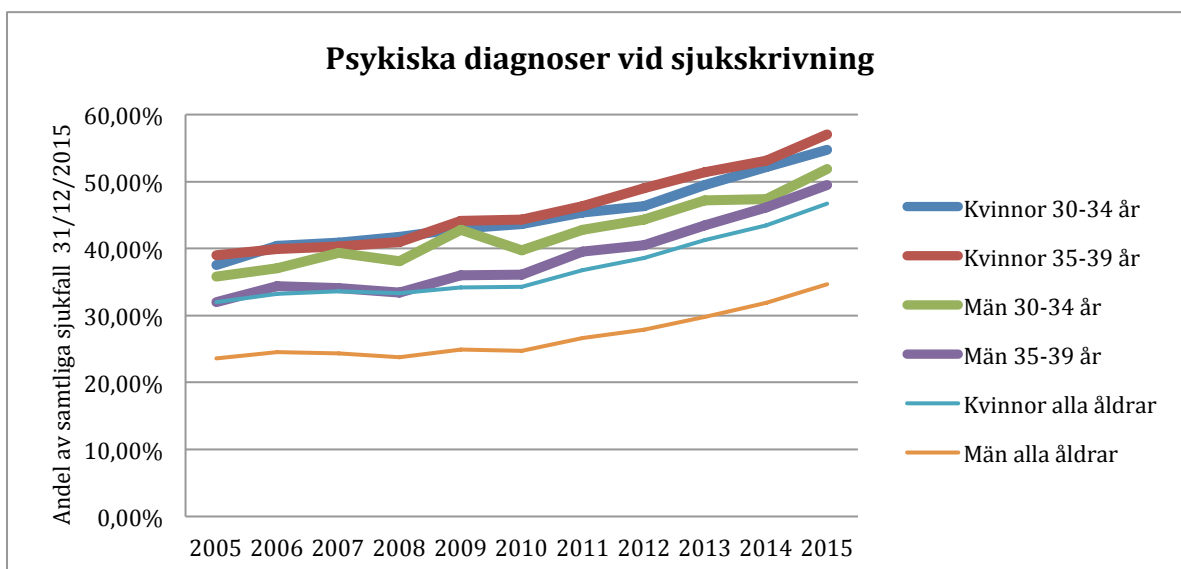
Trend

Kvinnor har genomgående haft en högre sjukfrånvaro än män sedan i mitten av 1980-talet och skillnaden har ökat under en stor del av de senaste 30 åren. 1982 hade cirka 10 procent av kvinnorna och drygt 9 procent av männen sjukskrivningar längre än 30 dagar. År 2000 hade kvinnornas andel ökat till nära 16 procent medan männen låg kvar på tidigare nivå.¹¹² Detta motsvarar en ökning med cirka 60 procent för kvinnorna.



Källa: Angelov, Nikolay, Johansson, Per, Lindahl, Erica och Lindström, Elly-Ann. Kvinnors och mäns sjukfrånvaro, 2011.

Psykiska diagnoser har blivit den vanligaste orsaken till sjukskrivningar bland både kvinnor och män och risken är störst i åldrarna 30–39 år.¹¹³ År 2015 låg en psykisk diagnos till grund för 55 procent av sjukfallen bland kvinnor i åldrarna 30-34 år och för 57 procent i åldrarna 35-39 år. Bland männen var motsvarande siffror 52 procent (30-34 år) och 50 procent (35-39 år). I befolkningen som helhet var genomsnittet 47 procent bland kvinnor och 35 procent bland män.¹¹⁴



Källa: Försäkringskassan. "Pågående sjukfall per det sista datumet i varje kvartal med fördelning efter diagnos och åldersklass", u.å.

¹¹² Angelov, Nikolay, Johansson, Per, Lindahl, Erica och Lindström, Elly-Ann. Kvinnors och mäns sjukfrånvaro, 2011, 18, 19, 20.

¹¹³ Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser, 2014, 5 & 7.

¹¹⁴ Försäkringskassan. "Pågående sjukfall per det sista datumet i varje kvartal med fördelning efter diagnos och åldersklass", u.å.

Antal & kostnad

År 2015 tog kvinnor i åldrarna 30-39 år ut 9 339 000 sjukpenningdagar, medan män i samma åldrar tog ut 4 026 000 dagar.¹¹⁵ Kvinnorna tog därmed ut 5 313 000 fler sjukpenningdagar än männen, vilket är mer än dubbelt så många dagar (132 % fler). Statens totala kostnad för mersjukskrivningar av kvinnor 30-39 år blev 2 470 545 000 kronor år 2015.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

För både kvinnor och män är risken att påbörja sjukfall med psykisk diagnos högst i åldern 30-39 år¹¹⁶, vilket är den vanligaste åldersgruppen för småbarnsföräldrar.

Den högre sjukfrånvaron bland kvinnor ser ut att hänga samman med deras arbetskraftsdeltagande. Kvinnor arbetar mer idag än för 30 år sedan och detta gäller särskilt kvinnor med barn i förskoleåldern. Efter att barnet har fyllt ett år börjar kvinnors genomsnittliga sjukfrånvaro stiga brant för att komma upp till ungefär det dubbla jämfört med männens då barnet är runt två år gammalt [när de flesta barn börjat förskola]. Skillnaden består upp till 15 år efter barnets födsel. Under barnets första år [när oftast mamman är hemma] är däremot kvinnor mindre sjukfrånvarande än män.¹¹⁷

Diskussion/Slutsatser

Kvinnors högre sjukfrånvaro har alltså ökat parallellt med att de fått mindre tid med barnen. Eftersom kvinnor historiskt har tillbringat mer tid med dem, har de sannolikt närmare till hands att förstå att barnen fortfarande behöver mer tid med sina föräldrar än vad familjepolitiken ger utrymme för och försöker ge dem det ändå – med stressjukdomar som påföljd. Att tiden inte räcker till bekräftas även av att alltfler heltidsarbetande pappor som tar ett större ansvar för barn och hem också blir mer sjukskrivna, medan en arbetsfördelning där en förälder är huvudförsörjare och en förälder är huvudansvarig i hemmet minskar risken för sjukskrivning¹¹⁸. Dock saknas uppgifter om omfattningen av pappors ökade sjuklighet för att kunna inkluderas i denna beräkning, varför skillnaden mellan könen får bli en minimiuppskattning.

Utöver de statsfinansiella kostnaderna för sjukfrånvaron bör man även betänka arbetsgivarens kostnader som kan drabba samhällsekonomin i form av sänkt produktivitet och konkurrenskraft. Långsiktigt befaras kvinnors ökade sjuklighet leda till ännu större kostnader genom sänkt medellivslängd för kvinnor, menar forskare. I takt med att kvinnor har gått från att i hög grad vara hemma till att yrkesarbeta har de stressrelaterade sjukdomarna, däribland hjärt- och kärlsjukdomarna, ökat.¹¹⁹

Det är anmärkningsvärt att den lösning som Försäkringskassan förordar mot kvinnors högre sjukfrånvaro är "ökad jämställdhet i sjukskrivningsrisker"¹²⁰ genom att heltidsarbetande pappor tar mer hemansvar och blir mer sjuka, trots att detta inte skulle minska de sjukskrivningskostnader som enligt Försäkringskassan gräver "allt djupare hål i statsbudgeten"¹²¹. Att det kan vara den sammanlagda arbetstiden för föräldrar som är boven och inte tiden med barnen, reflekterar inte Försäkringskassan över. Fastän man vet att kvinnor är mindre sjukfrånvarande än män under barnets första år¹²² då de flesta mammor är föräldralediga, vilket indikerar att fler hemmaföräldrar - även pappor - skulle minska statens kostnader för sjukfrånvaro.

I stället förvanskar Försäkringskassan detta forskningsrön och påstår motsatsen i sin rapport "Jämställdhet och sjukfrånvaro"¹²³, nämligen att studien av Angelov et. al (2011) visar att kvinnors

¹¹⁵ Försäkringskassan. "Antal dagar med sjukpenning fördelat efter län och åldersgrupp", u.å.

¹¹⁶ Försäkringskassan. *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser*, 2015, 5.

¹¹⁷ Angelov, Nikolay, Johansson, Per, Lindahl, Erica och Lindström, Elly-Ann. *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*, 2011, 1, 9, 41, 43 & 44.

¹¹⁸ Försäkringskassan. "Omfattande dubbelarbete ökar risken för sjukfrånvaro – även för pappor", 2015.

¹¹⁹ Tagesson. "Stress gör att kvinnor dör tidigare", 2012.

¹²⁰ Försäkringskassan. "Omfattande dubbelarbete ökar risken för sjukfrånvaro – även för pappor", 2015.

¹²¹ Begler & Brattlund. "Sjukfrånvaron fortsätter att öka i snabb takt", 2015.

¹²² Angelov, Nikolay, Johansson, Per, Lindahl, Erica och Lindström, Elly-Ann. *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*, 2011, 41.

¹²³ Socialförsäkringsrapport 2015:3. *Jämställdhet och sjukfrånvaro*, 2015.

sjukfrånvaro ökar direkt efter barnets födsel. Det är svårt att finna annat motiv för detta tilltag än att det är avsett att underbygga myndighetens tes om att det är mammors samvaro med sina barn som är problemet.

Även personalen i förskolan får betala med sin hälsa för hur den svenska barnomsorgsmodellen fungerar. Ingen annan yrkeskategori i Sverige mår så dåligt, visar Försäkringskassans statistik. Situationen har varit alarmerande länge - redan 2005 var sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa 56 procent högre bland förskolepersonal och fritidspedagoger jämfört med övriga arbetsmarknaden. Den färskaste statistiken från 2012 visar att ohälsan eskalerat ytterligare till nära 80 procent högre än övriga arbetsmarknaden.¹²⁴ Dessa översjukskrivningar är också en merkostnad som borde ingå i denna rapports statsfinansiella analys. Tyvärr är den alltför svår att beräkna, eftersom en del av personalen troligen tillhör gruppen kvinnor i åldrarna 30-39 år som ingår i ovanstående beräkning. Totalt fanns det 102 352 anställda som arbetade med barn i förskolan år 2015¹²⁵, men det finns inga uppgifter om vilka olika åldersgrupper de tillhörde.

För beräkningar, se Bilaga 1.

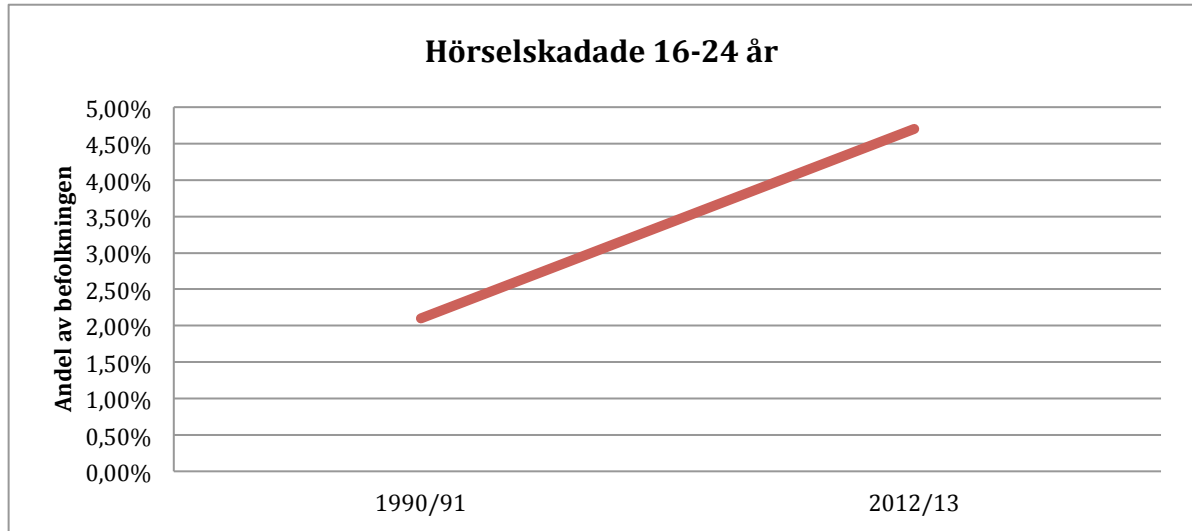
¹²⁴ Passanisi. "Personalen går på knäna", 2014.

¹²⁵ Skolverket. "Förskola - Personal - Riksnivå 2015", u.å.

3.5 Ökande hörselskador hos unga

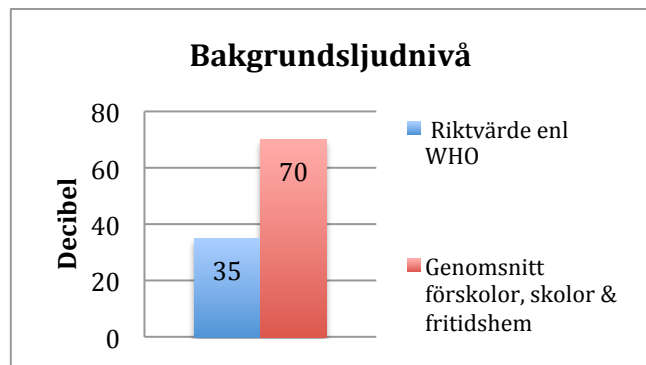
Trend

Hörselskadorna fortsätter att öka i alla åldrar.¹²⁶ Statistik från den senaste 20-årsperioden [1990/91-2012/13] visar att andelen unga med hörselnedsättning har ökat med 124 procent i åldersgruppen 16–24 år.¹²⁷



Källa: SCB. "Undersökningar av levnadsförhållanden", 2014.

Ljudmiljön är så dålig i många skolor, förskolor och fritidshem att både barn och personal far illa.¹²⁸ Enligt WHO bör inte bakgrundsljuden i lokaler där undervisning bedrivs vara mer än 35 decibel.¹²⁹ I skolor, förskolor och fritidshem är det inte ovanligt med genomsnittliga ljudnivåer på 70 decibel, vilket är jämförbart med många verkstadsindustrier.¹³⁰



Källor: West. Att undervisa om ljud, hörsel och hälsa, 2008, 12; HRF. Kakofonien, 2010, 88.

Antal & kostnad

År 2012 fanns det cirka 25 000 hörselskadade i åldrarna 0-15 år och 64 000 i åldrarna 16-24 år¹³¹, varav ungefär hälften beräknas ha fötts med skadan¹³² och resten, cirka 44 500, förvärvat den genom bland annat dåliga ljudmiljöer¹³³. Med samma andel av befolkningen i dessa åldersgrupper¹³⁴ motsvarar det totalt 43 542 barn och unga år 2015 som fått en hörselskada under uppväxten. Om alla dessa fick en hörapparat till vardera örat skulle det kosta landstingen 1 311 322 959 kronor/år i 2015 års penningvärde¹³⁵, inklusive utprovning och rehabilitering. Därtill tillkommer andra särskilda kostnader vid hörselskador som landstingen i varierande grad subventionerar.

¹²⁶ HRF. John Wayne bor inte här, 2009, 19 & 24.

¹²⁷ SCB. "Undersökningar av levnadsförhållanden", 2014.

¹²⁸ HRF. Kakofonien, 2010, 88.

¹²⁹ West. Att undervisa om ljud, hörsel och hälsa, 2008, 12.

¹³⁰ HRF. Kakofonien, 2010, 59.

¹³¹ HRF. Myternas marknad, 2014, 61 & 63.

¹³² Ibid, 83.

¹³³ Ibid, 62.

¹³⁴ SCB. "Folkmängd", u.å.

¹³⁵ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

Dålig ljudmiljö ger barnen en dålig start i livet. Särskilt hårt drabbas barn med hörselnedsättning, barn med läs- och skrivsvårigheter, barn som ska lära sig ett nytt språk, grupper med nedsatt inlärningskapacitet samt barn som håller på att lära sig att prata. Dålig ljudmiljö har negativ effekt på koncentration, inläring och minne, vilket försämrar prestation och effektivitet samt kan ge upphov till utanförskap, stress och stressymptom som huvudvärk, anspänning, kroppsvärk, oro, nedstämdhet, magproblem, sömnstörningar och förvärrad tinnitus. Ihållande trötthet är en annan vanlig konsekvens av störande ljud, framför allt bland personer som dagligen vistas i stökiga miljöer, till exempel inom förskola och barnomsorg. För många blir stunderna med ljudvila för få och för korta.¹³⁶ Att utsättas för starkt buller i unga år kan även få konsekvenser för hörseln senare i livet.¹³⁷

Diskussion/Slutsatser

Ljudöverkänsliga personer kan uppleva ljud som plågsamma redan vid 40–50 decibel.¹³⁸ Dit hör de 15-20 procent av alla barn (och vuxna) som har hörgkänslighet som medfött personlighetsdrag, vilket innebär att de är extra känsliga för ljud och andra sinnesintryck. För dem kan förskola och skola vara påfrestande miljöer.¹³⁹

För att få ner ljudnivån i förskolan till WHO:s riktvärde behövs kostsamma åtgärder som exempelvis mindre grupper, fler personal och akustiksanering, vilket skulle kräva ännu högre samhällssubventioner än dagens på cirka 10 000 kronor/månad/barn (genomsnitt år 2015).

Däremot finns redan "ljudvila" att få i hemmet. Hemmabarnomsorg skulle också bidra till att dämpa ljudnivån i skolan - ett stort problem i dag, se avsnitt 3.7 - då barnen inte har med sig den redan höga förskolenivån dit.

För beräkningar, se Bilaga 1.

¹³⁶ HRF. *Kakofonien*, 2010, 24, 25, 27, 59 & 69.

¹³⁷ HRF. *John Wayne bor inte här*, 2009, 24.

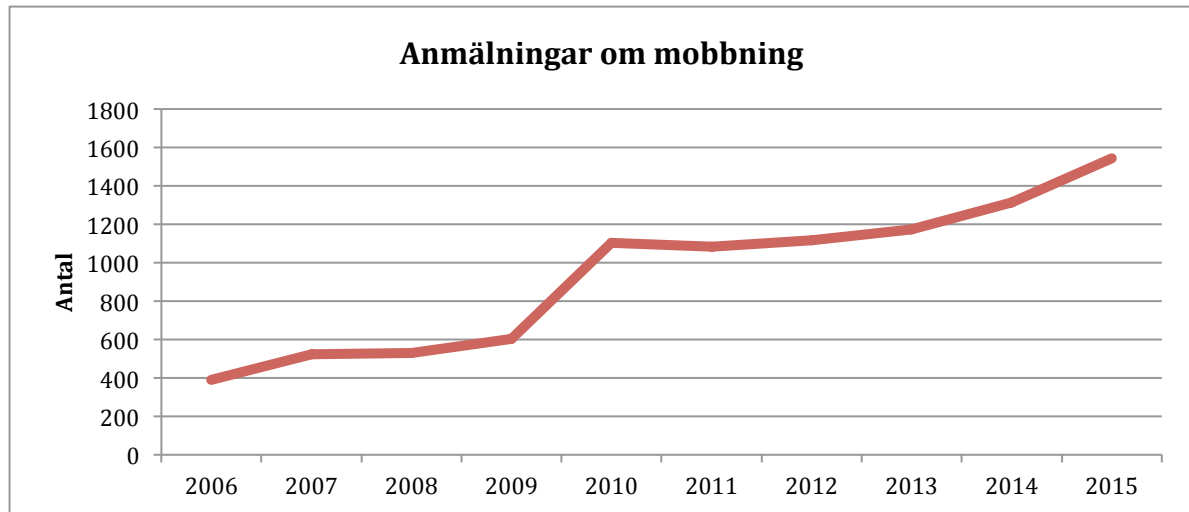
¹³⁸ HRF. *Kakofonien*, 2010, 20.

¹³⁹ Lagerblad. "Känsliga barn behöver ro", 2012.

3.6 Ökade anmälningar om mobbning

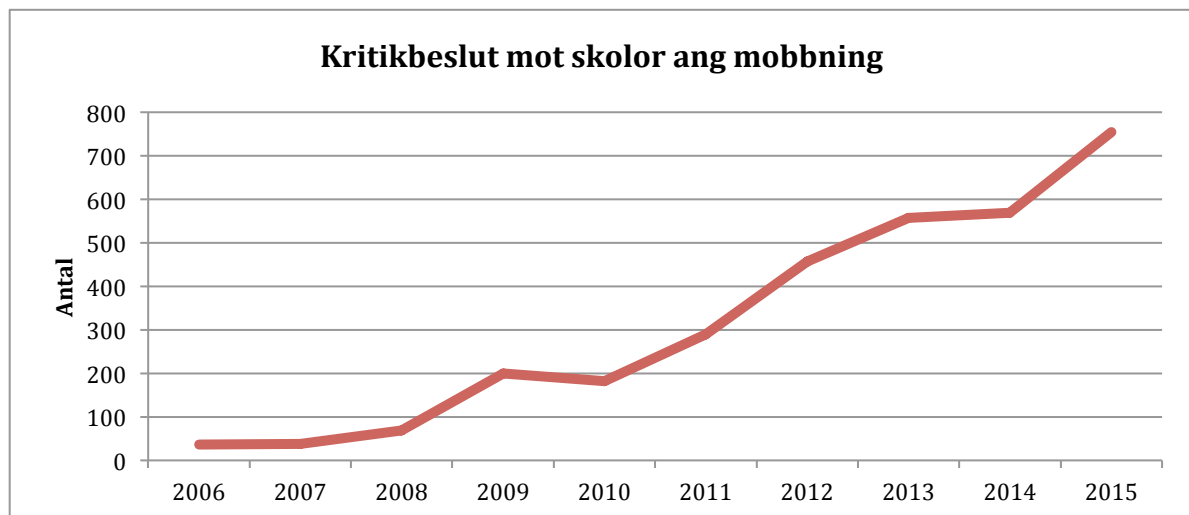
Trend

Trots att skolorna köpt antimobbingsprogram för hundratals miljoner kronor per år¹⁴⁰ har man inte lyckats minska mobbningen på 20 år utan den har legat konstant på samma nivåer, visar organisationen Friends årliga elevenkäter¹⁴¹. Mörkertalen är dock stora, menar organisationen Bris, eftersom många barn har svårt att berätta om mobbning.¹⁴² Anmälningarna om mobbning har däremot ökat kraftigt under det senaste decenniet, likaså antalet kritikbeslut mot skolor som anmälts. År 2015 fick Barn- och elevombudet (BEO) hos Skolinspektionen in 1 544 anmälningar om kränkande behandling, där anmälaren ansett att skolan inte gjort tillräckligt för att stoppa kränkningarna.¹⁴³ Detta är en ökning med 297 procent från 389 anmälningar år 2006¹⁴⁴.



Källa: Skolinspektionen/BEO. "Antal inkomna anmälningar per anmälningsgrund åren 2006-2015", u.å.

Under samma period ökade antalet beslut om kritik från BEO/Skolinspektionen mot skolor i mobbningsärenden med 1 994 procent, från 36 fall år 2006 till 754 fall år 2015¹⁴⁵.



Källa: Skolinspektionen/BEO. "Antal beslutade anmälningsärenden efter grund för konstaterad brist åren 2006-2015", u.å.

¹⁴⁰ Hedlund. "Färdiga antimobbingsprogram kostar skolor miljoner", 2011.

¹⁴¹ TT. "Mobbning många elevers vardag", 2015.

¹⁴² Bris. "Dags att genomföra nolltolerans mot mobbning!", 2011.

¹⁴³ Skolinspektionen/BEO. "Antal inkomna anmälningar per anmälningsgrund åren 2006-2015", u.å.

¹⁴⁴ Skolinspektionen/BEO. "Antal beslutade anmälningsärenden efter grund för konstaterad brist åren 2006-2015", u.å.

¹⁴⁵ Ibid.

Antal & kostnad

10 procent av flickorna och 7 procent av pojkarna i årskurs 3–6 mobbas, 6 procent av flickorna och 5 procent av pojkarna i årskurs 6-9¹⁴⁶ och 3 procent av alla elever i gymnasiet¹⁴⁷. Detta motsvarar 64 215 elever år 2015. Om alla mobbade elever anmälde detta och BEO kritiserade och krävde skadestånd i samma utsträckning som 2015, skulle skadeståndsriskerna för kommunerna uppgå till 49 297 096 kronor.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

En studie av Troy och Sroufe (1987) fann att barn med en utvecklingshistoria präglad av trygg anknytning varken mobbade eller blev mobbade. Däremot fann de att barn med otrygg anknytning har en stark tendens att mobba andra barn eller bli mobboffer.^{148 149}

Diskussion/Slutsatser

Det är diskutabelt om det går att säga att mobbningen varit konstant, såsom Friends hävdar¹⁵⁰, när den samtidigt har ökat på nätet. Enligt Friends nätrapport 2016 uppgår åtta procent av flickorna och fem procent av pojkarna i åldrarna 10-16 år att de har blivit utsatta för mobbning via mobil, dator eller surfplatta under det senaste året¹⁵¹, vilket motsvarar 48 184 barn baserat på befolkningen år 2015¹⁵². Sannolikt ingår de flesta av dessa barn även i statistiken för mobbning i skolan, men ökningen av nätmobbning indikerar att mobbningen kan ha blivit mer omfattande.

Att Friends siffror kan vara för låga indikeras även av statistik från OECD:s Pisa-undersökning 2015. Där svarade 18 procent av 15-åringarna att de utsatts för någon form av mobbning "minst ett par gånger i månaden".¹⁵³

Allt fler kommuner skaffar sig nu försäkringar mot eventuella skadeståndsanspråk¹⁵⁴, vilket innebär ytterligare kostnader utöver skolornas antimobbingsprogram. Eftersom befintliga insatser inte är tillräckliga, kan det komma att kosta ännu mer att få bukt med mobbningen. Därmed är inte dagens kostnader för skolornas antimobbingsprogram och försäkringar relevant för att uppskatta den verkliga kostnaden för kommunerna, priset för en mobbad elev. Skadeståndsriskerna ger en bättre indikation och används därför i denna rapport.

Därutöver bidrar mobbningen sannolikt till ytterligare statsfinansiella och samhällsekonomiska kostnader, då forskningen visar en tydlig koppling mellan mobbning och problem i skolarbetet, depressioner, brottsbenägenhet, grovt våld och självmordsbeteende.^{155 156 157 158} Ett års mobbning i svenska skolor kostar 17,5 miljarder kronor under de kommande 30 åren, enligt Friends. Kostnaderna fördelas på kommun, landsting, arbetsförmedling, försäkringskassa, rättsväsende och produktionsbortfall.¹⁵⁹

För beräkningar, se Bilaga 1.

¹⁴⁶ Friends. *Friendsrapporten 2016*, 2016, 12.

¹⁴⁷ Friends. *Friendsrapporten 2013*, 2013, 9.

¹⁴⁸ Killén. *Barndomen varar i generationer*, 2009, 71.

¹⁴⁹ Troy & Sroufe. "Victimization among preschoolers: The role of attachment relationship history", 1987, 166-172.

¹⁵⁰ TT. "Mobbning många elevers vardag", 2015.

¹⁵¹ Friends, *Friends nätrapport 2016*, 2016, 10.

¹⁵² SCB. "Folkmängd", u.å.

¹⁵³ Larsson. "Var sjätte 15-åring mobbas i skolan", 2017.

¹⁵⁴ Löfgren. "Kommuner försäkrar sig mot skadestånd i mobbningsmål", 2015.

¹⁵⁵ Harnesk. "De vuxna väljer att titta bort", 2011.

¹⁵⁶ Odland. "Varför vill unga ta sitt liv?", 2009.

¹⁵⁷ Brå. "Förebygg mobbning", u.å.

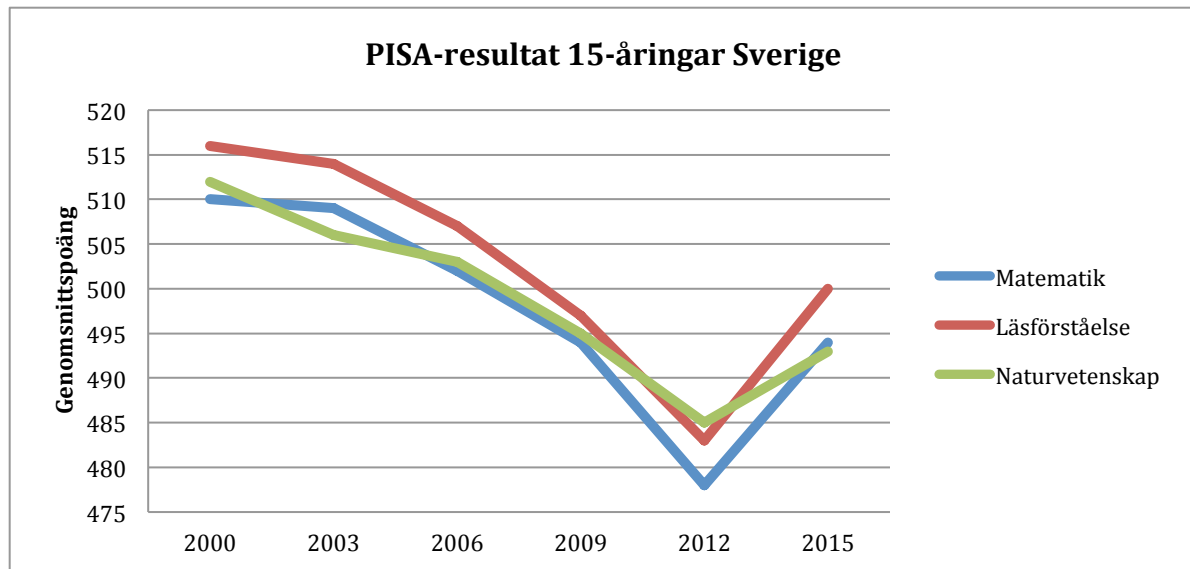
¹⁵⁸ Farrington et al. *School Bullying, Depression and Offending Behaviour Later in Life*, 2012, 79 & 80.

¹⁵⁹ Friends. *Mobbningens kostnader. En socioekonomisk analys*, 2016, 6.

3.7 Försämrade skolresultat

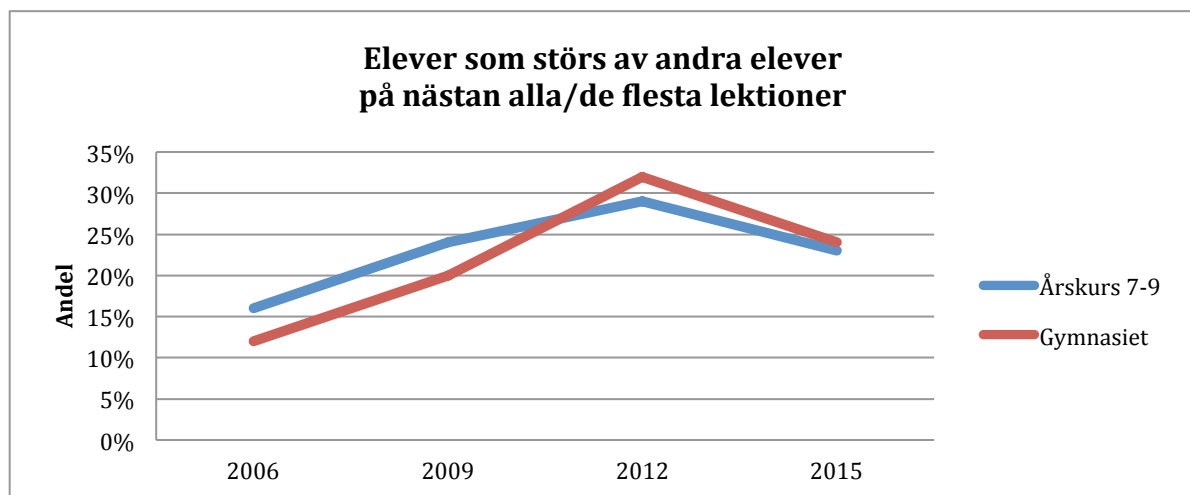
Trend

Den svenska skolan är i djup kris och svenska [15-åriga] skolelevers prestationer har länge dalat i de så kallade PISA-proven.¹⁶⁰ Sverige har gått från att vara ett av de länder med bäst resultat när mätningarna började år 2000 till att ligga omkring OECD-snittet i 2015 års mätning. År 2012 uppvisade svenska elever de sämsta resultaten hittills men i den senaste mätningen vände kurvan uppåt i samtliga tre ämnen.¹⁶¹ Det är dock oklart om uppgången kan förklaras av verkliga kunskapsförändringar, snarare än förändringar i provformatet som övergått från pappers- till datorbaserat.¹⁶²



Källa: Ekonomifakta. "Resultat PISA – internationellt", 2016.

En anledning till de försämrade resultaten är brist på arbetsro.¹⁶³ Mellan år 2006 och 2015 har andelen elever som upplever sig bli störda av andra elever på nästan alla lektioner ökat med 44 procent i högstadiet och 100 procent i gymnasiet.^{164 165 166 167}



Källa: Skolverket, Attityder till skolan 2006/2009/2012/2015, 2007/2010/2013/2016.

¹⁶⁰ Rydelius et al. "Extra stöd bör sättas in tidigare", 2011.

¹⁶¹ Ekonomifakta. "Resultat PISA – internationellt", 2016.

¹⁶² Heller Sahlgren. "Förändringarna i Pisa är opålitliga", 2016.

¹⁶³ Arevik. "Hur skapa arbetsro i svenska klassrum?", 2014.

¹⁶⁴ Skolverket, Attityder till skolan 2006, 2007, 31.

¹⁶⁵ Skolverket, Attityder till skolan 2009, 2010, 28.

¹⁶⁶ Skolverket, Attityder till skolan 2012, 2013, 59.

¹⁶⁷ Skolverket, Attityder till skolan 2015, 2016, 45.

Antal & kostnad

Ett sätt att kompensera för bristande arbetsro i skolan har under de senaste åren varit att anlita läxhjälp, som staten subventionerat med hälften i så kallat rutavdrag.¹⁶⁸ Läxhjälsbidraget togs visserligen bort den 1 september 2015, men kan tjäna som riktmärke eftersom statsminister Stefan Löfven i stället har lovat att alla ska få "läxhjälp efter behov" som enbart ska bekostas av offentliga medel.¹⁶⁹ Om Sveriges alla elever i grund- och gymnasieskolan skulle få en timmes läxhjälp/vecka till genomsnittlig subventionskostnad, skulle det kosta staten 13 925 217 040 kronor.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

En störande faktor är de allmänt höga ljudnivåerna som grundlagts i förskolan (se 3.5 om hörselproblem), en annan är att cirka tio procent av eleverna har beteendeproblem i form av aggressivitet, normbrytande beteenden och/eller hyperaktivitet¹⁷⁰. Risken för att ett barn utvecklar beteendeproblem och aggressioner ökar om det börjat tidigt på förskola och vistats där långa dagar, visar världens mest omfattande barnomsorgsstudie NICHHD.¹⁷¹

Diskussion/Slutsatser

Det är anmärkningsvärt att Skolverket i sin senaste rapport om Sveriges Pisa-resultat¹⁷² endast redovisar resultatförändringen i naturvetenskap för perioden 2006-2015 och i matematik för 2003-2015, trots att Sveriges resultat minskat kontinuerligt från att mätningarna började år 2000 till 2012. Skolverket motiverar valet av senare jämförelseår med att 2003 respektive 2006 var första året som matematik respektive naturvetenskap var huvudområden, vilket ger möjlighet till en mer detaljerad analys. Men det är inget skäl att dölja tidigare mätresultat. Effekten blir att försämringarna startar från en lägre nivå och framstår som mindre än vad de varit.

Sannolikt behöver många elever mer än en timmes läxhjälp/vecka, medan andra kanske klarar sig utan. Därför får exemplet tjäna som ett genomsnitt. Den uppskattade timkostnaden för staten baserad på rutavdraget är förmodligen lågt räknad; läxhjälsföretagen hade knappast 100 procents pålägg, utan kostnaden torde vara större än 266 kr/timme.

Om föräldrar i stället fick mer tid med sina barn så att de kunde ägna en timme extra i veckan åt att hjälpa dem med läxor, skulle de omvänt bespara staten en kostnad på nära 14 miljarder kronor. Det skulle också innebära mer än en fördubbling av den tid som föräldrar i genomsnitt hinner hjälpa sina barn med läxorna: 28 minuter/vecka (3 min/dag) för mammor till barn från 7 års ålder och 21 minuter/vecka (2 min/dag) för pappor¹⁷³. Detta är sammanlagd tid oavsett hur många barn de hade att hjälpa; flera barn hade alltså fått dela på tiden.

Däremot hjälper det inte med mer förskola, som en del politiker föreslår. Det visar en annan utbildningsundersökning från UNICEF, där Sverige rasat under 2000-talet ner till en 18:e plats bland 29 av världens rikaste länder¹⁷⁴. Finland kom på 1:a plats, Norge på 10:e och Danmark på 12:e. UNICEF konstaterar att det kan tyckas som en paradox att Finland toppar listan när de har den lägsta andelen barn i förskola, men påpekar att höga förskolesiffror inte säger något om kvaliteten på barnens utbildning.¹⁷⁵

För beräkningar, se Bilaga 1.

¹⁶⁸ Sundén Jelmini. "Rut motverkar en skola lika för alla", 2013.

¹⁶⁹ Socialdemokraterna. "Tal på partikongress: Sveriges nya jobbagenda", 2015.

¹⁷⁰ Öberg. "Stökiga barn lugnare med ny kometmetod", 2005.

¹⁷¹ Belsky. *Effects of child care on child development: give parents real choice*, 2009, 4.

¹⁷² Skolverket. *PISA 2015*. 2016.

¹⁷³ SCB. *Levnadsförhållanden rapport 123, Nu för tiden*, 2012, 234 & 244.

¹⁷⁴ UNICEF. "Skolan svag länk i svenska barns välfärd", 2013.

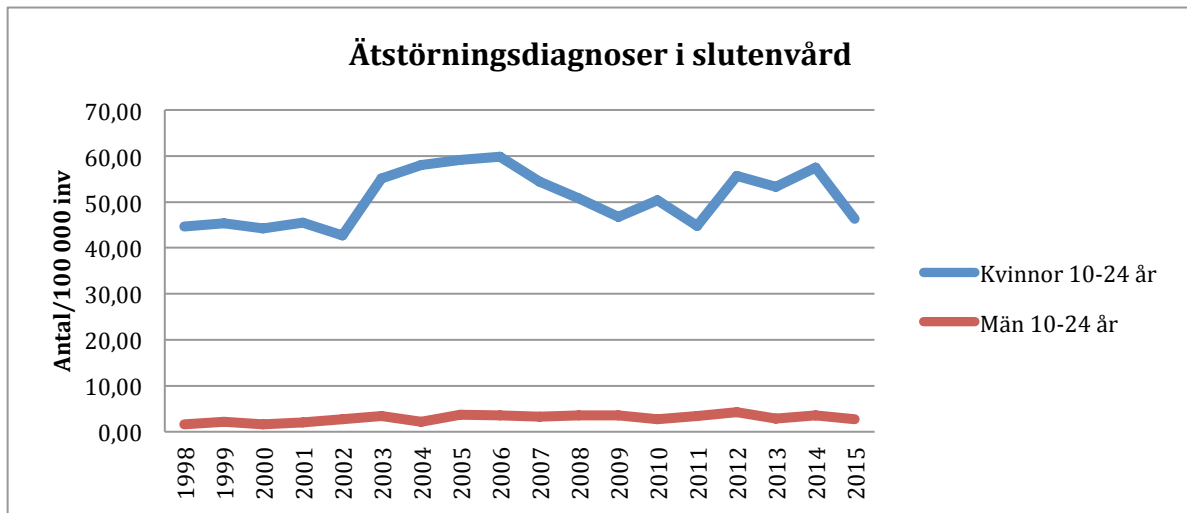
¹⁷⁵ UNICEF. *Child well-being in rich countries*, 2013, 17, 20 & 21.

3.8 Ökande ätstörningar bland unga

Trend

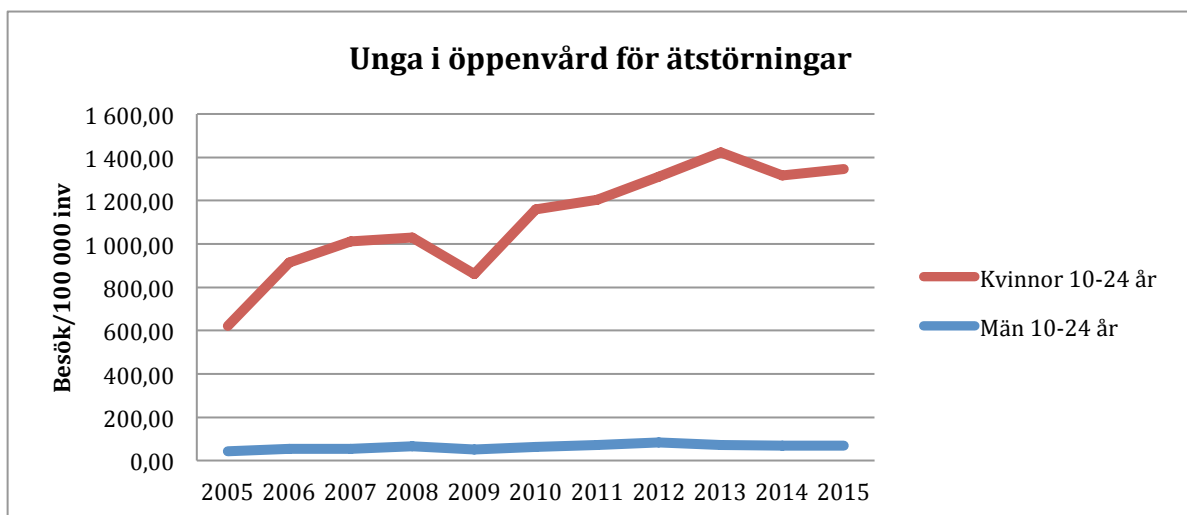
Under de senaste decennierna har förekomsten av ätstörningar [anorexi, bulimi och UNS] ökat bland ungdomar, speciellt bland unga kvinnor.¹⁷⁶ Forskning tyder också på att ätstörningar blir vanligare bland de som tidigare inte förknippats med sjukdomen, såsom män och barn som inte har kommit i puberteten.¹⁷⁷ Den vanligaste åldern då barn får ätstörningar är 11–13 år, men de yngsta kan vara 8–9 år.¹⁷⁸

Under perioden 1998-2014 ökade andelen unga som fått slutenvård för ätstörningar med 29 procent bland kvinnor i åldrarna 10-24 år, men har minskat under 2015. Bland män i samma åldersgrupper har andelen vårdade ökat med 68 procent 1998-2015, dock från mycket lägre nivåer än för kvinnorna.¹⁷⁹



Källa: Socialstyrelsen. "Diagnoser i slutenvård", u.å.

Under perioden 2005-2015 ökade antalet besök i öppenvården av patienter med ätstörningar i åldrarna 10-24 år med 117 procent bland kvinnor och 62 procent bland män.¹⁸⁰



Källa: Socialstyrelsen. "Diagnoser i öppen vård", u.å.

¹⁷⁶ Westerberg Jacobson. *Wish to be thinner*, 2010, 71.

¹⁷⁷ Nestor. "Statistik över ätstörningar", 2014.

¹⁷⁸ Udovic. "Därför drabbas barn av ätstörningar", 2012.

¹⁷⁹ Socialstyrelsen. "Diagnoser i slutenvård", u.å.

¹⁸⁰ Socialstyrelsen. "Diagnoser i öppen vård", u.å.

Därutöver tillkommer alla som inte sökt vård alls - mörkertalet är stort, i synnerhet bland män eftersom "ätstörningar fortfarande ses som en kvinnosjuka".¹⁸¹

Antal & kostnad

Minst tio procent av unga kvinnor i åldrarna 10-30 år är drabbade av ätstörningar och en procent av unga män i samma åldersgrupp.¹⁸² För åldersgruppen 10-24 år motsvarade det 92 211 unga år 2015, varav 83 337 var kvinnor och 8 874 var män. Om alla dessa skulle få vård enligt etablerade behandlingsprogram, skulle det kosta landstingen 28 590 721 354 kronor.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

Studier visar att dålig relation till familjen är en väsentlig riskfaktor för att utveckla ätstörningar, likaså föräldrars brist på tid för regelbundna matvanor och gemensamma måltider samt tid att upptäcka om deras barn har en ätstörning.¹⁸³ Vid behandling är föräldrarna den viktigaste resursen för att hjälpa barnet tillbaka till ett hälsosamt liv.¹⁸⁴

Diskussion/Slutsatser

Sannolikt kan ännu fler än ovanstående antal unga vara drabbade: i Rädda Barnens undersökning Ung Röst 2014 uppgav 17 procent av flickorna att de hade haft ätstörningar under det senaste året. Undersökningen gjordes bland 25 000 barn och ungdomar i åk 6, 8 och första året på gymnasiet.^{185 186}

Ätstörningar är tyvärr bara toppen på ett isberg. Utöver de tio procent flickor och en procent pojkar med fullskaliga ätstörningar finns ett stort antal barn och unga, framförallt flickor, som är så missnöjda med sin vikt, kropp och person att de använder ohälsosamma metoder för att kontrollera ätande och vikt¹⁸⁷. En tredjedel av unga i åldrarna 15-24 år är stressade över sin kropp, vikt eller sitt utseende, visar Ungdomsrapporten från Skandia.¹⁸⁸ Alltfler flickor hoppar över frukosten minst två skoldagar i veckan: 33 procent av alla 15-åringar, var fjärde 13-åring och drygt var tionde 11-åring. En förklaring är stenhårda skönhetsideal, att matsuget försvinner när livet känns jobbigt eller att maten används som ett sätt att kontrollera stressen över att bli vuxen.¹⁸⁹

För beräkningar, se Bilaga 1.

¹⁸¹ Ritzén. "Ätstörningar ökar kraftigt", 2014.

¹⁸² Westerberg Jacobson. *Wish to be thinner*, 2010, 11.

¹⁸³ Ibid, 59, 71 & 72.

¹⁸⁴ Akademiska sjukhuset. "Hur går behandlingen till?", 2014.

¹⁸⁵ Rädda Barnen. *Ung röst 2014*, 2014, 7.

¹⁸⁶ Rädda Barnen. "Undersökningen Ung röst: 25 000 barn har fått säga sitt", 2014.

¹⁸⁷ Westerberg Jacobson. *Wish to be thinner*, 2010, 15.

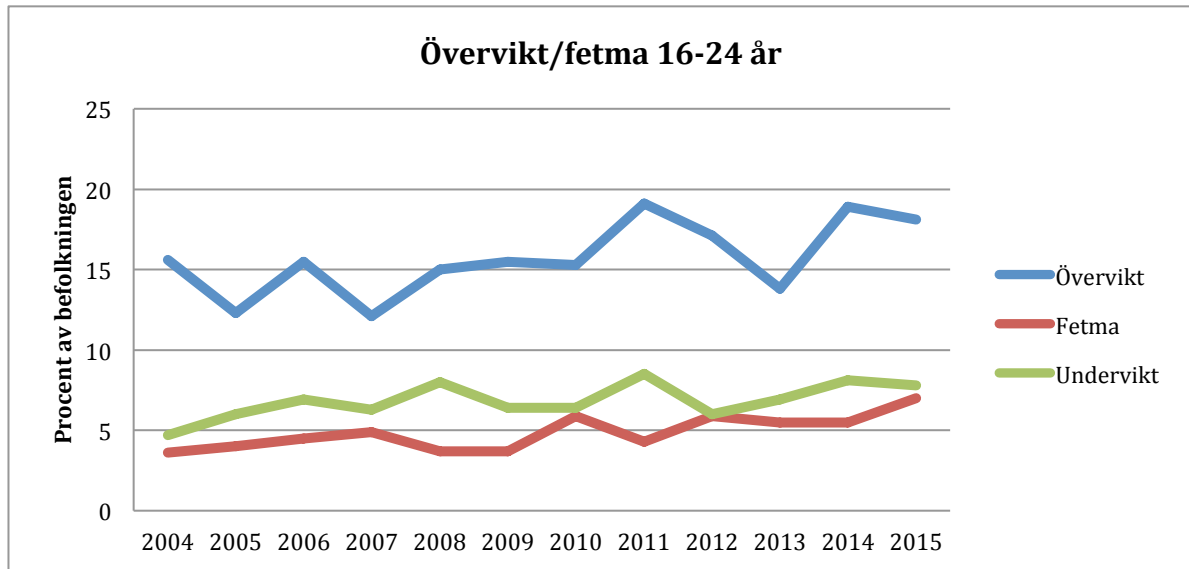
¹⁸⁸ Fagerlind. "Fick panikångest av kraven och stressen", 2013.

¹⁸⁹ Paulsson Rönnbäck. "Fler unga tjejer hoppar över frukosten", 2011.

3.9 Ökning av viktproblem bland unga

Trend

Mellan 1980 och 2000 ökade antalet barn med fetma och övervikt kraftigt. Sedan planade ökningen ut, men antalet har legat kvar på samma höga nivå.¹⁹⁰ Bland ungdomar i åldrarna 16-24 år har ökningen fortsatt 2004-2015. Förekomsten av fetma ökade med 106 procent, övervikt med 5 procent och undervikt med 102 procent. I befolkningen som helhet (16-84 år) syns inte samma ökningstakt. Där har andelen överviktiga och underviktiga varit oförändrad, medan förekomsten av fetma ökat med 36 procent.¹⁹¹



Källa: Folkhälsomyndigheten. "BMI-indikatorer 16-24 år", 2017; "Vikt (BMI) efter ålder, kön och år", 2017.

Antal & kostnad

År 2015 led 6,9 procent av unga kvinnor i åldrarna 16-24 år av fetma, 13,1 procent av övervikt och 8,8 procent av undervikt. Bland män i samma åldrar var förekomsten av fetma 7 procent, övervikt 22,6 procent och undervikt 6,8 procent.¹⁹² Bland yngre visar en undersökning från 2008 att 17 procent av barn i åldrarna 7-9 år hade övervikt, inklusive 3 procent som hade fetma.¹⁹³ Förekomsten anses vara minst lika hög hos svenska fyraåringar.¹⁹⁵ Sammanlagt led 535 713 unga i åldrarna 4-24 år av fetma, över- eller undervikt år 2015, med avdrag gjort för de som uppskattas ingå i kategorin med åttorörningar. Om samtliga skulle få vård enligt genomsnittskostnader blev den totala kostnaden 670 712 676 kronor.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

Hos barn i förskoleålder som har en stressad mamma är övervikt fyra gånger vanligare än hos barn där mamman har en lugnare tillvaro, visar en avhandling från Uppsala universitet. Även undervikt hos barn var vanligare hos stressade mammor.¹⁹⁶

Perioden fram tills ett barn börjar skolan är avgörande för grundläggandet av en hälsosam livsstil. Föräldrarnas attityder spelar en stor roll för utvecklingen av barnets vanor och de bör ses som nyckelpersoner i det förebyggande arbetet avseende en hälsosam livsstil.¹⁹⁷

¹⁹⁰ Persson. "Övervikt bland barn har blivit en klassfråga", 2013.

¹⁹¹ Folkhälsomyndigheten. "BMI-indikatorer 16-24 år", 2017.

¹⁹² Folkhälsomyndigheten. "BMI-indikatorer 16-24 år", 2017.

¹⁹³ Magnergård Bjers. "Fredagsmysets godis tär på hälsan", 2011.

¹⁹⁴ Sjöberg et al. "Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren", 2011.

¹⁹⁵ Forskning.se. "Hur vanlig är fetma?", u.å.

¹⁹⁶ Hälsa. "Stressade mödrar får överviktiga barn", 2011.

¹⁹⁷ Stenhammar. *Parental Perspectives on Preschool Children's Lifestyle*, 2011, 70.

Dagens familjer ägnar i genomsnitt 14 minuter åt att laga mat. Måltidsordningen har slagits sönder, vilket har fått ödesdigra konsekvenser.¹⁹⁸

Det brukar vara enklare för ett barn att hålla vikten eller minska i vikt om det finns en tydlig struktur i familjen och ett varmt och lagom engagerat stöd från föräldrarna. I mellanstadieåldern (vanligaste debutåldern för ätstörningar) uppstår ofta en ny risksituation när ett barn inte längre går på fritidshem, utan är ensamt hemma innan föräldrarna kommer hem. En del barn slutar att vara aktiva i de idrotter de tidigare ägnat sig åt och en del barn blir väldigt stillasittande på helgerna. Föräldrarnas roll måste åter betonas, så att barnet inte blir ensamt i sitt arbete med vikten.¹⁹⁹

Diskussion/Slutsatser

Viktproblemen bland unga kan komma att kosta ännu mer senare i livet, eftersom övervikt, fetma och undervikt ökar risken för olika sjukdomar och förtida död.^{200 201}

Utöver ovanstående vårdkostnader skulle det i en samhällsekonomisk kalkyl även tillkomma kostnader på grund av sjukfrånvaro och förtidspensioner. Dessa kostnader beräknas vara minst lika höga som för vård²⁰² och blir i så fall ytterligare 670 712 676 kronor.

För beräkningar, se Bilaga 1.

¹⁹⁸ Löndahl. *Fetma - vår nya folksjukdom?* 2007, 33.

¹⁹⁹ Stockholms läns landsting. *Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013*, 2010, 54 & 56.

²⁰⁰ Ibid, 3 & 61.

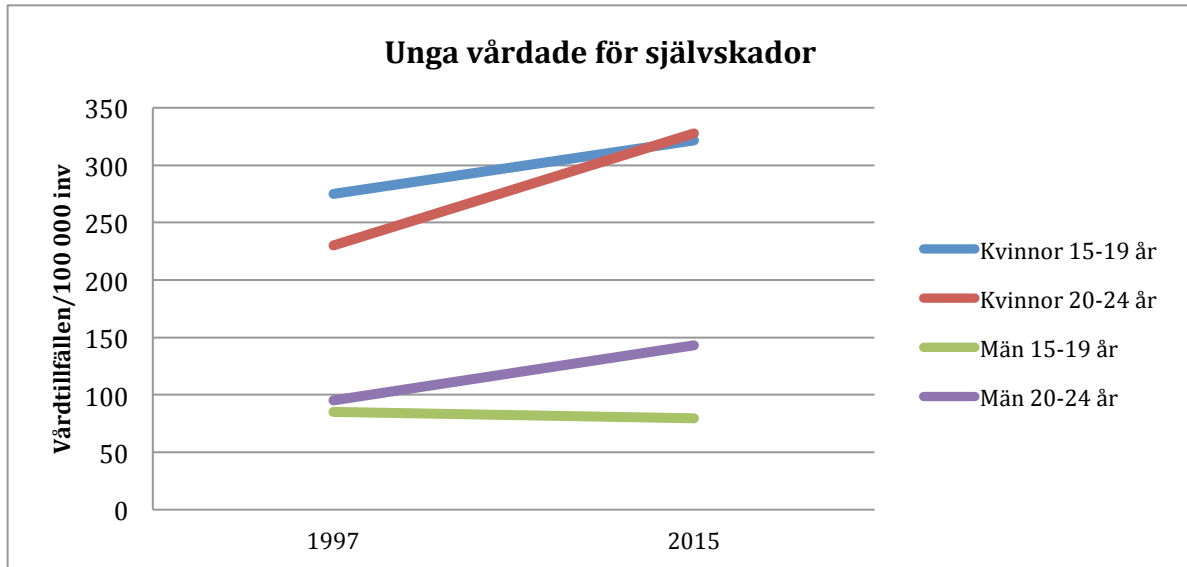
²⁰¹ Persson et al. *Kostnadsutveckling i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma*, 2004, 11.

²⁰² Birkedahl et al. *Att förebygga fetma hos barn och ungdom - en ekonomisk analys*, 2011, 6.

3.10 Ökade självskador bland unga

Trend

Självskador som leder till slutenvård har under perioden 1997–2015 ökat med 17 procent för kvinnor i åldrarna 15-19 år, 42 procent för kvinnor 20-24 år och 51 procent för män 20-24 år. Här ingår sannolikt även självmordsförsök, eftersom avsikten med handlingen inte framgår av vårdstatistiken.^{203 204}



Källa: Beckman et al. "Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada", 2010, 430; Socialstyrelsen, "Yttre orsaker till skador och förgiftningar", u.å.

Antal & kostnad

De som skär sig söker sjukvård i minst utsträckning och meddelar sällan någon om skadehändelsen. Det finns därför ett mörkertal av självskadehandlingar som aldrig kommer till sjukvårdens kännedom.²⁰⁵ Vissa undersökningar tyder på att så många som tio procent av flickorna och fem procent av pojkarna genomfört någon form av självskadande beteende.²⁰⁶ En undersökning vid Örebro universitet visar att upp till 20 procent av högstadiungdomar någon gång skadar sig själva.²⁰⁷ Totalt skulle detta betyda att 155 085 barn och unga i åldrarna 10-24 år självskadade sig år 2015, med avdrag för de som hade för avsikt att ta sitt liv, vilka redovisas separat under avsnitt 3.16. Om alla dessa fick vård skulle det kosta landstingen 36 931 941 900 kronor.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

Det finns några saker som man kan säga är skyddande faktorer för självskadebeteenden: Känsla av sammanhang (KASAM), inre kontroll samt självkänsla.²⁰⁸ Föräldrar är centrala för samtliga dessa skyddsfaktorer, se Forskning om KASAM och självkänsla på sidan 15 respektive 14. Förmågan till inre kontroll är beroende av både hjärnans utveckling av affektregleringssystemet (Hjärnforskning s 12) samt mentaliseringsprocessen (Forskning om mentalisering s 13) mellan barn och förälder.

Forskarna har noterat ett tydligt samband med förekomsten av självskador: betydelsen av känslor för sina föräldrar. Unga som uppgav att de saknade en positiv relation till sina föräldrar och till kamrater var klart

²⁰³ Beckman et al. "Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada", 2010, 430.

²⁰⁴ Socialstyrelsen, "Yttre orsaker till skador och förgiftningar", u.å.

²⁰⁵ Ibid.

²⁰⁶ Stain. *Självskadebeteende*, 2008, 7 & 38.

²⁰⁷ Harradine. "Varför skadar ungdomar sig själva?", 2013.

²⁰⁸ Hellberg & Larsson. *Ängsten rann ut med blodet*, 2009, 10 & 11.

överrepresenterade bland de som självskadade sig, liksom de som grubblade och tänkte negativt om sig själva och sin situation.²⁰⁹

Enligt psykologen Johan Cullbergs etablerade kristeori, har flickor som kontinuerligt skär sig ofta en väsentlig brist på trygghet och ett svagt familjärt nätverk, medan ett starkt familjärt nätverk är av betydelse för att klara svåra situationer.²¹⁰

Diskussion/Slutsatser

Även om de flesta unga som skadar sig själva avsiktligt inte söker vård, kommer sannolikt flera av dem att så småningom nå vården eftersom de ofta upprepar sina handlingar och ibland går över i regelrätta självmordsförsök. Därför utgör de en reell riskkostnad för landstingen och bör ingå i kostnadsberäkningen.

För beräkningar, se Bilaga 1.

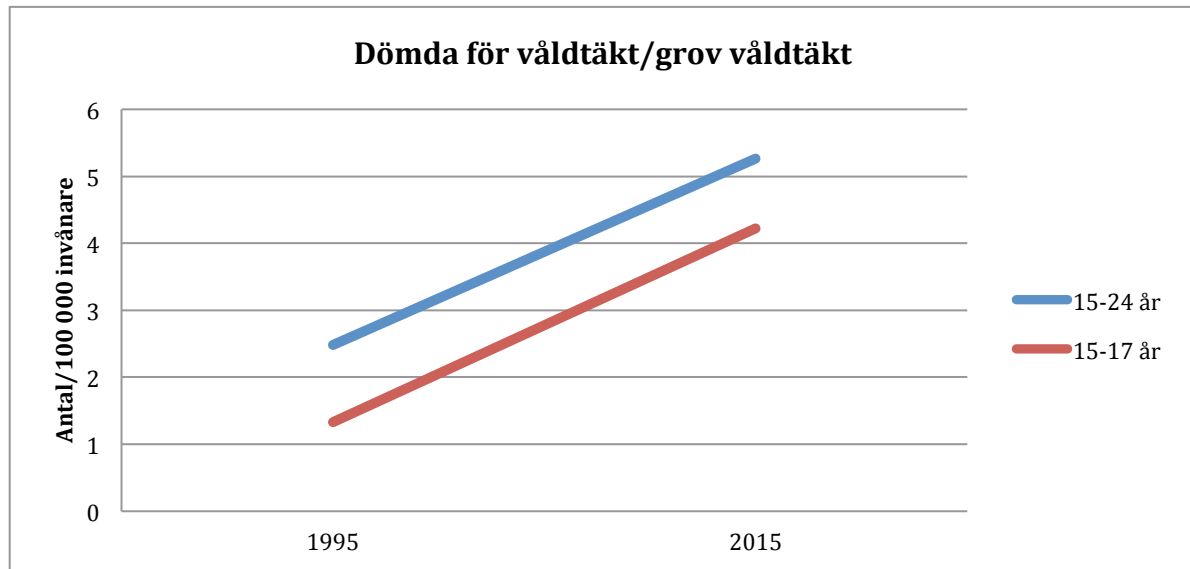
²⁰⁹ Engström & Karlsson. "Självskador vanligt även bland pojkar", 2009.

²¹⁰ Hellberg & Larsson. *Ängsten rann ut med blodet*, 2009, 36 & 43.

3.11 Ökning av grova brott och yngre våldverkare

Trend

Svenska ungdomar begår fler och värre brott än ungdomar i övriga Norden, visar en undersökning av ungdomskriminalitet i de fyra nordiska huvudstäderna. Samtidigt blir de våldsbrott som ungdomar begår allt grövre, även bland mycket unga människor.²¹¹ Våldtäkter och kriminalitet i allmänhet kryper ner i åldrarna.²¹² Under perioden 1995-2015 ökade antalet dömda för våldtäkt/grov våldtäkt med 112 procent bland unga i åldrarna 15-24 år och med 217 procent i den yngsta gruppen, 15-17 år. Här ingår inte våldtäkt mot barn, eftersom denna rubricering inte finns med i Brå:s äldsta statistik från 1995.^{213 214}



Källor: Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 1995", u.å; "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 2015", u.å.

Antal & kostnad

År 2015 dömdes 2 968 unga i åldrarna 15-24 år för grova våldsbrott, varav 2 370 för misshandel/grov misshandel/vållande till annans död, 435 för rån, 112 för våldtäkt (inklusive våldtäkt mot barn), 41 för mord och 10 för dråp.²¹⁵ Totalt kostade brotten staten 2 515 545 633 kronor.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

Otrygg anknytning i åldern ett-tre år är en riskfaktor för våldsamt beteende, enligt Adrian Raine, professor i kriminologi och psykiatri vid Pennsylvania-universitetet. I 35 år har han fotograferat hjärnorna på grova våldsbrottslingar och kommit fram till att seriemördare och psykopater har ett underutvecklat empaticentrum (amygdala) – där ett av tre viktiga områden är centrum för bra föräldraskap - vilket gör dem känslolösa.^{216 217}

Frånvarande föräldrar ökar risken för att barn använder fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld mot sina syskon, medan närvarande föräldrar som aktivt engagerar sig i sina barns liv minskar risken, visar amerikansk forskning. Syskonvåld beräknas vara mer vanligt förekommande än våld från föräldrar mot

²¹¹ Götblad. "Unga människor i Sverige begår allt grövre brott", 2007.

²¹² Kruse. "Sexbrott ökar bland unga", 2009.

²¹³ Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 1995", u.å.

²¹⁴ Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 2015", u.å.

²¹⁵ Ibid.

²¹⁶ Ennart. "Ondskan sitter i pannloben", 2013.

²¹⁷ Ennart. Våldets anatomi, 2013.

barn, uppskattningsvis tre procent av barnen använder "farligt våld" medan 35 procent utsätts för någon form av övergrepp. I Sverige är problematiken förbisedd.^{218 219 220}

Forskarnas rön om kopplingen mellan våldsbenägenhet och föräldrarelation bekräftas av de praktiska erfarenheterna hos organisationen Farsor och morsor på stan, som nattvandrat bland unga sedan 1989: "Det besinningslösa våldet bland ungdomar vi ser är inte ett ungdomsproblem, det är ett vuxenproblem. [...] Vi måste som vuxna leva nära våra barn. Vara de som ser, bekräftar och berör. De skriker efter oss, efter någon som orkar, som finns kvar och fortsätter älska även när de kanske inte förtjänar det. [...] Vår brist på närvaro är vårt största fel. Det hjälper inte att jag tio gånger om dagen säger att jag älskar mina barn om jag aldrig är hemma och visar det."²²¹

Diskussion/Slutsatser

Våldsbrotten är långt fler än vad statistiken visar, eftersom många brottsoffer inte anmäler. För sexualbrott är mörkertalet över 80 procent.²²² Dessa orapporterade brott orsakar sannolikt också kostnader för landstingen i form av vård och samhällsekonomiskt genom inkomstbortfall.

För beräkningar, se Bilaga 1.

²¹⁸ Svenska Dagbladet. "Syskonvåld kan ge ärr för livet", 2012.

²¹⁹ Svenska Dagbladet. "Avund kan väcka vrede", 2012.

²²⁰ Boyse. "Sibling Abuse", 2012.

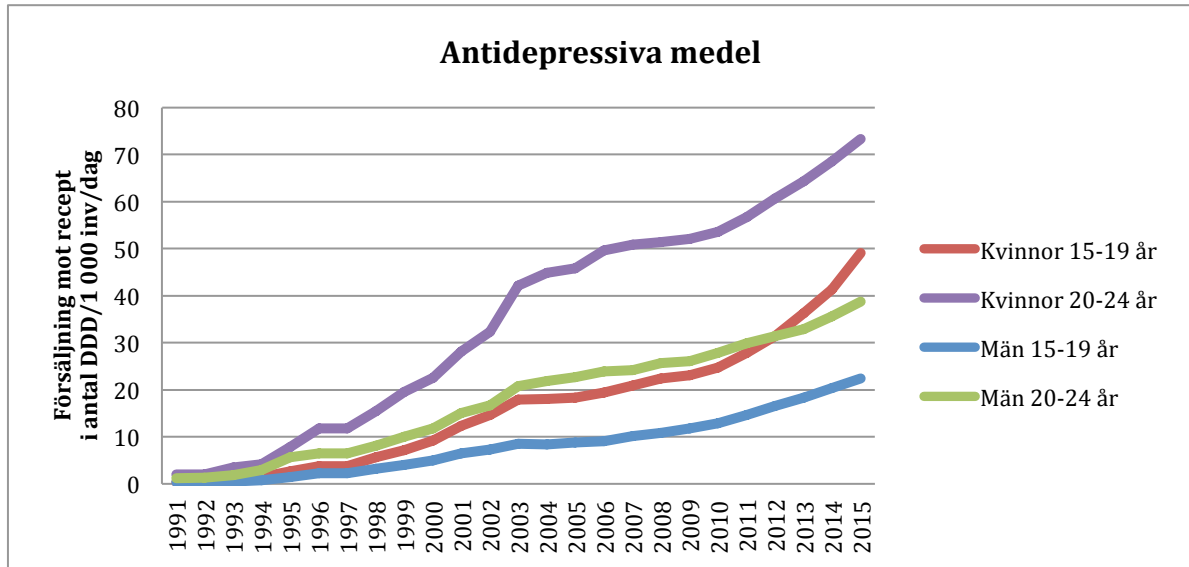
²²¹ Jaktlund. "Det är vi vuxna som sviker", 2007.

²²² de Vylder. *Vad kostar våldtäkter?*, 2010, 108.

3.12 Ökad utskrivning av psykofarmaka till unga

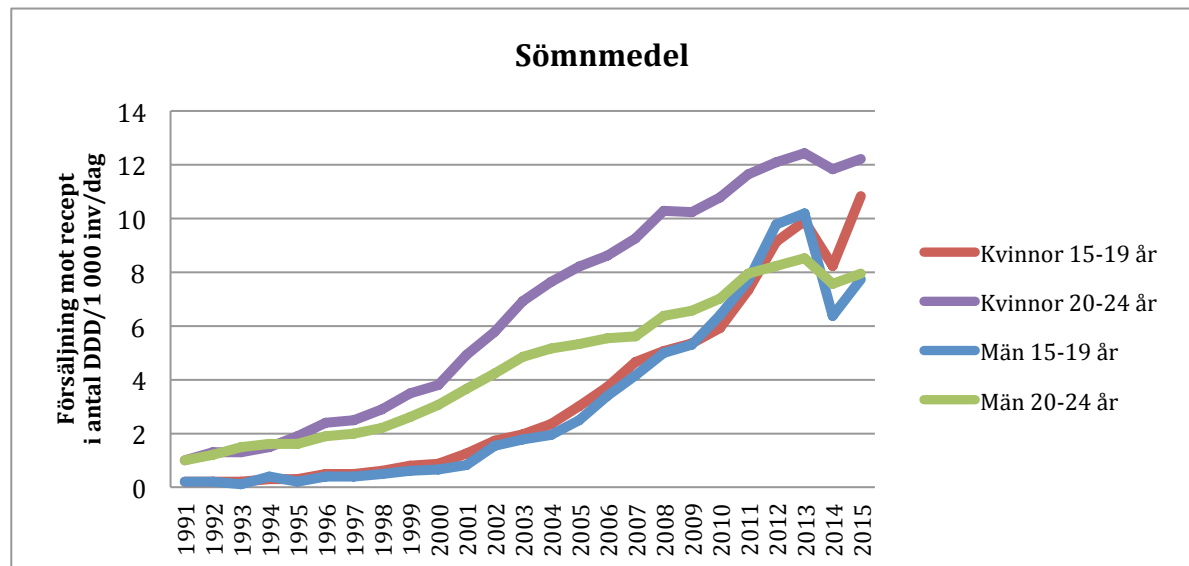
Trend

Under perioden 1991-2015 har försäljningen av antidepressiva medel ökat med 16 247 procent till unga kvinnor 15-19 år och 7 390 procent till unga män i samma åldersgrupp. I gruppen 20-24 år har antidepressiva medel ökat med 3 570 procent bland kvinnor och 3 130 procent bland män.^{223 224 225}



Källa: Apoteksbolaget. Svensk läkemedelsstatistik 1991-1999, 1992-2000; eHälsomyndigheten. "Apotekens försäljning av psykofarmaka 2000-2015", 2016; Socialstyrelsen. "Läkemedel", u.å.

Under perioden 1991-2015 har försäljningen av sömnmedel ökat med 5 320 procent till unga kvinnor 15-19 år och 3 765 procent till jämnåriga män. I gruppen 20-24 år har sömnmedel ökat med 1 121 procent bland kvinnor och 695 procent bland män.^{226 227 228}



Källa: Apoteksbolaget. Svensk läkemedelsstatistik 1991-1999, 1992-2000; eHälsomyndigheten. "Apotekens försäljning av psykofarmaka 2000-2014", 2015; Socialstyrelsen. "Läkemedel", u.å.

²²³ Apoteksbolaget. Svensk läkemedelsstatistik 1991-1999, 1992-2000.

²²⁴ eHälsomyndigheten. "Apotekens försäljning av psykofarmaka 2000-2014", 2015.

²²⁵ Socialstyrelsen. "Läkemedel", u.å.

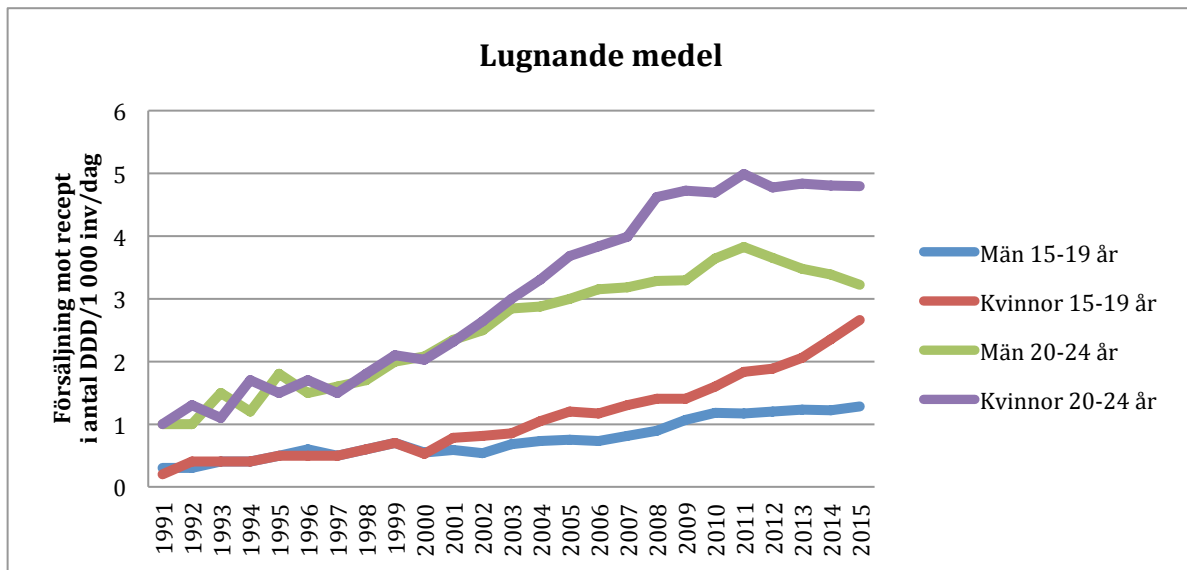
²²⁶ Apoteksbolaget. Svensk läkemedelsstatistik 1991-1999, 1992-2000.

²²⁷ eHälsomyndigheten. "Apotekens försäljning av psykofarmaka 2000-2014", 2015.

²²⁸ Socialstyrelsen. "Läkemedel", u.å.

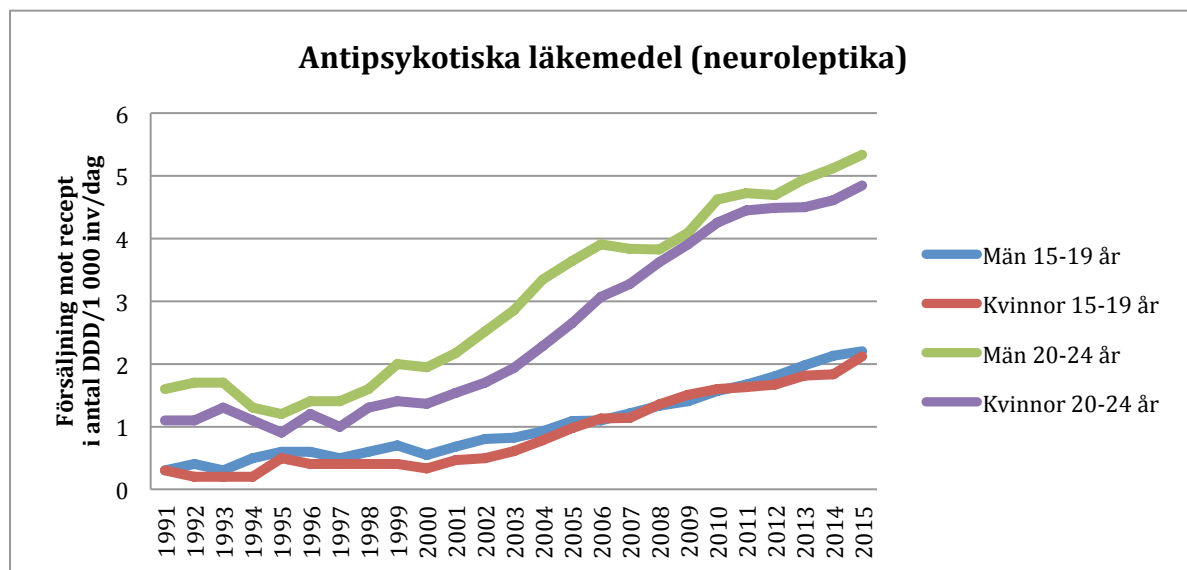
Familjepolitikens ekonomi 2015

Under perioden 1991-2015 har försäljningen av lugnande medel ökat med 1 230 procent till unga kvinnor 15-19 år och 327 procent till jämnåriga män. I gruppen 20-24 år har lugnande medel ökat med 380 procent bland kvinnor och 222 procent bland män.^{229 230 231}



Källa: Apoteksbolaget. Svensk läkemedelsstatistik 1991-1999, 1992-2000; eHälsomyndigheten. "Apotekens försäljning av psykofarmaka 2000-2014", 2015; Socialstyrelsen. "Läkemedel", u.å.

Under perioden 1991-2015 har försäljningen av antipsykotiska läkemedel (neuroleptika) ökat med 607 procent till unga kvinnor 15-19 år och 633 procent till jämnåriga män. I gruppen 20-24 år har antipsykotisk medicin ökat med 341 procent bland kvinnor och 234 procent bland män.^{232 233 234}



Källa: Apoteksbolaget. Svensk läkemedelsstatistik 1991-1999, 1992-2000; eHälsomyndigheten. "Apotekens försäljning av psykofarmaka 2000-2014", 2015; Socialstyrelsen. "Läkemedel", u.å.

²²⁹ Apoteksbolaget. Svensk läkemedelsstatistik 1991-1999, 1992-2000.

²³⁰ eHälsomyndigheten. "Apotekens försäljning av psykofarmaka 2000-2014", 2015.

²³¹ Socialstyrelsen. "Läkemedel", u.å.

²³² Apoteksbolaget. Svensk läkemedelsstatistik 1991-1999, 1992-2000.

²³³ eHälsomyndigheten. "Apotekens försäljning av psykofarmaka 2000-2014", 2015.

²³⁴ Socialstyrelsen. "Läkemedel", u.å.

Antal & kostnad

År 2015 fick 235 240 barn och unga i åldrarna 0-24 år ut olika former av receptbelagd psykofarmaka, varav 13 397 fick antipsykotiska läkemedel (neuroleptika), 50 185 fick lugnande medel, 48 186 fick sömnmedel, 67 914 fick antidepressiva medel och 55 558 fick adhd-medel.²³⁵ Sistnämnda läkemedelsgrupp bedöms relevant att räkna in i den psykofarmaka-användning som kan ha viss koppling till den svenska barnomsorgsmodellen, eftersom forskare konstaterat att stökiga/stora barngrupper i förskolan kan trigga igång störningar hos barn med adhd, autism eller Aspergers syndrom.²³⁶ Sammanlagt kostade psykofarmakan staten 462 260 318 kronor. Här saknas uppgifter om läkarbesökskostnaden för utskrivning av medicinen, där landstingen också står för största delen.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

I Europa sker en överutskrivning av läkemedel mot depressioner och ångest till unga. Det är väldigt enkelt att skriva ut ett recept. Men det kan finnas allvarliga biverkningar, och vissa mediciner har inte prövats länge på barn. Psykosociala insatser kräver mer tid, engagemang och pengar. Men det är att föredra i många fall. De kan både ändra symptomen och personens möjligheter att hantera sina problem i framtiden. Mer måste göras för att skapa sociala skyddsnät [vilket familjen är den naturliga och grundläggande formen av²³⁷] där man är uppmärksam på sjukdomstecken som humörsvingningar, sömnproblem och svårigheter att sköta vardagliga rutiner, säger Shahar Saxena, chef för FN:s världshälsoorganisation WHO:s avdelning för mental hälsa.²³⁸

Lena Leissner, sömnexpert och överläkare vid neurokliniken i Örebro, är starkt kritisk mot den ökade utskrivningen av psykofarmaka och tror att det handlar om föräldrar som tar en genväg för att slippa engagera sig i något som är tyngre, om stressade familjer som vill väl, men med en överfull vardag. Barn som medicineras för adhd får sämre stöd på annat sätt, till exempel med terapi och familjestöd, trots att detta rekommenderas – även vid medicinering. Förändringar i vårt sätt att leva har en del i barns ökade psykiska besvär. Hon menar att vi måste fråga oss om vi ska ha ett samhälle där tio procent av barnen kvalar in under diagnosen adhd eller om det också har att göra med hur vi organiserar vårt samhälle.²³⁹

Diskussion/Slutsatser

Det är anmärkningsvärt att Socialstyrelsen i samband med publiceringen av läkemedelsstatistiken för 2015^{240 241} väljer att inte lyfta fram den fortsatta ökningen av olika former av psykofarmaka till unga, som till och med accelererat det senaste året inom flera åldersgrupper och läkemedelstyper. Myndigheten redovisar inte heller statistik äldre än 2006 i sin databas, vilket inte ger en fullständig bild av utvecklingen. Socialstyrelsen brukar ibland påpeka att nya läkemedel ofta en hög procentuell ökningstakt i början och att det därför kan bli missvisande att jämföra utvecklingen från start. Men även om man tar hänsyn till det och bortser från de första tio åren, framgår det av ovanstående fyra diagram att ökningen för samtliga typer av psykofarmaka har varit påfallande stor även de senaste 15 åren.

Dessvärre är utskrivningen av psykofarmaka bara toppen på isberget; ett exempel är den ökade användningen av receptfria värktabletter bland unga:

Nästan var sjätte tonårstjej (15 %) i Stockholm äter receptfria värktabletter som Alvedon dagligen eller flera gånger i veckan, visar Svenska Dagbladets enkät bland 14-16-åringar. Flickorna tar tabletter mot huvudvärk och menssmärtor – men även mot stress, sömnbrist och övervikt. Motsvarande siffra för killarna är drygt nio procent. Överanvändning medför risk för kronisk huvudvärk och leverskador.

²³⁵ Socialstyrelsen. "Läkemedel", u.å.

²³⁶ Berglund & Pettersson. *Att ha barn med ADHD, autism eller Aspergers syndrom i förskolan*, 2011, 6.

²³⁷ FN. "FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna", 1948, art 16:3.

²³⁸ von Hall. "Psyisk ohälsa i fokus för WHO", 2013.

²³⁹ Sundén Jelmini. "Barnens pillerkarta ritas om", 2013.

²⁴⁰ Socialstyrelsen. *Statistik om läkemedel år 2015*, 2016.

²⁴¹ Socialstyrelsen. *Statistik om läkemedel till barn*, 2016.

Receptfria värktabletter har blivit den vanligaste metoden som tonårsflickor använder vid självmordsförsök.²⁴²

År efter år toppar Alvedon och andra värktabletter med paracetamol listan över de läkemedel som oftast orsakar förgiftning. Sedan år 2000 har antalet förfrågningar till Giftinformationscentralen om förgiftade barn och unga under 20 år ökat från 751 till 1 531 år 2012 [+ 104 %]. Den verkliga siffran är med största sannolikhet högre eftersom frågorna främst speglar behovet hos oerfarna läkare. De läkare som stött på problemet tidigare behöver inte lika ofta be om råd.²⁴³

För beräkningar, se Bilaga 1.

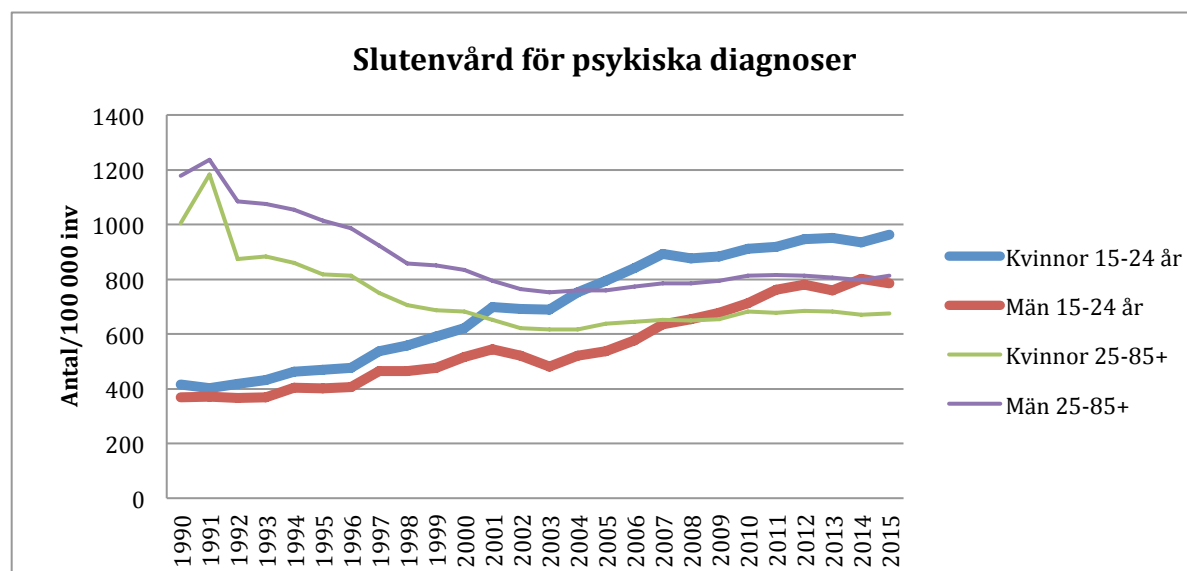
²⁴² Ennart. "Tonårstjejer använder värktabletter mot allt", 2010.

²⁴³ Ennart. "Forskare: Alvedon hade aldrig godkänts om det lanserats i dag", 2013.

3.13 Ökad psykvård av allt fler unga

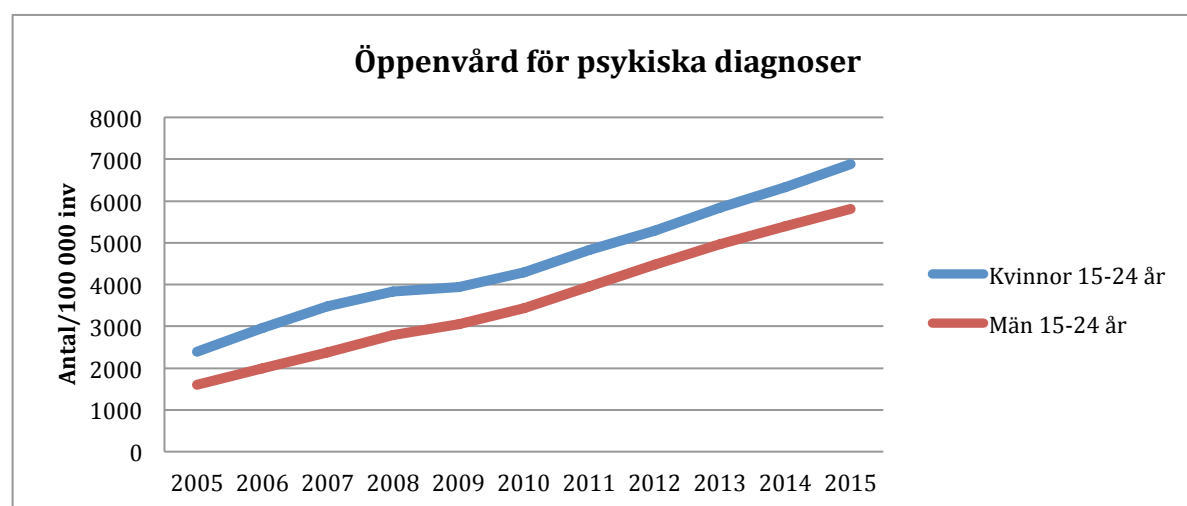
Trend

Under perioden 1990–2015 har inläggningarna i sluten psykiatrisk vård bara ökat bland unga, medan de minskat i alla andra åldersgrupper. Bland unga kvinnor (15-24 år) ökade antalet inlagda med 132 procent och bland unga män med 113 procent.²⁴⁴



Källa: Socialstyrelsen. Statistik om sjukdomar behandlade i sluten vård 2015 Tabeller, 2017, 5; Socialstyrelsen. "Diagnoser i sluten vård, u.å"; SCB. "Folkmängd", u.å.

Även inom den psykiatriska öppenvården har antalet unga patienter ökat, under perioden 2005-2015 med 188 procent bland kvinnor i åldrarna 15-24 år och med 263 procent bland män i samma åldrar.²⁴⁵ Men mörkertalet är stort enligt Socialstyrelsen eftersom många besök inte rapporteras till patientregistret.²⁴⁶



Källa: Socialstyrelsen. "Diagnoser i öppen vård", u.å.

²⁴⁴ Socialstyrelsen. Statistik om sjukdomar behandlade i sluten vård 2015 Tabeller, 2017, 5.

²⁴⁵ Socialstyrelsen. "Diagnoser i öppen vård", u.å.

²⁴⁶ Mossing. "Mörkertal inom BUP:s besöksstatistik", 2011.

Antal & kostnad

År 2015 fick 235 291 barn och unga i åldrarna 0-24 år vård för psykiska problem, varav 224 480 fick öppenvård och 10 811 fick slutenvård.^{247,248} Detta kostade landstingen 13 440 953 860 kronor. Här inräknas inte vård av unga med ätstörningar då de redovisas separat i avsnitt 3.8.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

I organisationen Bris studie av barn och unga som kontaktat dem för att de mår psykiskt dåligt, berättar 37 procent av barnen/ungdomarna om förhållanden som tyder på emotionell omsorgssvikt [se Forskning om omsorg sidan 10]. Begreppet beskriver brist på och avsaknad av positivt och konstruktivt bemötande i relationen mellan förälder och barn. Barnen får inte tillräcklig känslomässig näring i form av närhet, kärlek, uppmärksamhet, bekräftelse, stöd, positiv feedback och gränser. Det här förekommer dels i familjer med missbruk eller psykisk sjukdom, men också i socialt välfungerande familjer där heltidsarbetande föräldrar inte har ork och tid över för barnen. Vissa berättelser antyder att föräldrarna haft svårigheter från början med att knyta an till sina barn.²⁴⁹

Brister i anknytning och närhet när barnet är litet visar sig ofta extra starkt i tonåren. I många av berättelserna om depression finns också ensamhet, avstånd och föräldrar som kanske aldrig kunnat prata med barnet om det som barnet känner. Det kan vara svårt för tonårsföräldrar som aldrig har haft en öppen och förtroendefull kommunikation med sitt barn, att åstadkomma det när de är tonåringar. Grunden finns inte där och då håller inte överbyggnaden heller.²⁵⁰

I en internationell undersökning sammanställd av WHO uppger barnen i Nederländerna, Spanien och Grekland att de mår bäst. Ett område där svenska barn hamnade långt ned på listan (plats 15 av 21) handlade om relationer till familjen. Frågorna innefattade familjestruktur, gemensamma måltider, utrymme för samtal och känsla av delaktighet. Drygt hälften av de svenska barnen svarade ja på frågan om föräldrarna tillbringade tid med att bara prata med dem flera gånger i veckan jämfört med 70 procent av holländska barn.²⁵¹

Diskussion/Slutsatser

Det är anmärkningsvärt att Socialstyrelsen i sin rapport²⁵² inte uppmärksammar ovanstående ökning av psykiatrisk slutenvård av unga de senaste decennierna som går tvärsamt utvecklingen i resten av befolkningen.

Ökningen bland unga ökar även risken för framtida kostnader då det visat sig att ungdomar som har vårdats för psykisk sjukdom ofta behöver psykiatrisk vård även på längre sikt, eftersom det handlar om ett utdraget sjukdomsförlopp. De använder också mer psykofarmaka och har förhöjd dödlighet jämfört med ungdomar som inte är psykiskt sjuka.²⁵³

För beräkningar, se Bilaga 1.

²⁴⁷ Socialstyrelsen. "Diagnoser i öppen vård", u.å.

²⁴⁸ Socialstyrelsen. "Diagnoser i slutenvård", u.å.

²⁴⁹ Bris. *Kan man bli sjuk av ord?* 2008, 4, 28 & 61.

²⁵⁰ Bris. *Se hela mig!* 2012, 72.

²⁵¹ Carling. "Nolltolerans mot ohälsa har sitt pris", 2009.

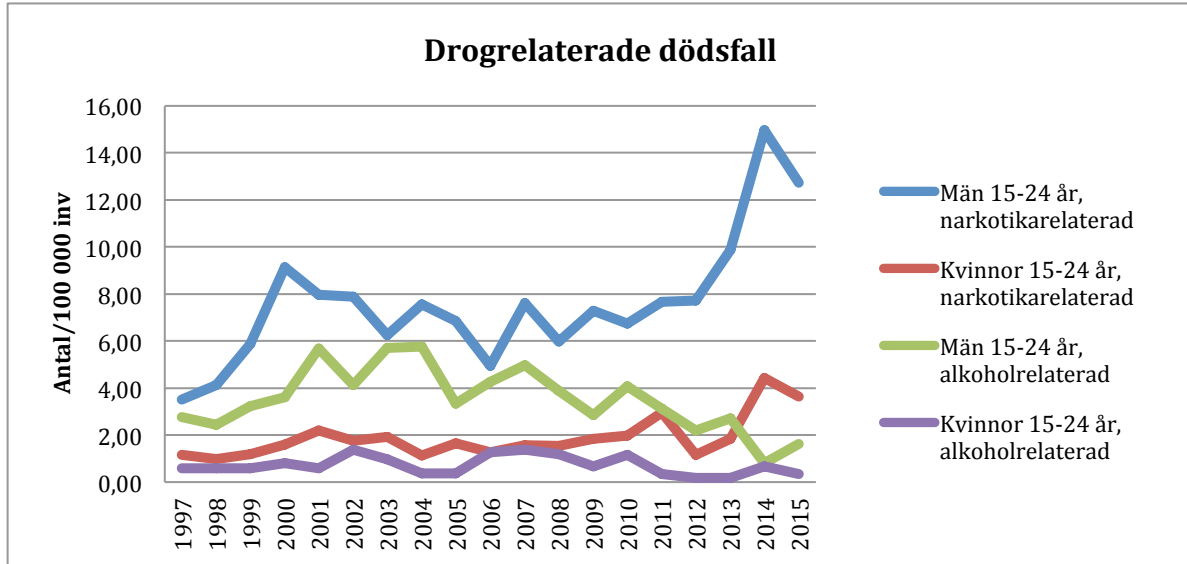
²⁵² Socialstyrelsen. *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2015*, 2017.

²⁵³ Socialstyrelsen. *Psykisk ohälsa bland unga*, 2013, 28.

3.14 Ökande drogmissbruk bland unga

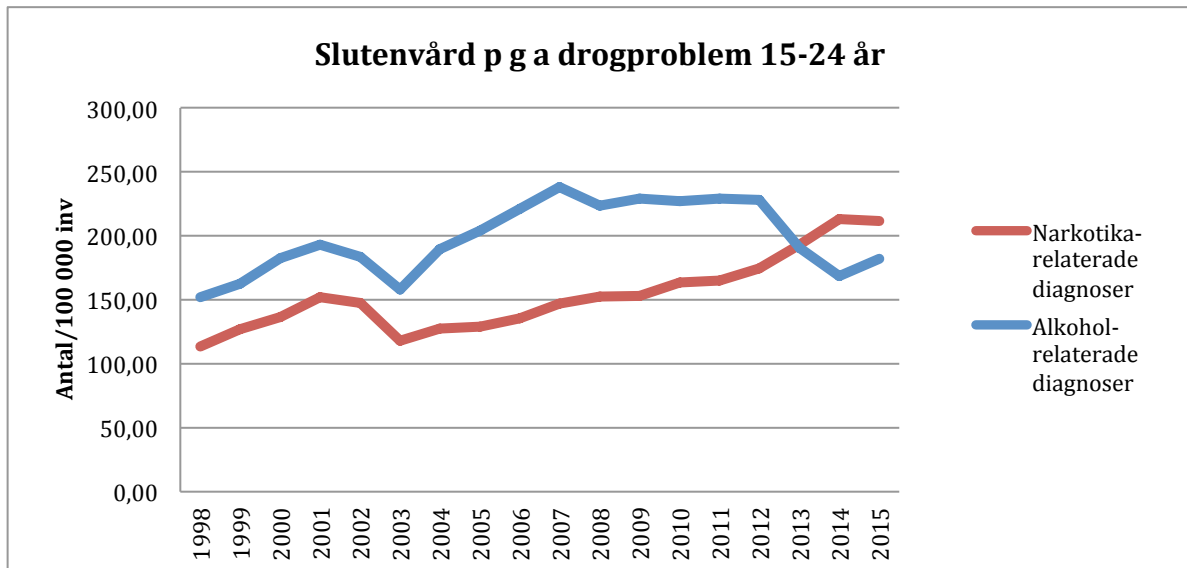
Trend

Under perioden 1997-2015 har narkotikarelaterade dödsfall ökat med 262 procent bland män i åldrarna 15-24 år och med 215 procent bland kvinnor i samma åldersgrupp.²⁵⁴



Källa: Socialstyrelsen, "Dödsorsaker", u.å.

Under perioden 1998-2015 har antalet unga i åldrarna 15-24 år som fått slutenvård för narkotikaproblem ökat med 86 procent och för alkoholproblem med 20 procent.²⁵⁵

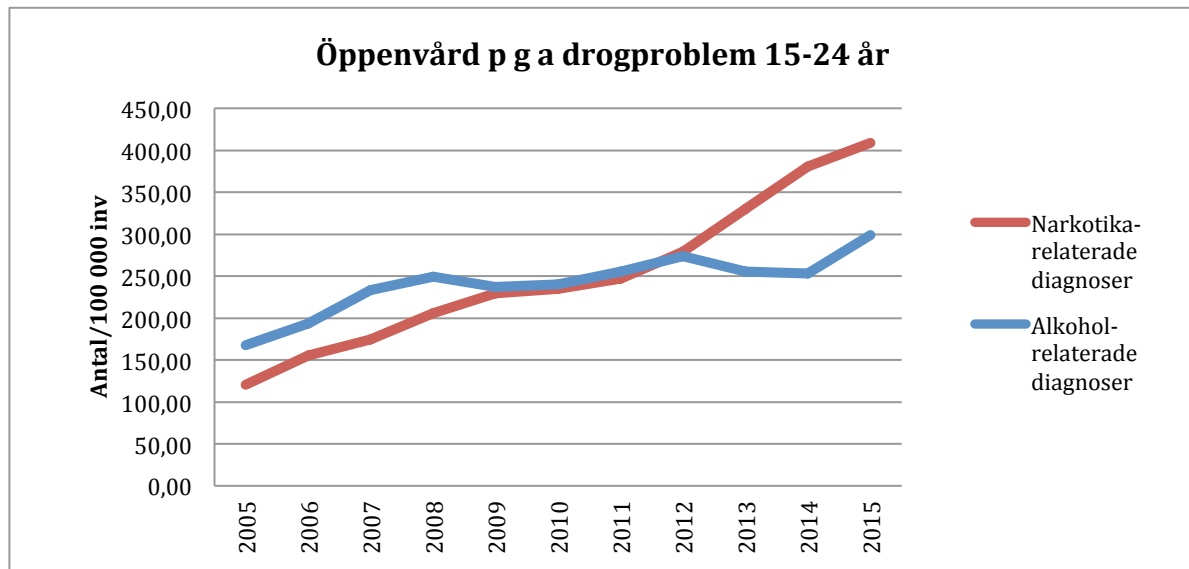


Källa: Socialstyrelsen. "Diagnoser i slutenvård", u.å.

²⁵⁴ Socialstyrelsen, "Dödsorsaker", u.å.

²⁵⁵ Socialstyrelsen. "Diagnoser i slutenvård", u.å.

Inom öppenvården har antalet unga i åldrarna 15-24 år med narkotikaproblem ökat med 86 procent och med alkoholproblem med 20 procent under perioden 2005-2015.²⁵⁶



Källa: Socialstyrelsen. "Diagnoser i öppen vård", u.å.

Antal & kostnad

År 2015 dog 12 unga i åldrarna 0-24 år av alkoholrelaterade orsaker och 101 av narkotikarelaterade orsaker, sammanlagt 113 döda.²⁵⁷ Samma år fick 2 283 unga i åldrarna 0-24 år slutenvård och 3 695 öppenvård för alkoholrelaterade diagnoser samt 2 555 slutenvård och 4 951 öppenvård för narkotikarelaterade diagnoser, sammanlagt 13 484 unga.²⁵⁸ Totalt kostade vården samt dödsfallen 879 360 042 kronor för landsting och kommuner.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

Brister i anknytning, omsorg och tillsyn utgör riskfaktorer för att ungdomar ska börja använda droger, medan viktiga friskfaktorer är att känna tillhörighet och anknytning samt att ha ett gott familjeklimat och kärleksfulla relationer.²⁵⁹

Enligt överläkaren och psykoterapeuten Paula Liljeberg på alkoholmottagningen Maria Ungdom i Stockholm är gruppsytrycket starkt bland ungdomar – och det gäller även när det kommer till alkohol. I de yngre tonåren blir kompisarna mer förebilder än föräldrarna. Men föräldrar är fortsatt viktiga för att hjälpa dem stå emot alkohol, exempelvis genom att jobba med barnens förmåga att sätta gränser. De bör också lära känna gängen som de ingår i och hålla koll när de är ute.²⁶⁰ För att föräldrar ska kunna göra detta krävs att man byggt upp en nära och förtroendefull relation med sitt barn under uppväxten.

Diskussion/Slutsatser

Det är anmärkningsvärt att Socialstyrelsen vid publiceringen av 2015 års statistikrapport om dödsorsaker²⁶¹ och slutenvård²⁶² inte lyfter fram hur narkotikarelaterade dödsfall och slutenvård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser har ökat bland unga i åldrarna 15-24 år sedan 1990-talet.

²⁵⁶ Socialstyrelsen. "Diagnoser i öppenvård", u.å.

²⁵⁷ Socialstyrelsen. "Dödsorsaker", u.å.

²⁵⁸ Socialstyrelsen. "Diagnoser i slutenvård", u.å.

²⁵⁹ Leikin. "Unga vill ha hjälp – de tar droger av en anledning", 2010.

²⁶⁰ Borneskans. "Gruppsytryck styr ungas drickande", 2014.

²⁶¹ Socialstyrelsen, *Statistik om dödsorsaker 2015*, 2016.

²⁶² Socialstyrelsen. *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2015*. 2017.

Antalet missbrukare är sannolikt mycket större än de som hamnar i slutenvård: År 2011 angav 30 procent av kvinnorna och 39 procent av männen i åldrarna 16–24 år att de hade en riskabel alkoholkonsumtion²⁶³. Detta motsvarar 372 790 unga med riskabel alkoholkonsumtion år 2015.

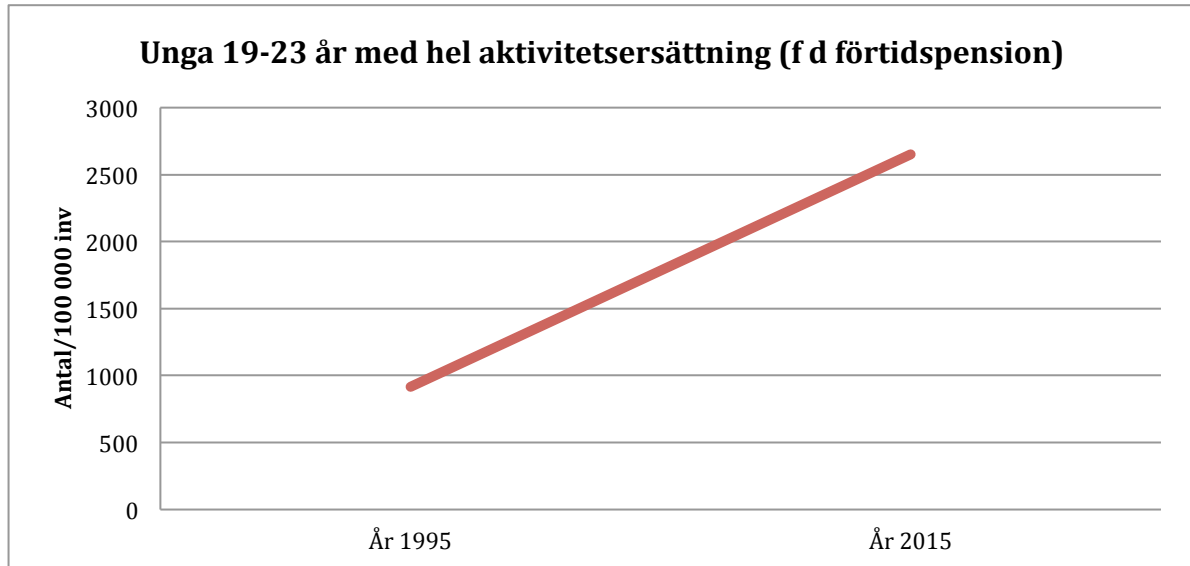
För beräkningar, se Bilaga 1.

²⁶³ Ungdomsstyrelsens skrifter 2012:2. *Ung i dag 2012*, 2012, 75.

3.15 Ökat utanförskap bland unga

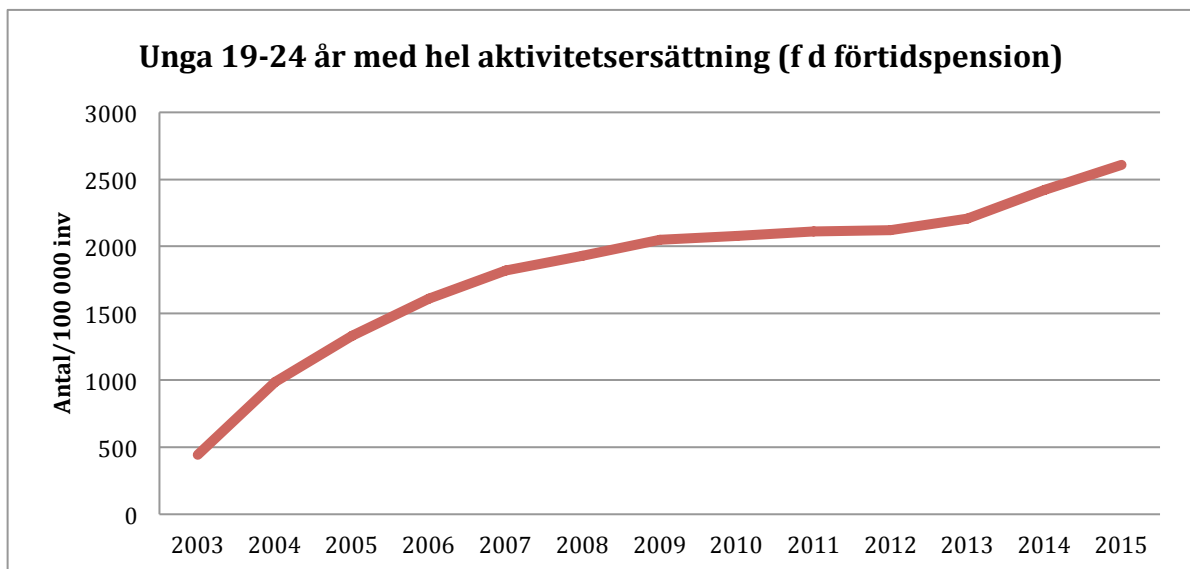
Trend

Mellan 1995 och 2015 ökade andelen unga med aktivitetsersättning (fram till 2002 kallat förtidspension) i åldrarna 19-23 år med 190 procent.^{264 265} (Här bör observeras källans val av åldersgrupp som saknar 24-åringar, vilka denna rapport omfattar.)



Källor: S 2010:04. *Unga vuxna med aktivitetsersättning – risk för suicidförsök och suicid*, 2013, 13; Försäkringskassan. "Aktivitetsersättning i december 2003-2015 med fördelning efter ålder", u.å.

För åldersgruppen 19-24 år finns bara statistik från 2003, men ökningen till 2015 är ännu större, 488 procent.²⁶⁶



Källor: Försäkringskassan. "Aktivitetsersättning i december 2003-2015 med fördelning efter ålder", u.å.

²⁶⁴ S 2010:04. *Unga vuxna med aktivitetsersättning – risk för suicidförsök och suicid*, 2013, 13.

²⁶⁵ Försäkringskassan. "Aktivitetsersättning i december 2003-2015 med fördelning efter ålder", u.å.

²⁶⁶ Ibid.

Antal & kostnad

År 2015 hade 19 998 unga i åldrarna 19-24 år full aktivitetsersättning, eftersom de troligen inte skulle kunna arbeta heltid på minst ett år på grund av en sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Därtill hade 952 unga partiell aktivitetsersättning på 75, 50 eller 25 procent.²⁶⁷ Utöver dessa befann sig en mängd andra i utanförskap av andra orsaker såsom arbetslöshet, brottslighet, etc. Totalt hamnar 12,8 procent av en årskull utanför samhället²⁶⁸, vilket motsvarar 98 057 unga i åldrarna 19-24 år baserat på befolkningen år 2015. Detta kostade staten 53 715 134 315 kronor.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

Studier visar att resan mot utanförskap inleds för de flesta tidigt i livet, samt att det finns brytpunkter då utanförskapsprocessen går fortare än annars och förloppet accelererar. En sådan är då barnet börjar i förskolan och inte fungerar i grupp med andra barn.²⁶⁹

Tidiga förebyggande insatser är avgörande för att barn som riskerar att hamna i utanförskap inte ska göra det. Dessutom är kostnaden för förebyggande åtgärder betydligt lägre än utanförskapets slutgiltiga pris.²⁷⁰ Målgruppen för den primära insatsen är inte de utsatta barnen, riskzonsbarnen eller de sköra barnen utan alla barn. Föräldrarnas roll ses som avgörande i det förebyggande arbetet, därför handlar det om att stödja föräldraskapet.²⁷¹

Diskussion/Slutsatser

En omtvistad fråga inom arbetslöshetsforskningen gäller orsakssambandets riktning: blir man arbetslös för att man har dålig psykisk hälsa eller får man dålig psykisk hälsa för att man är arbetslös? Det är rimligt att tro att båda hypoteserna är giltiga och båda hypoteserna har också fått empiriskt stöd.²⁷² Denna forskning motsäger alltså den ensidiga förklaring som många politiker länge lutat sig mot: om vi skapar fler jobb till ungdomar blir de inte psykiskt sjuka. Utifrån forskningen är det också rimligt att dra slutsatsen att en trygg ung människa har bättre förutsättningar att tackla svårigheterna att ta sig in på arbetsmarknaden än en otrygg.

Det är anmärkningsvärt att Försäkringskassan inte redovisar äldre statistik för aktivitetsersättning/förtidspension än från 2003²⁷³. Det ger inte hela bilden av den negativa utvecklingen, där ökningen av aktivitetsersättning/förtidspension var ännu större sedan mitten av 1990-talet.

Om man gjorde en samhällsekonomisk kalkyl skulle man även få lägga till produktionsbortfall, inklusive uteblivna skatteintäkter och bidrag till socialförsäkringssystemen, vilket ger ytterligare 28 902 987 149 kronor i kostnader.²⁷⁴

För beräkningar, se Bilaga 1.

²⁶⁷ Försäkringskassan. "Aktivitetsersättning i december 2003-2015 med fördelning efter ålder", u.å.

²⁶⁸ Skandia Idéer för Livet. "Om utanförskapets pris", 2014.

²⁶⁹ Nilsson. *Helhetssyn och långsiktighet*, 2011, 12, 40 & 54.

²⁷⁰ Skandia Idéer för Livet. "Om utanförskapets pris", 2014.

²⁷¹ Nilsson & Wadeskog. *Bättre att stämma i bäcken än i ån*, 2008, 19 & 42.

²⁷² Ungdomsstyrelsens skrifter 2013:3. *Unga med attityd 2013*, 2013, 244.

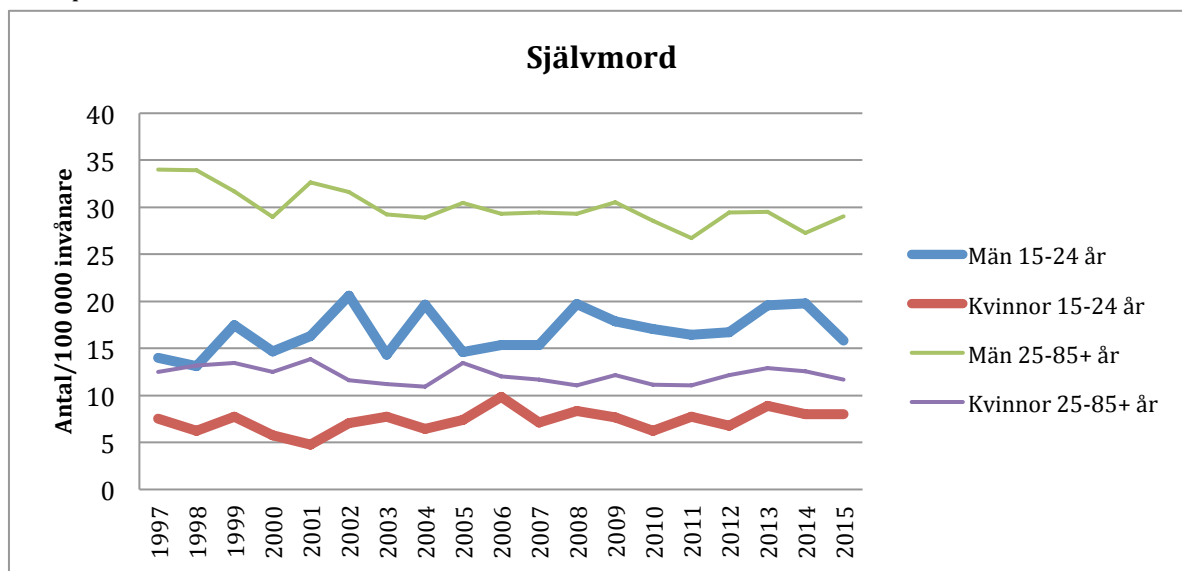
²⁷³ Försäkringskassan. "Aktivitetsersättning i december 2003-2015 med fördelning efter ålder", u.å.

²⁷⁴ Nilsson & Wadeskog. *Underlag till: En socioekonomisk analys av Skolverkets samverkansprojekt*, 2010, 23, 26-27.

3.16 Ökande självmord och självmordsförsök bland unga

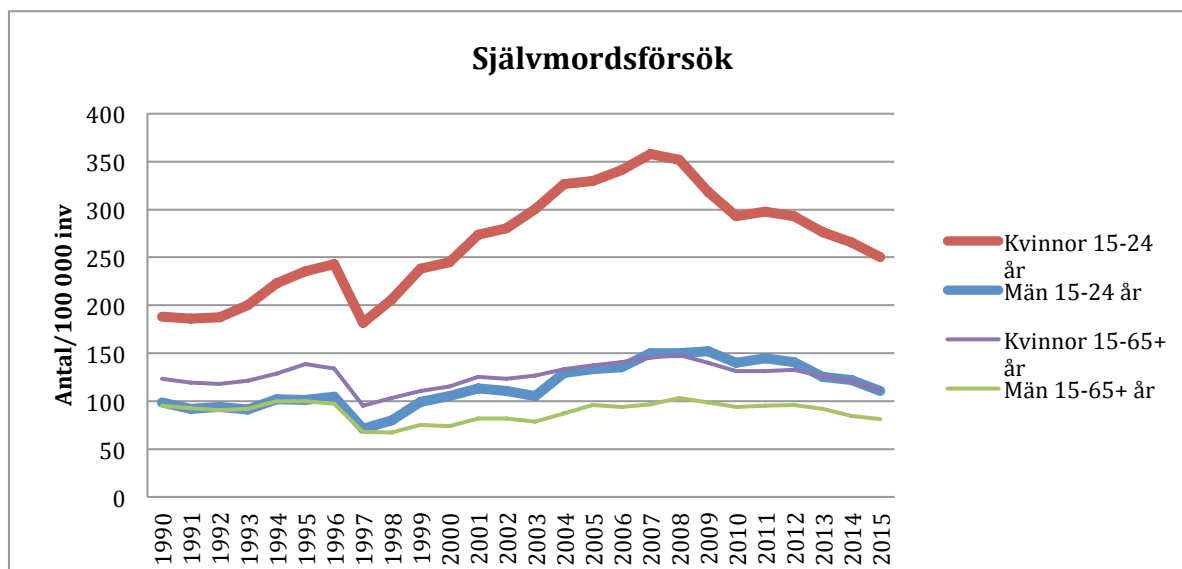
Trend

Sedan 1980 har självmordstalet sjunkit för samtliga åldersgrupper utom för unga i åldrarna 15-24 år, där det snarare har skett en liten ökning det senaste decenniet.²⁷⁵ Under perioden 1997-2015 har antalet självmord ökat med 13 procent bland unga män i denna åldersgrupp och med 6 procent bland unga kvinnor. Samtidigt har självmordstalen i övriga vuxenbefolkningen sjunkit med 15 procent för männen och 6 procent för kvinnorna.²⁷⁶



Källa: Socialstyrelsen. "Dödsorsaker", u.å.

Andelen ungdomar som gör självmordsförsök ökade kraftigt fram till 2007. Bland kvinnor har ökningen skett sedan början av 1990-talet och bland män sedan slutet av 1990-talet.²⁷⁷ Trots de senaste årens minskning har självmordsförsöken bland unga ändå ökat totalt sett under perioden 1990-2015, med 33 procent bland unga kvinnor 15-24 år och med 12 procent bland unga män i samma åldersgrupp.²⁷⁸



Källor: Wasserman. "Självmordsförsök i Sverige", 2017.

²⁷⁵ Mind. "Fakta om självmord", u.å.

²⁷⁶ Socialstyrelsen. "Dödsorsaker", u.å.

²⁷⁷ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*, 2009, 69.

²⁷⁸ Wasserman. "Självmordsförsök i Sverige", 2017.

Antal & kostnad

År 2015 registrerades 155 självmord bland unga i åldrarna 0-24 år.²⁷⁹ För självmordsförsök finns ingen heltäckande statistik, eftersom dessa i många fall aldrig kommer till någon myndighets eller vårdgivares kännedom.²⁸⁰ Nästan hälften av dem som försökt ta livet av sig kommer inte till sjukhus.²⁸¹ År 2015 fick 2 295 unga i åldrarna 0-24 år slutenvård för självmordsförsök²⁸², vilket inklusive 40 procents mörkertal blir totalt 3 825 självmordsförsök. Sammanlagt kostade självmorden och självmordsförsöken bland unga 454 995 035 kronor.

Koppling till den svenska barnomsorgsmodellen

De psykosociala förklaringsmodeller som förts fram om varför självmord ökar bland unga handlar om fenomen relaterade till snabba förändringar i samhället på grund av globalisering, arbetsmarknadsförhållanden etc. Man tror att förlust av traditionell familjestruktur och traditionella etiska värderingar samt brist på nya normer och socialt sammanhang bidrar till upplevelser av tomrum och en känsla av villrådighet och hopplöshet.²⁸³ Dessa faktorer stämmer in på kriterierna för lågt KASAM, Känsla Av SAMmanhang, se avsnitt 2.7 under Forskning.

Närhet och omsorg i relationen mellan föräldrar och ungdomar minskar risken för att självmordstankar leder till självmordsförsök, visar en studie från University of British Columbia.²⁸⁴ Upplevelsen av ensamhet i barndomen samt frekvent social jämförelse med andra är tydligt relaterat till en förhöjd risk för självmordsbeteende senare i livet, enligt en ny avhandling från Stockholms universitet.²⁸⁵

Ovanstående forskningsrön bekräftas i en debattartikel skriven av en förälder vars son begick självmord: "Det är så viktigt att prata och ta del av sina ungdomars vardag. Då kan vi ge dem verktyg att analysera den information de hittar [om självmordstankar på internet]. Att våga fråga hur våra ungdomar mår kan faktiskt rädda liv. Självmordsnära får en minskad förmåga att klä i ord vad de känner. Därför måste man vara påstridig."²⁸⁶

Diskussion/Slutsatser

Antalet självmord bland unga kan förmodas vara många fler än 155. En studie från Bournemouth University visar att antalet självmord sannolikt är underrapporterat i många västländer, allra mest i Sverige och fem andra länder.²⁸⁷

Eftersom självmordsförsök är den starkaste riskfaktorn för framtida självmord, så kan självmorden komma att öka framöver om vi inte lyckas få ner självmordsförsöken. Av dem som vårdats på sjukhus för självmordsförsök dör 10-15 procent senare i självmord, varav de flesta inom ett år efter första försöket. Självmordsrisken kan kvarstå i flera decennier efter självmordsförsöket.²⁸⁸ Detta betyder att av de 3 825 unga som gjorde självmordsförsök år 2015 kommer 382-574 att dö senare i självmord.

Utöver de som begick självmord eller självmordsförsök finns många fler i riskzonen. Grovt sett räknar man med att det för varje person som överlevt ett självmordsförsök finns hundra personer som planerar ett självmordsförsök.²⁸⁹ Alltså fanns det år 2015 ytterligare cirka 382 500 (3 825 x 100) unga som mädde så dåligt att de planerade att ta sina liv. Dessa inkluderas dock inte i kostnadsberäkningen här, eftersom

²⁷⁹ Socialstyrelsen. "Dödsorsaker", u.å.

²⁸⁰ Mind. "Fakta om självmord", u.å.

²⁸¹ Mårtensson. "De känner att ingen bryr sig", 2014.

²⁸² Socialstyrelsen, "Yttre orsaker till skador och förgiftningar", u.å.

²⁸³ Wasserman. "Självmord bland unga ökar i Sverige", 2004.

²⁸⁴ Saffer et al. "Caring youth-parent relations can be vital to preventing adolescent suicide attempts", 2015.

²⁸⁵ Rojas. "Självmordsbeteende kan kopplas till faktorer i barndomen, 2014.

²⁸⁶ Iverus. "Vuxenlöst nät kan leda unga fel", 2006.

²⁸⁷ Pritchard & Hansen, *Examining Undetermined and Accidental Deaths as Source of 'Under-Reported- Suicide' by Age and Sex in Twenty Western Countries*, 2015, 3.

²⁸⁸ Mårtensson. "De känner att ingen bryr sig", 2014.

²⁸⁹ Mind. "Fakta om självmord", u.å.

Familjepolitikens ekonomi 2015

många av dem sannolikt finns med bland andra kostnader för psykisk ohälsa. Men gruppens storlek är väsentlig att notera då den signalerar om en betydande risk för att de statsfinansiella och samhällsekonomiska kostnaderna för självmord/självordsförsök kan stiga ytterligare i framtiden.

De indirekta kostnaderna för självmord och självordsförsök är ännu större än de direkta som påverkar statsfinanserna och som denna rapport fokuserar på. I en samhällsekonomisk kalkyl skulle de indirekta kostnaderna i form av produktionsbortfall uppgå till ytterligare 1 923 371 585 kronor för år 2015.

För beräkningar, se Bilaga 1.

4 Statsfinansiell redovisning

Här följer en ekonomisk sammanställning av resultaten för den svenska barnomsorgsmodellen och dess hälsoeffekter som redovisades i avsnitt 3.

Kostnaderna för psykisk ohälsa bland barn och ungdomar redovisas som bikostnader, då det sannolikt finns många faktorer som bidrar till den ökande psykiska ohälsan bland barn och ungdomar, varav brister i grundläggande omsorgsbehov är som påvisats en mycket viktig faktor. I vilken grad detta påverkar ungas psykiska hälsa är däremot svårt att avgöra och därför görs en försiktig skattning på tio procent.

4.1 Resultaträkning

(miljoner kronor)

Statsfinansiella intäkter

Inkomstskatt	31 480
Summa statsfinansiella intäkter	31 480

Statsfinansiella kostnader

<i>Direkta kostnader</i>	
Förskolesubventioner	-65 719
<i>Resultat efter direkta kostnader</i>	<i>-34 239</i>

<i>Indirekta kostnader</i>	
Ökad sjuklighet bland förskolebarn (VAB)	-3 347
Ökade sjukskrivningar bland föräldrar	-2 471
<i>Resultat efter direkta och indirekta kostnader</i>	<i>-40 057</i>

<i>Bikostnader för fysisk & psykisk ohälsa bland unga</i>	
Ökande hörselproblem	-1 311
Ökande mobbning	-49
Försämrade skolresultat	-13 925
Ökande ätstörningar	-28 591
Ökning av viktproblem	-671
Ökade självsador	-36 932
Ökning av grova brott	-2 516
Ökande utskrivning av psykofarmaka	-462
Ökad psykvård av unga	-13 441
Ökande drogmissbruk	-879
Ökat utanförskap	-53 715
Ökande självmord och självmordsförsök	-455
<i>Summa bikostnader</i>	<i>-152 947</i>
Varav 10 % schablonkostnad för ungas fysiska & psykiska ohälsa med koppling till den svenska barnomsorgsmodellen	-15 295
Summa statsfinansiella kostnader	-86 832

STATSFINANSIELT ÅRSRESULTAT	-55 352
------------------------------------	----------------

Diskussion/Slutsatser

Resultaträkningens förlust på 55 miljarder kronor år 2015 visar att den svenska barnomsorgsmodellen är statsfinansiellt oekonomisk redan i dag. I ett långsiktigt perspektiv är den också ohållbar i den bemärkelse som FN definierar hållbar utveckling, eftersom den bidrar till att försämra nästa generations psykiska hälsa och därmed äventyrar deras möjligheter att tillfredsställa sina behov. Detta står i strid med alla tre dimensionerna av hållbarhet (se Bakgrund s 9):

- Social hållbarhet – på grund av att barnomsorgsmodellen inte uppfyller grundläggande mänskliga behov;
- Ekologisk hållbarhet – på grund av att barnomsorgsmodellen inte förmår hushålla med mänskliga resurser på lång sikt;
- Ekonomisk hållbarhet – på grund av att barnomsorgsmodellen inte anpassats efter vad människors (barns) hälsa tål och långsiktigt investerar i denna resurs.

Ett tioprocentigt samband mellan den svenska barnomsorgsmodellen och ungas psykiska ohälsa är sannolikt för lågt räknat. 50 procent framstår som mer realistiskt med tanke på att minst 44 procent av ungdomarna i åldrarna 15-24 år har dålig självkänsla (se sidan 15). Ett annat faktum som talar för 50-procentsnivån är att 34-57 procent av alla barn är högekänsliga och/eller introverta barn (se sidan 18) och har ett större behov av lugn och ro och att få vara för sig själva snarare än i stora barngrupper. Ett tredje faktum är att en rad symptom på psykisk ohälsa bland unga har fördubblats de senaste 15-20 åren och att den enskilt största förändringen i dessa barns uppväxtvillkor är den minskade tiden med föräldrarna. Om man korrigerade denna förändring och gav dem mer tid med föräldrarna, borde man på sikt kunna få ner den psykiska ohälsan till den nivå den låg på innan förändringen. Detta skulle innebära en halvering, alltså 50 procent. Därmed kan man med stor säkerhet säga att åtminstone hälften av alla barn hade behövt få mer tid med sina föräldrar under uppväxten. Utifrån detta presenteras på nästa sida ett exempel på hur man skulle kunna minska den psykiska ohälsan bland unga genom att förändra den svenska barnomsorgsmodellen.

4.2 Alternativ resultaträkning för en hållbar barnomsorgsmodell

Här presenteras en skiss på hur en hållbar barnomsorgsmodell skulle kunna se ut samt dess resultaträkning. Skissen är avsedd att ge exempel på olika möjligheter till förbättring av resultatet, inte en exakt angivelse av ett givet utfall.

Scenario: Familjepolitiken ändras så att Sveriges föräldrar själva får disponera de cirka 10 000 kronor/månad/barn som varje förskoleplats subventioneras med, på den omsorg som passar deras barns behov bäst. Utfallet i resultaträkningen påverkas av fyra variabler:

1. Hur stor andel av alla föräldrar som väljer att stanna hemma och ta hand om sina barn. (För enkelhetens skull, räknas här med att alla föräldrar har ett barn i förskoleålder. Därmed blir andelen hemmabarn lika stor som andelen hemmaföräldrar.)
2. Hur stor riskandel som dessa hemmaföräldrar tidigare hade för att bli sjukskrivna för stress när de arbetade jämfört med övriga föräldrar.
3. Hur stor riskandel som hemmabarnen tidigare hade för att utveckla psykisk ohälsa när de inte var hemma jämfört med övriga barn.
4. Hur stor kopplingen är mellan den svenska barnomsorgsmodellen och ungas psykiska ohälsa.

Självklart är psykisk ohälsa inte jämnt fördelad bland alla unga, utan vissa drabbas mer och andra mindre. Ett rimligt antagande är att en större andel av de föräldrar som skulle välja att vara hemma torde vara de som har märkt att deras barn behöver mer tid med dem. Många av dem har troligen också känt sig otillräckliga att ge barnen den tiden på grund av sin arbets-/livssituation och därför i högre grad varit sjukskrivna för stress. De hade alltså en större riskandel än andra föräldrar (variabel 2). Om dessa föräldrar får bättre förutsättningar att ge barnen den tid som de behöver med dem, minskar därför sannolikt kostnaderna för föräldrars stress procentuellt mer än den procentandel som hemmaföräldrarna utgör av den totala gruppen föräldrar.

De barn vars föräldrar har märkt att de behöver mer tid med dem har sannolikt en större riskandel än andra barn för att utveckla psykisk ohälsa om de inte får den tiden (variabel 3). Men om de får mer tid genom en förändring av familjepolitiken, skulle förmodligen bikostnaderna för psykisk ohälsa på sikt minska procentuellt mer än den procentandel som hemmabarnen utgör av den totala gruppen barn.

På nästa sida visas tre exempel på kombinationer av värden på variablerna 1-3, där 2 och 3 uppskattas vara dubbelt så stora som 1 utifrån ovanstående antagande. För variabel 4, kopplingen svensk barnomsorgsmodell-psykisk ohälsa, provas två värden: 10 procent som utgjorde en försiktig skattning i resultaträkningen för nuvarande barnomsorgsmodell (se sidan 55) samt 50 procent som torde utgöra en mer realistisk skattning (se Diskussion/Slutsatser sidan 56).

Detta innebär att exempel 1 med värdena 10/20/20 på variablerna 1-3 bygger på antagandet att 10 procent av föräldrarna väljer att stanna hemma med sina barn, vilket gör att antalet barn i förskolan minskar med lika mycket. Det minskar skatteintäkterna med 10 procent och förskolesubventionerna likaså, men dessa 10 procent går i stället till subvention av hemmaomsorg. Kostnaderna för VAB minskar också med 10 procent. Kostnaderna för föräldrars sjukskrivning för stress minskar med 20 procent, likaså bikostnaderna för ungas psykiska ohälsa. Vid en 10-procentig koppling mellan den svenska barnomsorgsmodellen och psykisk ohälsa skulle förlustresultatet minska med 1 procent och vid en 50-procentig koppling skulle det minska med 11 procent.

Exempel 2 med värdena 25/50/50 på variablerna 1-3 bygger på antagandet att 25 procent av föräldrarna väljer att stanna hemma med sina barn, vilket gör att antalet barn i förskolan minskar med lika mycket. Det minskar skatteintäkterna med 25 procent och förskolesubventionerna likaså, men dessa 25 procent går i stället till subvention av hemmaomsorg. Kostnaderna för VAB minskar också med 25 procent. Kostnaden för föräldrars sjukskrivningar för stress minskar med 50 procent, likaså bikostnaderna för ungas psykiska ohälsa. Vid en 10-procentig koppling mellan den svenska barnomsorgsmodellen och psykisk ohälsa skulle förlustresultatet minska med 3 procent och vid en 50-procent koppling skulle det minska med 28 procent.

Familjepolitikens ekonomi 2015

Exempel 3 med värdena 50/100/100 på variablerna 1-3 bygger på antagandet att 50 procent av föräldrarna väljer att stanna hemma med sina barn, vilket gör att antalet barn i förskolan minskar med lika mycket. Det minskar skatteintäkterna med 50 procent och förskolesubventionerna likaså, men dessa 50 procent går i stället till subvention av hemmaomsorg. Kostnaderna för VAB minskar också med 50 procent. Kostnaden för föräldrars sjukskrivningar för stress minskar med 100 procent, likaså bikostnaderna för ungas psykiska ohälsa. Vid en 10-procentig koppling mellan den svenska barnomsorgsmodellen och psykisk ohälsa skulle förlustresultatet minska med 7 procent och vid en 50-procentig koppling skulle det minska med 56 procent.

Sammantaget visar exemplen att denna reform inte skulle kosta något, utan att den kan spara pengar åt stat, landsting och kommuner.

Familjepolitikens ekonomi 2015

<i>(miljoner kronor)</i>	Nuvarande barnomsorgsmodell	Ny hållbar barnomsorgsmodell		
		Exempel 1 (10/20/20)	Exempel 2 (25/50/50)	Exempel 3 (50/100/100)
Statsfinansiella intäkter				
Inkomstskatt	31 480	28 332*	23 610*	15 740*
Summa statsfinansiella intäkter	31 480	28 332	23 610	15 740
Statsfinansiella kostnader				
<i>Direkta kostnader</i>				
Förskolesubventioner	-65 719	-59 147	-49 289	-32 860
Barnomsorgspeng (f d förskolesubventioner)		-6 572	-16 430	-32 859
<i>Resultat efter direkta kostnader</i>	-34 239	-37 387	-42 109	-49 979
<i>Indirekta kostnader</i>				
Ökad sjuklighet bland förskolebarn (VAB)	-3 347	-3 012	-2 510	-1 674
Ökade sjukskrivningar bland föräldrar	-2 471	-1 977	-1 236	0
<i>Resultat efter direkta och indirekta kostnader</i>	-40 057	-42 376	-45 855	-51 653
<i>Bikostnader för fysisk & psykisk ohälsa bland unga</i>				
Ökande hörselproblem	-1 311			
Ökande mobbning	-49			
Försämrade skolresultat	-13 925			
Ökande ätstörningar	-28 591			
Ökning av viktproblem	-671			
Ökade självskador	-36 932			
Ökning av grova brott	-2 516			
Ökande utskrivning av psykofarmaka	-462			
Ökad psykvård av unga	-13 441			
Ökande drogmissbruk	-879			
Ökat utanförskap	-53 715			
Ökande självmord och självmordsförsök	-455			
<i>Summa bikostnader</i>	-152 947			
Varav schablonkostnad för ungas fysiska & psykiska ohälsa med koppling till den svenska barnomsorgsmodellen				
(vid 10 % koppling)	-15 295	-12 236	-7 648	0
(vid 50 % koppling)	-76 474	-61 179	-38 237	0
Summa statsfinansiella kostnader				
(vid 10 % koppling)	-86 832	-82 944	-77 113	-67 393
(vid 50 % koppling)	-148 011	-131 887	-107 702	-67 393
STATSFINANSIELT ÅRSRESULTAT				
(vid 10 % koppling)	-55 352	-54 612	-53 503	-51 653
(vid 50 % koppling)	-116 531	-103 555	-84 092	-51 653

* Minskningen av skatteintäkter är sannolikt mindre än beräknat, eftersom någon annan förmodligen får jobbet. I så fall skulle barnomsorgsmodellens resultat förbättras med motsvarande belopp - och samhället fick lägre arbetslöshet som bonus.

5 Slutsatser

Rapporten har kartlagt en tydlig trend av ökande psykisk ohälsa bland barn och unga samt föräldrar under de senaste decennierna. Den har också visat på ett tids- och orsakssamband med den familjepolitiskt drivna förändringen av svensk barnomsorg sedan 1970-talet, från hemma- till institutionsbaserad. Sambandet styrks av forskning inom en rad områden som berör barns omsorgsbehov för att utveckla en god psykisk hälsa och visar att barn behöver mer tid med sina föräldrar än vad den svenska barnomsorgsmodellen ger utrymme för.

Med en försiktig värdering av detta samband till tio procent, slutar den statsfinansiella resultaträkningen för den svenska barnomsorgsmodellen i en förlust på drygt 50 miljarder kronor år 2015. Den är således statsfinansiellt oekonomisk redan i dag. I ett långsiktigt perspektiv är den också ohållbar i den bemärkelse som FN definierar hållbar utveckling, eftersom den bidrar till att försämra nästa generations psykiska hälsa och därmed äventyrar deras möjligheter att tillfredsställa sina behov.

Detta väcker två frågor som Sveriges skattebetalare har anledning att ställa till politikerna:

- Är det rimligt att fortsätta hantera svenska skattemedel och Sveriges främsta framtidsresurs – barnen - på detta sätt?
- Kan statens och kommunernas ensidiga subventioner av förskolan användas till andra barnomsorgsalternativ som ger bättre ekonomiskt resultat och bättre hälsa bland barn och unga (och deras föräldrar)?

Referenser

Akademiska sjukhuset. "Hur går behandlingen till?". Akademiska sjukhuset, Ätstörningsenheten. 2014-06-16. <http://www.akademiska.se/sv/Verksamheter/Barn--och-ungdomspsykiatri/Mottagningar/BUP---Astorningsenhet/Behandling/Hur-gar-behandlingen-till/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Andersson, Bernt. "Dyrt med hörapparat". *Veteranen*. 2011-11-09. <http://www.veteranen.se/samhalle/det-ar-dyrt-att-hora-bra/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Angelov, Nikolay, Johansson, Per, Lindahl, Erica och Lindström, Elly-Ann. *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering*. 2011. <http://www.ifau.se/Upload/pdf/se/2011/r11-02-Kvinnors-och-mans-sjukfranvaro.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Anorexicentrum. "Utredning och behandling vid Anorexicentrum". Huddinge sjukhus. 1998-03-01. <http://www.hallbarfamiljepolitik.nu/wp-content/uploads/2015/12/ANOREXICENTRUM.pdf> (Dokumentet hämtades 2014-06-16 men har sedan försvunnit från internet. Finns sparad och uppladdad på denna rapports blogg.)

Apoteksbolaget. *Svensk läkemedelsstatistik 1991-1999*. Apoteksbolaget. 1992-2000.

Arevik, Niklas. "Hur skapa arbetsro i svenska klassrum?". *Lärarnas Tidning*. 2014-05-09. <http://www.lararnasnyheter.se/lararnas-tidning/2014/05/09/hur-skapa-arbetsro-svenska-klassrum> (Hämtad på Internet 2016-12-12)

Aron, Elaine N. "Högekänslighet". U.å. <http://www.hsperson.se/h%C3%B6gk%C3%A4nslighet.shtml> (Hämtad på Internet 2016-12-31)

Aron, Elaine N. *Sensitive – the untold story*. 2015. <https://sensitive-theuntoldstory.vhx.tv/packages/sensitive-the-untold-story-1> (Hämtad på Internet 2016-12-31)

Aron, Elaine N. "The Highly Sensitive Person". *Comfort Zone ONLINE*. Augusti 2005. <http://www.hsperson.com/pages/1Aug05.htm> (Hämtad på Internet 2016-12-31)

Barnombudsmannen. "Klara, färdiga, gå! Om de yngsta medborgarna och deras rättigheter". Barnombudsmannen. 2007. <http://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/publikationer/arsrapporter/klara-fardiga-ga-2007/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Beckman, Karin, Dahlin, Marie, Tidemalm, Dag och Runeson, Bo. "Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada". *Läkartidningen*. 7/2010. http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/13767/LKT1007s428_431.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Begler, Ann-Marie & Brattlund, Lars-Åke. "Sjukfrånvaron fortsätter att öka i snabb takt". *Dagens Nyheter*, 2015-11-27. <http://www.dn.se/debatt/sjukfranvaron-fortsatter-att-oka-i-snabb-takt/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Belsky, Jay. *Effects of child care on child development: give parents real choice*. Birkbeck University of London, Institute for the Study of Children, Families and Social Issues. 2009. http://www.mpsv.cz/files/clanky/6640/9_Jay_Belsky_EN.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Berglund, Sarah och Pettersson, Caroline. *Att ha barn med ADHD, autism eller Aspergers syndrom i förskolan*. Högskolan i Gävle, Akademin för utbildning och ekonomi. 2011. <http://hig.diva-portal.org/smash/get/diva2:448097/FULLTEXT01> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Bertolani, Hanna. *Anknytnings komplexitet*. Lunds universitet, Institutionen för psykologi. 2007. <http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/1323064/file/1323065.pdf> (Hämtad på Internet 2016-12-31)

Familjepolitikens ekonomi 2015

Birkedahl, Lena, Bjurén, Per, Neuman, Börje, Ohlin, Johansson, Anette och Wolmar, Ann. *Att förebygga fetma hos barn och ungdom - en ekonomisk analys*. Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdskansliet Mariestad. 2011. http://www.vgregion.se/upload/H%C3%A4lso-och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mndernas%20kansli%20HSNK/Gammalt%20material%20hsnk/H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdskansliet%20Mariestad/2011/Att%20f%C3%B6rebygga%20fetma%20hos%20barn%20och%20ungdom_en%20ekonomisk%20analys.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Borneskans, Fredrik. "Gruppträck styr ungas drickande". Systembolaget. U.å. <http://www.inarchive.com/page/2011-08-11/http://www.systembolaget.se/Alkohol-och-halsa/Ungdomar/Gruppträck-styr-ungas-drickande/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Boyse, Kyla. "Sibling Abuse". University of Michigan Health System. 2012. <http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/sibabuse.htm> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Braw, Christian. "Ungdom, mognad och hjärnforskning". *Kyrkans Tidning*. 2011-04-19. <http://www.kyrkanstidning.se:8080/debatt/ungdom-mognad-och-hjarnforskning> (Hämtad på Internet 2014-06-16)

Bremberg, Sven. *Barnrapporten*. Stockholms läns landsting. Smedjebacken: Fälth & Hässler, 1998.

Bris. "Dags att genomföra nolltolerans mot mobbning!" *Barnens Rätt I Samhället*. 2011-09-05. <http://www.bris.se/default.asp?pageID=29&id=1503&pageOffset=6> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Bris. *Kan man bli sjuk av ord?* *Barnens Rätt I Samhället*. 2008. https://www.bris.se/upload/Articles/Kan_man_bli_sjuk_av_ord.pdf (Hämtad på Internet 2015-11-18)

Bris. *Se hela mig!* *Barnens Rätt I Samhället*. 2008. https://www.bris.se/upload/Articles/Rapport_hela%20mig_ensidig.pdf (Hämtad på Internet 2015-11-18)

Brå. "Förebygg mobbning". Brottsförebyggande rådet. U.å. <http://www.bra.se/bra/forebygga-brott/mobbning.html> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 1995". Brottsförebyggande rådet. U.å. <http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/statistik/personer-lagforda-for-brott.html> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 2015". Brottsförebyggande rådet. U.å. <http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/statistik/personer-lagforda-for-brott.html> (Hämtad på Internet 2017-03-28)

Brå. "Utdömda strafftider för nio brottstyper". Brottsförebyggande rådet. 2015-08-18. <https://www.bra.se/bra/nytt-fran-bra/arkiv/nyheter/2015-08-18-utdomda-strafftider-for-nio-brottstyper.html> (Hämtad på Internet 2017-03-21)

Bölte, Sven, Ernman, Malena & Millington, Jiang. "Dags att sluta ifrågasätta adhd". *Expressen*. 2017-03-06. <http://www.expressen.se/debatt/dags-att-sluta-ifragasatta-adhd/>

Cain, Susan. "The power of introverts". TED. Februari 2012. http://www.ted.com/talks/susan_cain_the_power_of_introverts (Hämtad på Internet 2016-12-31)

Cain, Susan. *Tyst. De introvertas betydelse i ett samhälle där alla hörs och syns*. Stockholm: Natur & Kultur, 2013.

Carling, Maria. "Nolltolerans mot ohälsa har sitt pris". *Svenska Dagbladet*. 2009-03-18. http://www.svd.se/nolltolerans-mot-ohalsa-har-sitt-pris_2612403 (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Familjepolitikens ekonomi 2015

de Vylder, Stefan. "Vad kostar våldtäkter?" I *Sju perspektiv på våldtäkt*, 109-131. Uppsala universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid. 2010. http://www.samtycke.nu/doc/sju_persp_valdtakt.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Duvander, Ann-Zofie. "Barn börjar tidigare i förskola". *Välfärd*. 2/2006. Statistiska centralbyrån. http://www.scb.se/Grupp/Valfard/BE0801_2006K02_TI_11_A05ST0602.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

eHälsomyndigheten. "Apotekens försäljning av psykofarmaka till ungdomar/unga vuxna mot recept 2000-2014, DDD per tusen invånare och dag". eHälsomyndigheten. 2015-03-16. (Email)

Ekonomifakta. "Resultat PISA – internationellt". Ekonomifakta. 2016-12-06. <http://www.ekonomifakta.se/Fakta/Utbildning-och-forskning/Provresultat/Resultat-PISA/> (Hämtad på Internet 2016-12-12)

Engström, Annika och Karlsson, Pär. "Självsckador vanligt även bland pojkar". *Svenska Dagbladet*. 2009-08-16. http://www.svd.se/nyheter/inrikes/sjalvsckador-vanligt-aven-bland-pojkar_3363749.svd (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Ennart, Henrik. "Forskare: Alvedon hade aldrig godkänts om det lanserats i dag". *Svenska Dagbladet*. 2013-01-17. http://www.svd.se/forskare-alvedon-hade-aldrig-godkants-om-det-lanserats-i-dag_7835466 (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Ennart, Henrik. "Ondskan sitter i pannloben". *Svenska Dagbladet*. 2013-05-04. http://www.svd.se/bild-av-hjarnan-avslojar-risk-att-bli-mordare_8143636 (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Ennart, Henrik. "Tonårstjejer använder värktabletter mot allt". *Svenska Dagbladet*. 2010-12-27. http://www.svd.se/tonarstjejer-anvander-varktabletter-mot-allt_5832335 (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Ennart, Henrik. "Våldets anatomi". *Svenska Dagbladet*. 2013-05-04. [Endast i tryckt tidning.]

Ergon, Jens. "Tre gånger mer psykisk ohälsa bland unga". *SVT Nyheter*. 2014-06-06. <http://www.svt.se/nyheter/vetenskap/tredubblad-psykisk-ohalsa-bland-unga> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Fagerlind, Anna de Lima. "Fick panikångest av kraven och stressen". *Dagens Nyheter*. 2013-05-07. <http://www.dn.se/nyheter/sverige/fick-panikangest-av-kraven-och-stressen/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Farrington, David P., Lösel, Friedrich, Ttofi, Maria M. och Theodorakis, Nikos. *School Bullying, Depression and Offending Behaviour Later in Life*. Brottsförebyggande rådet. 2012. http://www.bra.se/download/18.1ff479c3135e8540b29800014815/2012_Bullying_perpetration_webb.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

FN. "FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna". Förenta Nationerna. 1948. <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana-forklaring-om-de-manskliga-rattigheterna/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Folkhälsoinstitutet. *Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder*. Folkhälsoinstitutet. 2013. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12824/R2013-02-Barn-och-unga-2013.pdf> (Hämtad på Internet 2015-10-20)

Folkhälsoinstitutet. "Spädbarns anknytning". Statens folkhälsoinstitut. 2010. http://hallbarfamiljepolitik.nu/?attachment_id=2223 (Dokumentet försvann från myndighetens hemsida vid omgörningen till Folkhälsomyndigheten 2014-01-01, men finns sparad och uppladdad på denna rapport's blogg.)

Folkhälsomyndigheten. "BMI-indikatorer 16-24 år". Folkhälsomyndigheten. 2017-04-21. (Email)

Folkhälsomyndigheten. "Har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?"

Folkhälsomyndigheten. 2015-06-04. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/konferensdokumentation/har-den-psykiska-ohalsan-okat-bland-barn-och-unga-i-sverige/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Folkhälsomyndigheten. "Vikt (BMI) efter ålder, kön och år". Folkhälsomyndigheten. 2017. http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV_aLevvanor_aahLevvanorvikt/HLV_ViktoBMI_alder.px/?rxid=79ecf45a-b12b-40f3-a9c8-5f8090263f45 (Hämtad på Internet 2017-04-24)

Forskning.se. "Hur vanlig är fetma?" U.å.

<http://www.forskning.se/nyheterfakta/teman/fetma/tiofragorochsvar/hurvanligarfetma.5.61c03dad1180e26cb8780005234.html> (Hämtad på Internet 2015-10-21)

Fredholm, Lotta. "Tonårshjärnan baxnar". *Forskning & Framsteg*. 1/2007.

<http://fof.se/tidning/2007/1/tonarshjarnan-baxnar> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Friends. *Friendsrapporten 2013. Om mobbning och kränkningar i skolans värld*. Friends. 2013.

<http://issuu.com/friends.se/docs/fr13-0812> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Friends. *Friendsrapporten 2016*. Friends. 2016. <https://friends-brandmanualswede.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2016/08/friendsrapporten-16-webb.pdf> (Hämtad på Internet 2016-10-08)

Friends. *Friends nätrapport 2015*. Friends. 2015. <http://friends.se/wp-content/uploads/2015/03/Natrapporten-final-webb.pdf>

(Hämtad på Internet 2015-10-21)

Friends. *Mobbningens kostnader. En socioekonomisk analys*. Friends. 2016. <https://friends-brandmanualswede.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2016/06/Mobbningens-kostnader-webb.pdf>

(Hämtad på Internet 2016-12-08)

Frithiof, Lotta. "Dålig självkänsla ger sämre livskvalitet". *Uppsala Nya Tidning*. 2009-02-04.

<http://unt.se/start/dalig-sjalkvansla-ger-samre-livskvalitet-255806.aspx> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Fritze, Gunilla. "Pedofilmisstänkt har jobbat på 26 förskolor". *SVT Nyheter Skåne*. 2015-08-21.

<http://www.svt.se/nyheter/regionalt/skane/pedofilmisstankt-har-jobbat-pa-26-forskolor> (Hämtad på Internet 2015-11-11)

Försäkringskassan. "Aktivitetsersättning i december 2003-2015 med fördelning efter ålder".

Försäkringskassan. U.å. https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/82f022da-7354-4ae1-a8f0-a42bf8d47321/Aktivitetsersattning_efter_alder.xls?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-82f022da-7354-4ae1-a8f0-a42bf8d47321-l2OKx7h (Hämtad på Internet 2016-12-14)

Försäkringskassan. "Antal dagar med sjukpenning fördelat efter län och åldersgrupp". Försäkringskassan. U.å.

http://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk_rehabiliteringspenning/sjukochrehabsjukpenning/sjukpenningstatdaglan/sjukpen_offstat1 (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Försäkringskassan. "Omfattande dubbelarbete ökar risken för sjukfrånvaro – även för pappor".

Försäkringskassan. 2015-01-14.

http://www.forsakringskassan.se/press/pressmeddelanden/omfattande_dubbelarbete (Hämtad på Internet 2015-10-20)

Försäkringskassan. "Pågående sjukfall per det sista datumet i varje kvartal med fördelning efter diagnos och åldersklass". Försäkringskassan. U.å.

http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/3c58939c-8679-41a1-8770-8be952bffd9c/Pagaende_sjukfall_diagnos.xlsm?MOD=AJPERES (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Familjepolitikens ekonomi 2015

- Försäkringskassan. *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser*. Försäkringskassan. 2014.
http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/03dcfe19-c989-4f46-a7f5-760d573b8d1f/socialforsakringsrapport_2014_04.pdf?MOD=AJPERES (Hämtad på Internet 2015-10-08)
- Försäkringskassan. "Socialförsäkringen i siffror 2016". Försäkringskassan. 2016.
https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/32edb6fd-2008-4a65-b345-d6c7ffadb14e/socialforsakringen_i_siffror_2016_06.pdf?MOD=AJPERES (Hämtad på Internet 2017-03-28)
- Försäkringskassan. "Tillfällig föräldrapenning månadsstatistik – utbetalt belopp". Försäkringskassan. 2016. (Mejluppgift 2016-12-08)
- Försäkringskassan. "Tillfällig föräldrapenning för vård av barn. Utbetalningar och ersättningsperioder". Försäkringskassan. U.å.
https://www.forsakringskassan.se/statistik/statistik_och_analys2/barn_familj/tillfallig_foraldrapenning/var_d_av_barn
- Försäkringskassan. "Utbetalning av sjukpenning med fördelning efter län och kön". Försäkringskassan. U.å. http://www.forsakringskassan.se/statistik/statistik_och_analys2/Sjuk/sjuk_rehabiliteringspenning (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Föräldrastöd. "Anknytning". Föräldrastöd. U.å. <http://archive-se.com/page/1813682/2013-04-04/http://www.foraldrastod.se/barns-utveckling/utvecklingspsykologi/anknytning-86618> (Hemsidan lades ned 2013-04-04 men går att hitta bland arkiverade hemsidor. Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Gustafsson Kubista, Margareta. "Kortisolöverskott slår hårt mot naturlig DNA-process och psykisk hälsa". Göteborgs universitet. 2017-03-28.
<http://www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/nyheter/detalj/kortisoloverskott-slar-hart-mot-naturlig-dna-process-och-psykisk-halsa.cid1432816> (Hämtad på Internet 2017-04-24)
- Götblad, Carin. "Unga människor i Sverige begår allt grövre brott". *Dagens Nyheter*. 2007-11-12.
<http://www.dn.se/debatt/unga-manniskor-i-sverige-begar-allt-grovre-brott/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Hallengren, Lena och Fridolin, Gustav. "S och MP: Så vill vi stärka förskolan". *Svenska Dagbladet*. 2015-11-17. <http://www.svd.se/s-och-mp-sa-vill-vi-starka-forskolan> (Hämtad på Internet 2015-11-30)
- Harnesk, Göran. "De vuxna väljer att titta bort". *Svenska Dagbladet*. 2011-08-19.
http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/de-vuxna-valjer-att-titta-bort_6399543.svd (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Harradine, Linda. "Varför skadar ungdomar sig själva?" Örebro universitet. 2013-07-10.
<http://www.oru.se/Arkiv/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv1/2013/Varfor-skadar-ungdomar-sig-sjalva/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Hedlund, Monica. "Färdiga antimobbingsprogram kostar skolor miljoner". *Lärarnas Nyheter*. 2011-02-22.
www.lararnasnyheter.se/lararnas-tidning/2011/02/22/fardiga-antimobbingsprogram-kostar-skolor-miljoner (Hämtad på Internet 2015-12-15)
- Hellberg, Johanna och Larsson, Caroline. *Ångesten rann ut med blodet. En narrativ studie om tjejer som skär sig*. Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete. 2009.
https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/20958/1/gupea_2077_20958_1.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Heller Sahlgren, Gabriel. "Förändringarna i Pisa är opålitliga". *Dagens Samhälle*. 2016-12-06.
<https://www.dagenssamhalle.se/kronika/foeraendringarna-i-pisa-aer-opalitliga-29969?pack=29970> (Hämtad på Internet 2016-12-12)

Familjepolitikens ekonomi 2015

- Hjärnfonden. "Unga hjärnforskare får dela på över 6 miljoner kronor". Hjärnfonden. 2012-01-18. <http://feed.ne.cision.com/wpyfs/00/00/00/00/00/17/E5/31/wkr0007.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- HRF. *John Wayne bor inte här. Om hörselskadade och hörselvården i Sverige*. Hörselskadades Riksförbund. 2009. <http://www.hrf.se/system/files/dokument/horselvardsrapport09.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- HRF. *Kakofonien. En rapport om störande ljud och samtalsvänliga ljudmiljöer*. Hörselskadades Riksförbund. 2010. <http://www.befriasamtalet.se/sites/default/files/Kakofonien.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- HRF. *Myternas marknad. Årsrapport 2014*. Hörselskadades Riksförbund. 2014. http://www.hrf.se/system/files/dokument/myternas_marknad_rapport2014.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- HRF. "Landstinget i Norrbotten backar - nu blir barns hörapparater gratis". Hörselskadades Riksförbund. 2004-05-13. http://www.hrf.se/system/files/norrboten_maj04.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- HRF. *Ojämlika avgifter i landstingen drabbar hörselskadade*. Hörselskadades Riksförbund. 2012. http://www.hrf.se/system/files/dokument/avgiftsblad_okt2012_nyapril2013.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- HRF. *Sanning och konsekvens. Om hörselskadades situation i Sverige*. Hörselskadades Riksförbund. 2005. <http://www.hrf.se/system/files/dokument/rapport05.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Hälsa. "Stressade mödrar får överviktiga barn". Hälsa. 2011-11-09. <http://www.halsa.se/Kategori/Gron-mat/Vikt/Stressade-modrar-far-overviktiga-barn/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Iverus, Isabella. "Vuxenlöst nät kan leda unga fel". *Svenska Dagbladet*. 2006-01-18. http://www.svd.se/nyheter/idagsidan/barn-och-unga/vuxenlost-nat-kan-leda-unga-fel_266577.svd (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Jaktlund, Helen. "Det är vi vuxna som sviker". *Svenska Dagbladet*. 2007-10-10. <http://www.svd.se/1179768> (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Killén, Kari. *Barndomen varar i generationer*. Lund: Studentlitteratur, 2009.
- Kruse, Filip. "Sexbrott ökar bland unga". *Göteborgs-Posten*. 2009-12-05. <http://www.gp.se/nyheter/sverige/1.265036-sexbrott-okar-bland-unga> (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Kunskapsguiden.se. "Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar". U.å. <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/halsoproblem/Neuropsykiatriskafunktionsnedsattningar/Sidor/default.aspx> (Hämtad på Internet 2015-12-10)
- Kågeson, Per. "Sverige borde följa FN:s barnkonvention". *Hemmaföräldrars nätverk*. 2005. http://www.hemmaforaldrar.se/stress_hos_barn_per_kageson.htm (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Lagerblad, Anna. "Känsliga barn behöver ro". *Svenska Dagbladet*. 2012-04-26. http://www.svd.se/kansliga-barn-behover-ro_7108657 (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Larsson, Gerhard. "Missbruket kostar 150 miljarder". *Svenska Dagbladet*. 2010-11-02. http://www.svd.se/missbruket-kostar-150-miljarder_5606385 (Hämtad på Internet 2015-12-16)
- Larsson, Ylva. "Var sjätte 15-åring mobbas i skolan". SVT Nyheter. 2017-04-19. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/var-sjatte-15-arang-mobbass-i-skolan> (Hämtad på Internet 2017-04-19)

Leikin, Ann Louise. "Unga vill ha hjälp – de tar droger av en anledning". Sahlgrenska Universitetssjukhuset. 2010-02-26. <http://www.sahlgrenska.se/SU/Om-sjukhuset/Halsoframjande-sjukhus/Forelasningar/Glimtar-fran-forelasningarna/Unga-vill-ha-hjalp---de-tar-droger-av-en-anledning/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Lidman, Madeleine. "Barn mellan ett till tre år behöver omsorg - inte skola". Hemmaföräldrars nätverk. 2013-07-12. <http://hemmaforaldrar.blogspot.se/2013/07/barn-mellan-ett-till-tre-ar-behover.html> (Hämtad på Internet 2015-11-11)

Lidman, Madeleine. "Enormt många dagisbarn tappas bort varje år". Hemmaföräldrars nätverk. 2010-01-14. <http://hemmaforaldrar.blogspot.se/2010/01/enormt-manga-dagisbarn-tappas-bort.html> (Hämtad på Internet 2015-11-11)

Löfgren, Nina. "Kommuner försäkrar sig mot skadestånd i mobbningsmål". SVT Nyheter. 2015-10-05. <http://www.svt.se/nyheter/inrikes/fler-anmaler-krankande-behandling> (Hämtad på Internet 2015-10-13)

Löndahl, Charlotte. *Fetma - vår nya folksjukdom?* Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap. 2007. <http://forte.se/publikation/fetma-var-nya-folksjukdom> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Magnergård Bjers, Tina. "Fredagsmysets godis tär på hälsan". TT/Dagens Nyheter. 2011-08-01. <http://www.dn.se/livsstil/halsa/fredagsmysets-godis-tar-pa-halsan> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Mind. "Fakta om självmord". Mind. U.å. <https://mind.se/om-sjalvmord/fakta-om-sjalvmord/> (Hämtad på Internet 2017-03-06)

Mossing, Ylva. "Mörkertal inom BUP:s besöksstatistik". Aftonbladet. 2011-09-21. <http://pillerpengarpsykvard.aftonbladet.se/2011/09/morkertal-inom-bups-besoksstatistik/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Mårtensson, Mary. "De känner att ingen bryr sig". Aftonbladet. 2014-02-04. <http://www.aftonbladet.se/nyheter/sjalvmordenblandunga/article18260299.ab> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

National Institute of Mental Health. *The Teen Brain: Still Under Construction*. National Institutes of Health. 2011. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-teen-brain-still-under-construction/index.shtml> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

National Public Radio. "Understanding The Mysterious Teenage Brain". National Public Radio. 2011-09-20. <http://www.npr.org/2011/09/20/140637115/understanding-the-mysterious-teenage-brain> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Nestor, Linda. "Statistik över åtstörningar i Sverige". Healthcare Media. 2014-07-02. <http://atstorningar.se/statistik-over-atstorningar-i-sverige/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Nilsson, Ingvar. *Helhetssyn och långsiktighet. Strategier baserade på socioekonomiskt tänkande*. Skandia Försäkringsaktiebolag. 2011. http://www.kineo.nu/skolfam/moodle/pluginfile.php/51/mod_resource/content/1/Sociala_investeringar_kring_barn_och unga.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Nilsson, Ingvar och Wadeskog, Anders. *Bättre att stämma i bäcken än i ån*. Skandia Försäkringsaktiebolag. 2008. <http://www.skandia.se/hem/Global/pdf/Om%20Skandia/Id%C3%A9er%20f%C3%B6r%20livet/Ingvar%20N%20Fullst%C3%A4ndig.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Nilsson, Ingvar och Wadeskog, Anders. *Gatuväldets ekonomi*. Skandia Försäkringsaktiebolag. 2012. http://www.skandia.se/HEM/Global/pdf/Om%20Skandia/Id%C3%A9er%20f%C3%B6r%20livet/130104_Gatuvaldet_ur_ett_kommunalt_perspektiv.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Familjepolitikens ekonomi 2015

Nilsson, Ingvar och Wadeskog, Anders. *Underlag till: En socioekonomisk analys av Skolverkets samverkansprojekt*. SEE AB. 2009-11-01. http://www.seeab.se/SkolSamv/skolsamverkan_091101U.htm (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Nordlander, Jenny. "Enskilda våldtäkter kostar miljoner". *Dagens Nyheter*. 2010-06-08. <http://www.dn.se/nyheter/sverige/enskilda-valdtakter-kostar-miljoner/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Odlind, Cecilia. "Varför vill unga ta sitt liv?" Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa. 2009. <http://ki.se/forskning/varfor-vill-unga-ta-sitt-liv?a=88284&d=31432&l=sv> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Ohio State University. "How often do I need to replace my hearing aids?" Ohio State University, Wexner Medical Center. <http://hearing.osu.edu/8590.cfm#replaceaids> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Passanisi, Åsa. "Personalen går på knäna". *Aftonbladet*. 2014-05-13. <http://www.aftonbladet.se/wendela/famili/article18873819.ab> (Hämtad på Internet 2015-11-11)

Paulsson Rönnbäck, Erik. "Fler unga tjejer hoppar över frukosten". *Svenska Dagbladet*. 2011-09-03. http://www.svd.se/fler-unga-tjejer-hoppar-over-frukosten_6438606 (Hämtad på Internet 2015-12-16)
Persson, Ann. "Övervikt bland barn har blivit en klassfråga". *Dagens Nyheter*. 2013-09-15. <http://www.dn.se/nyheter/sverige/overvikt-bland-barn-har-blivit-en-klassfraga/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Persson, Ulf, Svensson, Marianne och Ödegaard, Knut. *Kostnadsutveckling i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma. Några scenarier Vårdens resursbehov och utmaningar på längre sikt*. Landstingsförbundet. 2004. http://www.nll.se/upload/IB/lg/sekr/fh/rapp/Kostnadsutveckling_for_overvikt.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Pritchard, Colin och Hansen, Lars. "Examining Undetermined and Accidental Deaths as Source of 'Under-Reported- Suicide' by Age and Sex in Twenty Western Countries". *Community Mental Health Journal*. Volume 50 Number 8. http://www.researchgate.net/publication/270054890_Examining_Undetermined_and_Accidental_Deaths_as_Source_of_Under-Reported-Suicide_by_Age_and_Sex_in_Twenty_Western_Countries (Hämtad på Internet 2015-11-25)

Psykologiguiden. "Självkänsla". U.å. <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=299&sjalvkansla> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Pålshammar, Åke. "Tonårshjärnan, risk och sex". *Läkartidningen*. 2010-02-09. <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=13719> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Ring, Sofie och Risberg, Caroline. *Elevers upplevda meningsfullhet i livet i allmänhet och i skolan*. Uppsala universitet, Institutionen för pedagogik, didaktik och utbildningsstudier. 2013. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:631787/FULLTEXT01> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Ritzén, Jessica. "Ätstörningar ökar kraftigt". *Dagens Nyheter*. 2014-12-15. <http://www.dn.se/sthlm/atstorningar-okar-kraftigt/> (Hämtad på Internet 2017-03-23)

Rojas, Yerko. "Självmondsbeteende kan kopplas till faktorer i barndomen". Stockholms universitet. 2014-05-14. <http://www.su.se/om-oss/press-media-nyheter/pressmeddelande-arkiv/sj%C3%A4lvmondsbeteende-kan-kopplas-till-faktorer-i-barndomen-1.177380> (Hämtad på Internet 2015-11-16)

Rose, Joanna. "Det behövs ett vi för att bli ett jag". *Forskning & Framsteg*. 7/2008. <http://fof.se/tidning/2008/7/det-behovs-ett-vi-for-att-bli-ett-jag> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Familjepolitikens ekonomi 2015

Rose, Joanna. "I am special I am special". *Forskning & Framsteg*. 7/2008. <http://fof.se/tidning/2008/7/i-am-special-i-am-special> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Rusanen, Erja. "Föräldrar borde få veta mer om små barns stress". *Medicinsk Access*. 2/2017. <http://medicinskaccess.se/wordpress/2017/03/19/foraldrar-bor-fa-veta-mer-om-sma-barns-stress/> (Hämtad på Internet 2017-04-24)

Rydelius, Per-Anders, Fischbein, Siv, Lahtinen, Ulla, Lundin, Nils och von Essen, Carl. "Extra stöd bör sättas in tidigare". *Svenska Dagbladet*. 2011-12-05. http://www.svd.se/extra-stod-bor-sattas-in-tidigare_6684526 (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Rädda Barnen. "Undersökningen Ung röst: 25 000 barn har fått säga sitt". Rädda Barnen. 2014-04-22. <http://www.raddabarnen.se/press/nyheter/2014/25-000-barn-har-fatt-saga-sitt-i-ung-rost/> (Hämtad på Internet 2015-11-30)

Rädda Barnen. *Ung röst 2014*. Rädda Barnen. 2014. <http://raddabarnen.sidvisning.se/ungrost2014/> (Hämtad på Internet 2015-12-02)

Räddningsverket. *Suicid och samhällsekonomiska kostnader*. Räddningsverket och Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor. 2004. https://www.msb.se/Upload/Kunskapsbank/Statistik_larande/Suicid_och_samhallsekonomiska_kostnader.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

S 2010:04. *Unga vuxna med aktivitetsersättning – risk för suicidförsök och suicid*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Statens offentliga utredningar. 2013. http://www.psfu.se/uploads/files/13_unga_vuxna_med_aktivitetsersattning.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Saffer, Boaz, Glenn, Catherine R. och Klonsky, E. David. "Caring youth-parent relations can be vital to preventing adolescent suicide attempts". University of British Columbia. 2015-02-11. <http://news.ubc.ca/2015/02/11/caring-youth-parent-relations-can-be-vital-to-preventing-adolescent-suicide-attempts/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Sahlén, Malin. "Alliansen, slopa maxtaxan nu!" *Aftonbladet*. 2013-08-23. <http://www.aftonbladet.se/debatt/article17340774.ab> (Hämtad på Internet 2015-11-23)

SBU. "Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning". Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2005. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Alert/Dialektisk-beteendeterapi-DBT-vid-borderline-personlighetsstoring/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

SCB. "Arbetslösa 16-64 år 2015". Statistiska centralbyrån. U.å. <http://scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Arbetsmarknad/Arbetskraftsundersokningar/Arbetskraftsundersokningarna-AKU/> (Hämtad på Internet 2016-12-07)

SCB. "Folkmängd". Statistiska centralbyrån. U.å. <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/> (Hämtad på Internet 2015-11-30)

SCB. "Heltidsarbetande med barn under 7 år 2007 & 2015". Statistiska centralbyrån. U.å. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0401_AM0401Q/NAKUMedelvjmfm/?rxid=e4e3ff19-565f-409b-a83c-30117a3cec59 (Hämtad på Internet 2016-12-07)

SCB. *Kommunernas finanser 2013*. Statistiska centralbyrån. 2014-08-20. <http://www.scb.se/Statistik/OE/OE0107/2013A01X/Kommunernas%20finanser%202013.pdf> (Hämtad på Internet 2015-11-12)

SCB. "Kommunernas finanser 2015". Statistiska centralbyrån. 2016-08-31. http://www.scb.se/Statistik/OE/OE0107/2015A01D/17.Kommunernas_finsanser_2015.xls (Hämtad på Internet 2016-12-07)

Familjepolitikens ekonomi 2015

SCB. *Kommunernas hushållning med resurser 2002*. Statistiska centralbyrån. 2003-09-10.
http://www.scb.se/statistik/OE/OE0107/2007A01H/OE0107_2007A01H_SM_OE25SM0801.pdf (Hämtad på Internet 2015-11-12)

SCB. *Kommunernas hushållning med resurser 2007*. Statistiska centralbyrån. 2008-09-19.
http://www.scb.se/statistik/OE/OE0107/2007A01H/OE0107_2007A01H_SM_OE25SM0801.pdf (Hämtad på Internet 2015-11-12)

SCB. *Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011*. Statistiska centralbyrån. 2012-06-28. http://www.scb.se/statistik/OE/OE0107/2012A01B/OE0107_2012A01B_SM_OE30SM1201.pdf (Hämtad på Internet 2015-11-12)

SCB. *Levnadsförhållanden rapport 123, Nu för tiden. En undersökning om svenska folkets tidsanvändning år 2010/11*. Statistiska centralbyrån. 2012.
http://www.scb.se/statistik/publikationer/LE0103_2010A01_BR_LE123BR1201.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

SCB. "Medelvärde för de som betalar skatt 2013". Statistiska centralbyrån. U.å.
http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Hushallens-ekonomi/Inkomster-och-inkomstfordelning/Inkomster-och-skatter/#c_li_HE0110B (Hämtad på Internet 2016-12-07)

SCB. *Olika generationers barnafödande*. Statistiska centralbyrån. 2011.
http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0701_2011A01_BR_BE51BR1103.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

SCB. "Prisomräknaren". Statistiska centralbyrån. U.å. <http://www.sverigeisiffror.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/prisomraknaren/> (Hämtad på Internet 2015-11-30)

SCB. "Stora skillnader i lön mellan de högst och lägst betalda yrkena". Statistiska centralbyrån. U.å.
<http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/mest-och-minst-betalda-yrkena/> (Hämtad på Internet 2017-04-18)

SCB. "Summerad fruktsamhet efter kön och år 2015". Statistiska centralbyrån. U.å.
<http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Demografisk-analys> (Hämtad på Internet 2016-12-07)

SCB. "Undersökningar av levnadsförhållanden". Statistiska centralbyrån. 2014.
<http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/12202/12209/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Sjöberg, Agneta, Moraeus, Lotta, Yngve, Agneta, Poortvliet, Eric, Al-Ansari, Usama och Lissner, Lauren. "Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren. Exploring the urban-rural gradient in Sweden". *Obesity Reviews*. 2011. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2010.00838.x/abstract> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Skandia. *Ungdomsrapporten 2013. Delrapport 1*. Ungdomsbarometern AB. 2013.
<http://mb.cision.com/Public/608/9411388/86e78dad607a2611.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Skandia Idéer för Livet. "Om utanförskapets pris". Skandia. U.å. <https://www.utanforskapetspris.se/om-utanforskapets-pris/> (Hämtad på Internet 2014-06-16)

Skatteverket. "Belopp och procent – inkomstår 2015". Skatteverket. U.å.
<http://www.skatteverket.se/privat/skatter/beloppochprocent/2015.4.3f4496fd14864cc5ac9c64b.html?q=skiktgr%C3%A4ns+2015#h-Skiktgrans> (Hämtad på Internet 2017-04-18)

Familjepolitikens ekonomi 2015

Skatteverket. "Kommunal och statlig inkomstskatt". Skatteverket. U.å.

<https://www.skatteverket.se/omoss/varverksamhet/statistik/skattpaarbete/kommunalochstatliginkomstskatt.4.3152d9ac158968eb8fd2a1d.html?q=genomsnittlig+kommunalskatt> (Hämtad på Internet 2017-03-23)

Skatteverket. "Skattetabell 32 för månadslön 2015". Skatteverket. U.å.

https://www.skatteverket.se/download/18.3f4496fd14864cc5ac9f756/manadslon_tabell32.pdf (Hämtad på Internet 2017-03-23)

Skolinspektionen. "10 år med BEO – 10 miljoner till utsatta elever". Skolinspektionen. 2016.

https://beo.skolinspektionen.se/globalassets/publikationssok/broschyrrer/beo_10ar_a4_low.pdf

Skolinspektionen/BEO. "Antal beslutade anmälningssärenden efter grund för konstaterad brist åren 2006–2015". Skolinspektionen. 2016. <https://www.skolinspektionen.se/globalassets/0-si/05-statistik/anmalningar/anmalningar-2015/statistik-anm-beslut-brist-2006-2015.xlsx> (Hämtad på Internet 2016-12-08)

Skolinspektionen/BEO. "Antal inkomna anmälningar per anmälningsgrund åren 2006-2015".

Skolinspektionen. 2016. <https://www.skolinspektionen.se/globalassets/0-si/05-statistik/anmalningar/anmalningar-2015/statistik-anm-inkomna-anmgr-2006-2015.xlsx> (Hämtad på Internet 2016-12-08)

Skolverket. *Attityder till skolan 2006*. Skolverket. 2007. <http://www.skolverket.se/publikationer?id=1711> (Hämtad på Internet 2015-10-20)

Skolverket. *Attityder till skolan 2009*. Skolverket. 2010. <http://www.skolverket.se/publikationer?id=2385> (Hämtad på Internet 2015-10-20)

Skolverket. *Attityder till skolan 2012*. Skolverket. 2013. <http://www.skolverket.se/publikationer?id=3032> (Hämtad på Internet 2015-10-20)

Skolverket. *Attityder till skolan 2015*. Skolverket. 2016. <http://www.skolverket.se/publikationer?id=3654> (Hämtad på Internet 2016-12-12)

Skolverket. *Barnomsorgen i siffror 1998. Barn och personal*. Skolverket. 1998.

<http://www.skolverket.se/publikationer?id=379> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Skolverket. "Fler barn till föräldralediga i förskolan". Skolverket, 2004-12-22,

<http://www.skolverket.se/om-skolverket/press/pressmeddelanden/2004/fluor-barn-till-foraldralediga-i-forskolan-1.11895> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Skolverket. "Förskola - Barn och grupper - Riksnivå 2015". Skolverket. U.å.

http://www.skolverket.se/polopoly_fs/1.248785!/F%C3%B6rskola_Barn%20och%20grupper_Riksniv%C3%A5_Tab2CD_2015webb.xls (Hämtad på Internet 2016-12-07)

Skolverket. "Förskola – inskrivna barn 1995-2000". Skolverket. U.å. <https://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/statistik-i-tabeller/forskola/barn-och-grupper/2000-1.29026> (Hämtad på Internet 2017-03-29)

Skolverket. "Förskola – inskrivna barn 2010-2015". Skolverket. U.å. <http://www.jmftal.artisan.se/> (Hämtad på Internet 2017-03-28)

Skolverket. "Förskola - Personal - Riksnivå 2015". Skolverket. U.å. <https://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/statistik-i-tabeller/forskola/barn-och-grupper/barn-och-grupper-i-forskolan-15-oktober-2015-1.248719> (Hämtad på Internet 2016-12-08)

Skolverket. *Föräldrars val och inställning till förskola och fritidshem. Resultat från föräldraundersökningen 2012*. Skolverket. 2013. <http://www.skolverket.se/publikationer?id=3067> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Familjepolitikens ekonomi 2015

Skolverket. "Grundskolan – Elever – Riksnivå 2015/16". Skolverket. U.å.

http://skolverket.se/polopoly_fs/1.247925!/Grund_Elever_Riks_Tab5_2015_16webb.xls (Hämtad på Internet 2016-12-08)

Skolverket. "Gymnasieskolan - Elever - Riksnivå 2015/16". Skolverket. U.å.

http://skolverket.se/polopoly_fs/1.246835!/Gy_skolor_elever_tab_4A_2015_16webb.xlsx (Hämtad på Internet 2016-12-08)

Skolverket. *Kostnader för skolväsendet och annan pedagogisk verksamhet 2014*. Skolverket. 2015.

<http://www.skolverket.se/publikationer?id=3503> (Hämtad på Internet 2017-03-22)

Skolverket. "Pedagogisk omsorg - Barn och grupper - Riksnivå 2015". Skolverket. U.å.

http://www.skolverket.se/polopoly_fs/1.248798!/Pedagogisk%20omsorg_Barn%20o%20grupper_Riks_Tab1A_2015webb.xls (Hämtad på Internet 2016-12-07)

Skolverket. "Pedagogisk omsorg – inskrivna barn 2009-2015". Skolverket. U.å.

<http://www.jmftal.artisan.se/> (Hämtad på Internet 2017-03-28)

Skolverket. *PISA 2015*. Skolverket. 2016. <http://www.skolverket.se/publikationer?id=3725> (Hämtad på Internet 2017-03-22)

Skolverket. "Samtliga verksamheter - Kostnader - Riksnivå 2015". Skolverket. U.å.

https://www.skolverket.se/polopoly_fs/1.253034!/Samtliga%20verksamheter-Kostnader-Tab1-Riks_2015webb.xls (Hämtad på Internet 2017-03-28)

Sobocki, Patrik. *Health Economics of Depression*. Karolinska Institutet. 2006.

<http://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39692/thesis.pdf?sequence=1> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Socialdemokraterna. "Tal på partikongress: Sveriges nya jobbagenda". Socialdemokraterna. 2015-05-29.

<http://www.socialdemokraterna.se/Stefan-Lofven/Tal-och-artiklar/2015/Sveriges-nya-jobbagenda---tal-pa-partikongress/> (Hämtad på Internet 2015-10-20)

Socialförsäkringsrapport 2015:3. *Jämställdhet och sjukfrånvaro*, 2015. Försäkringskassan. 2015.

<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/b98dd1f6-4350-4ed4-b6a6-abb25b54e220/socialforsakringsrapport-2015-03.pdf?MOD=AJPERES> (Hämtad på Internet 2015-12-10)

Socialstyrelsen. "Diagnoser i slutenvård". Socialstyrelsen. U.å.

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard> (Hämtad på Internet 2017-02-06)

Socialstyrelsen. "Diagnoser i öppen vård". Socialstyrelsen. U.å.

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserioppenvard> (Hämtad på Internet 2017-02-06)

Socialstyrelsen. "Dödsorsaker". Socialstyrelsen. U.å.

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*. Socialstyrelsen. 2009.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Socialstyrelsen. *Kostnader för psykosocial behandling av missbruk*. Socialstyrelsen 2006.

https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9722/2006-131-14_200613114.pdf (Hämtad på Internet 2017-02-07)

Socialstyrelsen. "Läkemedel". Socialstyrelsen. U.å.

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel> (Hämtad på Internet 2016-10-25)

Familjepolitikens ekonomi 2015

Socialstyrelsen. *Psykisk ohälsa bland unga*. Socialstyrelsen. 2013.

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf> (Hämtad på Internet 2015-11-17)

Socialstyrelsen. *Smita i förskolan – En kunskapsöversikt*. Socialstyrelsen. 2008.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/Smita-i-forskolan---En-kunskapsoversikt/> (Hämtad på Internet 2016-11-22)

Socialstyrelsen. *Statistik om dödsorsaker 2015*. Socialstyrelsen. 2016.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19909/2015-8-1.pdf> (Hämtad på Internet 2017-03-23)

Socialstyrelsen. *Statistik om läkemedel till barn*. Socialstyrelsen. 2016.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20362/2016-10-8.pdf> (Hämtad på Internet 2017-03-28)

Socialstyrelsen. *Statistik om läkemedel år 2015*. Socialstyrelsen. 2016.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20116/2016-4-4.pdf> (Hämtad på Internet 2017-03-28)

Socialstyrelsen. *Statistik om läkemedel år 2015. Tabeller*. Socialstyrelsen. 2016.

<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2016-4-4-tabeller.xls> (Hämtad på Internet 2016-12-14)

Socialstyrelsen. *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2015*. Socialstyrelsen. 2017.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-2-5> (Hämtad på Internet 2017-03-22)

Socialstyrelsen. *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2015 Tabeller*. Socialstyrelsen. 2017.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-2-5> (Hämtad på Internet 2017-03-22)

Socialstyrelsen. "Utvidgad uppgiftsskyldighet för psykiatrisk vård". Socialstyrelsen. 2014-02-26.

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014februari/utvidgaduppgiftsskyldighetforpsykiatriskvard> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Socialstyrelsen. "Yttre orsaker till skador och förgiftningar", Socialstyrelsen. U.å.

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/> (Hämtad på Internet 2015-10-14)

Socialstyrelsen. "Ökat antal drogrelaterade dödsfall". Socialstyrelsen. 2015-08-18.

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015augusti/okatantaldrogrelateradedodsfall> (Hämtad på Internet 2015-11-25)

Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet. *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013*. Socialstyrelsen. 2013.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-26> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Stain, Rigmor. *Självskaðebeteende. Forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. 2008. http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2014/05/Sj%C3%A4lvskaðebeteende_webb.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

SOU 2007:061. *Deluppföljning 2 av den kommunalekonomiska utjämnningen*. Statens offentliga utredningar.

2005. <https://books.google.se/books?isbn=9138227959> (Hämtad på Internet 2017-03-29)

Stenhammar, Christina. *Parental Perspectives on Preschool Children's Lifestyle. Quantitative and Qualitative aspects*. Uppsala universitet, Medicinska fakulteten. 2011. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:432842/FULLTEXT01> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Stenholm, Nils och Wass, Catharina. *Att känna sig själv och andra*. Lunds universitet, Institutionen för psykologi. 2012.

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=3405644&fileId=3405754> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Familjepolitikens ekonomi 2015

Stockholms läns landsting. *Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013*. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. 2010. <http://www.sll.se/Global/Landstinget/Styrande-dokument/Karnverksamhet/halsa-var-d-handlingsprogram-for-overvikt-och-fetma.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Stockholms stad. "Alva Myrdal – idéer om storbarnkammare 1935". Stockholms stad. U.å. <http://www.stockholmskallan.se/Soksida/Post/?nid=28174> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Sundén Jelmini, Maria. "Barnens pillerkarta ritas om". *Svenska Dagbladet*. 2013-01-09. http://www.svd.se/barnens-pillerkarta-ritas-om_7806908 (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Sundén Jelmini, Maria. "Rut motverkar en skola lika för alla. Gratis läxhjälp från vissa organisationer". *Svenska Dagbladet*. 2013-08-27. [Endast i tryckt tidning.]

Svenska Dagbladet. "Avund kan väcka vrede". *Svenska Dagbladet*. 2012-06-14. http://www.svd.se/avund-kan-vacka-vrede_7274635 (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Svenska Dagbladet. "Syskonvåld kan ge ärr för livet". *Svenska Dagbladet*. 2012-06-12. http://www.svd.se/syskonvald-kan-ge-arr-for-livet_7269167 (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Sveriges Kommuner och Landsting. KPP Psykiatri. Mycket mer än kostnad per patient. Sveriges Kommuner och Landsting. 2010. <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-597-5.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Sveriges Riksdag. "Betänkande 2015/16:SfU8 Det kommunala vårdnadsbidraget avskaffas". 2015-11-18. <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/Arenden/201516/SfU8/> (Hämtad på Internet 2015-12-09)

Söderdahl, Elna och Winbladh, Tova. *Känslotankar. Om mentalisering och KASAM hos barn*. Lunds universitet, Institutionen för psykologi. 2010. <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=1762598&fileId=1762599> (Hämtad på Internet 2017-01-04)

Sörrie Ekström, Christian. *Hur mår egentligen våra barn?* Hakenäset: anomaR Förlag, 2012.

Tagesson, Sofi. "Stress gör att kvinnor dör tidigare". *Göteborgs-Posten/TT*. 2012-03-09. <http://www.gp.se/nyheter/sverige/1.884009-stress-gor-att-kvinnor-dor-tidigare> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Tallberg Broman, Ingegerd och Pramling Samuelsson, Ingrid. "Ministrar missar förskolans största problem". *Svenska Dagbladet*. 2015-11-20. <http://www.svd.se/ministrar-missar-forskolans-storsta-problem> (Hämtad på Internet 2015-12-15)

The Myers & Briggs Foundation. "How Frequent Is My Type?" The Myers & Briggs Foundation. U.å. <http://www.myersbriggs.org/my-mbti-personality-type/my-mbti-results/how-frequent-is-my-type.asp> (Hämtad på Internet 2016-12-31)

Troy, M. och Sroufe, L.A. "Victimization among preschoolers: The role of attachment relationship history". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1987. 166-172.

TT. "Mobbning många elevers vardag". *Göteborgs-Posten/TT*. 2015-08-12. <https://www.gp.se/nyheter/sverige/1.2799505-mobbning-manga-elevers-var-dag> (Hämtad på Internet 2015-10-13)

Udovic, Ana. "Därför drabbas barn av ätstörningar". *Mama*. 2012-01-10. <http://www.mama.nu/6---12-ar/Darfor-drabbas-barn-av-atstorningar> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

UMO. "Självkänsla". UMO. <http://www.umo.se/jag/sjalvkansla/> (Hämtad på internet 2014-06-16)

Ungdomsstyrelsens skrifter 2012:2. *Ung i dag 2012. En beskrivning av ungdomars villkor.*

Ungdomsstyrelsen. U.å.

http://www.ungdomsstyrelsen.se/sites/default/files/publikationer_uploads/ungidag-2012.pdf (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Ungdomsstyrelsens skrifter 2013:3. *Unga med attityd 2013. Ungdomsstyrelsens attityd- och*

värderingsstudie. Ungdomsstyrelsen. U.å. <http://www.mucf.se/publikationer/unga-med-attityd-2013>

(Hämtad på Internet 2015-12-16)

UNICEF. "Barnkonventionen". UNICEF. U.å. <http://unicef.se/barnkonventionen> (Hämtad på internet 2015-12-16)

UNICEF. *Child well-being in rich countries. A comparative overview.* United Nations Children's Fund. 2013.

http://unicef-porthos-production.s3.amazonaws.com/final_rc11-eng-lores-fnl2.pdf (Hämtad på internet 2015-12-16)

UNICEF. "Skolan svag länk i svenska barns välfärd", UNICEF 2013-04-10.

<https://blog.unicef.se/2013/04/10/skolan-svag-lank-i-svenska-barns-valfard/> (Hämtad på internet 2015-12-02)

von Hall, Gunilla. "Psykisk ohälsa i fokus för WHO". *Svenska Dagbladet*, 2013-05-27.

http://www.svd.se/psykisk-ohalsa-i-fokus-for-who_8214218 (Hämtad på internet 2014-06-16)

Wallskär, Helene. "Stora insatser krävs mot ungas ohälsa". Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.

2012-08-28. <http://www.hallbarfamiljepolitik.nu/wp-content/uploads/2015/12/Stora-insatser-krävs-mot-ungas-ohalsa-Forte.pdf> (Dokumentet hämtades 2014-06-16 men har sedan försvunnit från internet. Finns sparad och uppladdat på denna rapports blogg.)

Wasserman, Danuta. "Själv mord bland unga ökar i Sverige". *Läkartidningen*. 2004-12-09.

http://ww2.lakartidningen.se/old/content_0450/4078.html (Hämtad på internet 2015-12-16)

Wasserman, Eva. "Själv mordsförsök i Sverige". Karolinska Institutet, Nationellt centrum för

suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. 2017-03-06. <http://ki.se/nasp/sjalvmordsforsok-i-sverige> (Hämtad på internet 2017-03-06)

Wennerberg, Tor. "I huvudet på ett litet barn". *Dagens Nyheter*. 2006-11-14. <http://www.dn.se/kultur-noje/kulturdebatt/i-huvudet-pa-ett-litet-barn/>

(Hämtad på internet 2016-12-31)

Wennerberg, Tor. "Vi är våra relationer". *Dagens Nyheter*. 2008-07-17. <http://www.dn.se/kultur-noje/kulturdebatt/vi-ar-vara-relationer/>

(Hämtad på internet 2014-06-16)

West, Eva. *Att undervisa om ljud, hörsel och hälsa*. Göteborgs universitet, Institutionen för pedagogik och

didaktik. 2008. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/18684> (Hämtad på internet 2015-11-25)

Westerberg Jacobson, Josefine. *Wish to be thinner. Development and Prediction of Disturbed Eating. A*

longitudinal Study of Swedish Girls and Young Women. Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. 2010. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:311580/FULLTEXT01> (Hämtad på internet 2015-12-16)

Wikipedia. "Anknytningsteori". Wikipedia. U.å. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Anknytningsteori> (Hämtad

på Internet 2016-12-31)

Wikipedia. "Hållbar utveckling". Wikipedia. U.å. https://sv.wikipedia.org/wiki/H%C3%A5llbar_utveckling

(Hämtad på Internet 2015-11-23)

Wikipedia. "Känsla av sammanhang". Wikipedia. U.å.

http://sv.wikipedia.org/wiki/K%C3%A4nsla_av_sammanhang (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Familjepolitikens ekonomi 2015

Wikipedia. "Maxtaxa inom skolbarnsomsorgen och förskoleverksamheten i Sverige". Wikipedia. U.å. https://sv.wikipedia.org/wiki/Maxtaxa_inom_skolbarnsomsorgen_och_f%C3%B6rskoleverksamheten_i_Sverige (Hämtad på Internet 2015-11-11)

Wikipedia. "Sambeskattning". Wikipedia. U.å. <https://sv.wikipedia.org/wiki/Sambeskattning> (Hämtad på Internet 2015-11-23)

Wikipedia. "Vårdnadsbidrag". Wikipedia. U.å. <http://sv.wikipedia.org/wiki/V%C3%A5rdnadsbidrag> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Wikipedia. "Vår gemensamma framtid". Wikipedia. U.å. http://sv.wikipedia.org/wiki/V%C3%A5r_gemensamma_framtid (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Wiklund, Eva. "Mentalisering och anknytning hos barn med diagnosen ADHD". *Mellanrummet*. Nr 27, 2012. <http://www.mellanrummet.net/nr27-2012/Artikel-MentaliseringAnknytningADHD.pdf> (Hämtad på Internet 2015-12-10)

Wikström, Magnus. *Kommunalekonomiska effekter av maxtaxa och ökad tillgänglighet inom förskola och skolbarnomsorg*. Umeå universitet, Institutionen för nationalekonomi. 2007-04-23. <http://econpapers.repec.org/paper/hhsumnees/0704.htm> (Hämtad på Internet 2015-11-30)

Vårdguiden. "Högekostnadsskydd för öppenvård". Vårdguiden. U.å. <http://www.1177.se/Orebrolan/Regler-och-rattigheter/Hogkostnadsskydd/> (Hämtad på Internet 2015-11-26)

Öberg, Helena. "Stökiga barn lugnare med ny kometmetod". *Dagens Nyheter*. 2005-03-18. <http://www.dn.se/sthlm/stokiga-barn-lugnare-med-ny-kometmetod/> (Hämtad på Internet 2015-12-16)

Bilaga 1 Beräkningar till resultatredovisning

Inkomstskatt från förskoleföräldrar

Verksamhetsåret 2015 var 493 609 barn inskrivna barn i förskolan²⁹⁰ och 13 654 i pedagogisk omsorg²⁹¹, sammanlagt 507 263 barn. Tyvärr samlar Skolverket/SCB inte in uppgifter från kommunerna på hur många föräldrar det är som har barn i förskolan, så det får uppskattas utifrån antalet inskrivna barn:

Enligt SCB föder varje kvinna i genomsnitt cirka två barn (1,85²⁹²) med cirka 3,5 års (40 månader²⁹³) mellanrum. Det betyder att om barnen börjar i förskola när föräldrapenningen är slut efter 1,5 år och slutar när de blir sex år för att börja förskoleklass, så kommer genomsnittsföräldrarna att ha två barn samtidigt i förskola under ett års tid: när det första är 5-6 år och det andra 1,5-2,5 år. (Detta är lågt räknat då många barn börjar i förskola tidigare och de kan få gå kvar där till sju års ålder, eftersom förskoleklass är frivilligt.)

Om man utgår från att antalet barn i förskolan fördelas ganska jämnt i dessa åldersgrupper 1,5-6 år, betyder det att 20 procent var 1,5-2,5 år, 20 procent 2,5-3,5 år, 20 procent 3,5-4,5 år, 20 procent 4,5-5,5 år och 20 procent 5,5-6 år. Av dessa var 40 procent barn till föräldrar med två barn i förskolan i åldrarna 1,5-2,5 år respektive 5-6 år. Det motsvarar 101 453 föräldrapar (40 % av 507 263 delat på två barn). Resterande 60 procent var barn till föräldrar som bara hade ett barn i förskolan, vilket motsvarar 304 358 föräldrapar (60 % av 507 263). Sammanlagt fanns det 405 811 föräldrapar (101 453 + 304 358) som hade sina barn i förskolan i stället för att en av dem – 405 811 mammor/pappor – var hemma med sina barn.

Hur många av dessa föräldrar som arbetade finns det inte heller statistik på; även föräldralediga, arbetslösa och studerande har rätt att ha sina barn på förskola, trots att det inte ger några extra skatteintäkter. År 2015 var 6,7 procent av befolkningen i åldrarna 16-64 år arbetslösa eller studerande²⁹⁴. Om man drar bort motsvarande antal föräldrar, 27 189 (0,067 x 405 811), från ovan återstår 378 622 föräldrapar (405 811 – 27 189).

Eftersom Skolverket inte samlar in statistik på hur många barn till föräldralediga som går i förskolan, får andelen föräldralediga beräknas utifrån denna gamla uppgift: År 1999 gick var fjärde ett-femåring med föräldraledig förälder i förskolan, tre år senare [2002] nästan varannan²⁹⁵. Sannolikt är denna siffra i underkant med tanke på att förskola blivit ännu mer dominerande som barnomsorgsform sedan dess.

Om man utgår från SCB:s snittuppgift om 3,5 års mellanrum²⁹⁶ mellan första och andra barnet, skulle hälften av alla barn i Sverige som är 3,5 år ha ett nyfött syskon (medan den andra hälften är "barn nr 2" och redan har ett syskon som är 3,5 år äldre). Om vartannat av dessa barn med nyfött syskon gick i förskolan trots att de hade en föräldraledig förälder hemma, utgör dessa barn 25 procent (0,5 x 0,5) av det totala antalet barn i åldrarna 3,5-5 år, som är den ålder barn nr 1 har under tiden från att barn nr 2 föds och fram till att föräldrapenningen tar slut efter 1,5 år. Totalt fanns det cirka 300 000 barn i åldrarna 3,5-5 år i Sverige år 2015²⁹⁷. 25 procent av 300 000 blir 75 000 förskolebarn till lika många föräldrapar där en förälder var föräldraledig. Drar man även bort dem återstår 303 622 (378 622 – 75 000) föräldrapar till barn i förskolan där båda arbetade i stället för att en av dem – 303 622 mammor/pappor – var hemma med sina barn.

För att beräkna hur mycket detta inbringade staten och kommunerna i extra skatteintäkter, används SCB:s uppgift om att medelinkomstskatten år 2015 uppgick till 144 000 kronor/person i förvärvsarbete.²⁹⁸ 303 622 arbetande föräldrapar till förskolebarn gav därmed extra skatteintäkter på

²⁹⁰ Skolverket. "Förskola - Barn och grupper – Riksnivå 2015", u.å.

²⁹¹ Skolverket. "Pedagogisk omsorg - Barn och grupper – Riksnivå 2015", u.å.

²⁹² SCB. "Summerad fruktsamhet efter kön och år 2015", u.å.

²⁹³ SCB. *Olika generationers barnafödande*, 2011, 42.

²⁹⁴ SCB. "Arbetslösa 16-64 år 2015", u.å.

²⁹⁵ Skolverket. "Fler barn till föräldralediga i förskolan", 2004.

²⁹⁶ SCB. *Olika generationers barnafödande*, 2011, 42.

²⁹⁷ SCB. "Folkmängd", u.å.

²⁹⁸ SCB. "Medelvärde för de som betalar skatt 2013", u.å.

Familjepolitikens ekonomi 2014

43 721 568 000 kronor (303 622 x 144 000), jämfört med om en av föräldrarna hade varit hemma med sina barn.

Denna intäkt måste dock reduceras med hänsyn till att den genomsnittlige föräldrarnas intjäningstid blir kortare än kostnadstiden för förskoleplatserna. Eftersom kvinnor i genomsnitt föder cirka två barn med 40 månaders (= 3,3 år) mellanrum²⁹⁹, kommer dessa barn att under en period gå samtidigt i förskolan och därmed ge kommunen dubbla kostnader medan den merarbetande föräldern inte inbringar ökade skatteintäkter samma period. Detta beräknas så här:

Om det första barnet börjar i förskola när föräldrapenningen är slut efter 1,5 år och slutar när det blir sex år för att börja förskoleklass, går barnet totalt 4,5 år i förskola. (Det är lågt räknat då många barn börjar i förskola tidigare och de kan få gå kvar där till sju års ålder, eftersom förskoleklass är frivilligt.) När det andra barnet föds får det första fortsätta i förskolan under de 1,5 år som föräldrapenningen varar. Under den perioden inbringar den föräldraledige föräldern inte några extra skatteintäkter från arbete, utan det sker alltså bara under 3 år av det första barnets totala tid i förskolan (4,5-1,5). När det andra barnet börjar vid 1,5 års ålder, har det första barnet blivit nästan fem år (1,5 + 3,3 = 4,8) och de går samtidigt i förskolan under ett år tills det första barnet blivit sex år och slutar. Då är det andra barnet 2,5 år och går själv i förskolan i 3,5 år till. Sammanlagt ger det den förälder som väljer att arbeta i stället för att ta hand om sina barn hemma 6,5 arbetsår (3 + 3,5) att tjäna in inkomstskatt till kommunen som ska bekosta 9 års förskolekostnader (4,5 + 4,5). Per barn blir det 3,25 intjäningsår och 4,5 kostnadsår. Detta reducerar skatteintäkterna med 0,72 (3,25/4,5) som därmed blir 31 479 528 960 kronor (0,72 x 43 721 568 000).

Förskolesubventioner

År 2015 uppgick kommunernas totala kostnad för förskolan till 68 151 960 000 kronor och för pedagogisk omsorg till 1 607 365 000 kronor, vilket sammanlagt blir 69 759 325 000 kronor.³⁰⁰

År 2015 betalade föräldrar 4 040 000 000 kronor i barnomsorgsavgift för att ha sina barn i förskola och eller pedagogisk omsorg.³⁰¹

Drar man bort föräldrars barnomsorgsavgifter från totalkostnaden blir nettokostnaden år 2015 för förskolan (inkl pedagogisk omsorg) 65 719 325 000 kronor (69 759 325 000 – 4 040 000 000). Delat på antalet inskrivna barn^{302 303}, får man en årskostnad på 129 557 kronor/barn (65 719 325 000/507 263) eller en månadskostnad på 10 796 kronor/barn.

År 1999 gick var fjärde ett-femåring med föräldraledig förälder i förskolan, tre år senare [2002] nästan varannan.³⁰⁴ Baserat på detta redovisas under föregående avsnitt "Inkomstskatt" en uträkning som visar att det år 2015 fanns cirka 75 000 förskolebarn till lika många föräldrapar där en förälder var föräldraledig. Eftersom förskolan får subventioner för heltid oavsett om barnet går 15, 30 eller fler timmar, blev kommunernas kostnader för deras förskoleplatser 9 716 775 000 kronor (75 000 x 129 557). Det är sannolikt en försiktig uppskattning eftersom trenden från 2002 troligen lett till att det är ännu större andel barn till föräldralediga som går i förskolan. Tyvärr har Skolverket ingen statistik för detta.

Ökad sjuklighet bland barn

År 2015 betalade Försäkringskassan ut 3 346 645 686 kronor för tillfällig vård av barn (VAB) i åldrarna 0-5 år i 3 500 221 nettodagar.^{305 306} Dessa barn förutsätts gå i förskola då barn som tas om hand hemma

²⁹⁹ SCB. *Olika generationers barnafödande*, 2011, 42.

³⁰⁰ Skolverket. "Samtliga verksamheter - Kostnader - Riksnivå 2015", u.å.

³⁰¹ SCB. *Kommunernas finanser 2015*, 2016.

³⁰² Skolverket. "Förskola - Barn och grupper - Riksnivå 2015", u.å.

³⁰³ Skolverket. "Pedagogisk omsorg - Barn och grupper - Riksnivå 2015", u.å.

³⁰⁴ Skolverket. "Fler barn till föräldralediga i förskolan", 2004.

³⁰⁵ Försäkringskassan. "Tillfällig föräldrapenning för vård av barn utbetalning med fördelning efter barns ålder 2015", 2016.

Familjepolitikens ekonomi 2014

redan har en förälder till hands vid sjukdom. Eftersom risken att bli sjuk är 6,78 gånger större för förskolebarn än för hemmabarn³⁰⁷, skulle förskolebarnen bara ha varit sjuka i 516 257 dagar (3 500 221/6,78) om de fått barnomsorg i hemmet.

Föräldrars ersättning för VAB uppgår till 80 procent av den sjukpenningsgrundande inkomsten, medan resterande 20 procent blir förlorad lön. Det totala lönebortfallet år 2015 motsvarade 836 661 422 kronor ((3 346 645 686/0,8) x 0,2).

Ökade sjukskrivningar bland föräldrar

Försäkringskassans utbetalning av sjukpenning under år 2015 var 31 495 681 342 kronor.³⁰⁸ Antal dagar med sjukpenning under år 2015 för hela befolkningen från 16 år och uppåt var 67 663 000.³⁰⁹ Detta ger en snittkostnad på 465 kr/dag (31 495 681 342/67 663 000). Statens totala kostnad för mersjukskrivningar av kvinnor 30-39 år blev 2 470 545 000 kronor (5 313 000 x 465) år 2015.

Ökade hörselskador bland unga

Mätperioden 1990-1991 hade 2,1 procent av unga i åldrarna 16-24 år hörselnedsättning, 2012-2013 var det 4,7 procent. Det motsvarar en ökning med 124 procent.³¹⁰

Landstingen är skyldiga att erbjuda alla invånare habilitering, rehabilitering och hjälpmedel, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (hsl § 3b).³¹¹ För barn 0-19 år är hörapparater kostnadsfria i alla landsting.³¹² För att kunna beräkna kostnaden för denna åldersgrupp, måste först det totala antalet barn/unga beräknas. Den utgår från uppgiften att det år 2012 fanns 12 500 barn i åldrarna 0-15 år som blivit hörselskadade under uppväxten^{313 314}, vilket motsvarar 0,73 procent av befolkningen i åldersgruppen (1 710 844³¹⁵). Med samma andel av 2015 års befolkning (1 820 211³¹⁶) blir antalet 13 288 barn 0-15 år.

För åldersgruppen 16-19 år görs en uppskattning utifrån uppgiften att motsvarande antal i åldrarna 16-24 år var 32 000 år 2012^{317 318}. För enkelhetens skull antas de vara lika många i varje årskull, 3 556 (32 000/9). Fyra årskullar (16, 17, 18 och 19 år) motsvarade då 14 224 (4 x 3 556) år 2012, vilket utgjorde 3,05 procent av befolkningen i åldersgruppen (465 642³¹⁹). Med samma andel av 2015 års befolkning (419 404³²⁰) blir antalet 12 792 unga 16-19 år. Det totala antalet barn i åldrarna 0-19 år som blivit hörselskadade under uppväxten var 26 080 (13 288 + 12 792) år 2015.

Kostnaden för en hörapparat ligger mellan 5 000 och 15 000 kronor och för utprovning mellan 300 och 1 500 kronor.³²¹ Detta motsvarar en genomsnittskostnad år 2011 (källans år) för utprovning på 900 kronor (300 + 1 500 delat på 2) och för hörapparat på 10 000 kr (5 000 + 15 000 delat på 2). Omräknat till 2015 års penningvärde³²² motsvarar det 906 kronor för utprovning och 10 062 kronor för hörapparat. Om alla hörselskadade i åldrarna 0-19 år fick en hörapparat till vardera örat skulle det kosta 286 045 440 kronor. Här ingår 23 628 480 kronor för en utprovning/person (26 080 x 906) samt 262 416 960 kronor

³⁰⁶ Försäkringskassan. "Tillfällig föräldrapenning för vård av barn. Utbetalningar och ersättningsperioder". Försäkringskassan. U.å.

³⁰⁷ Socialstyrelsen. *Smita i förskolan. Kunskapsöversikt*, 2008, 18.

³⁰⁸ Försäkringskassan. "Utbetalning av sjukpenning med fördelning efter län och kön", u.å.

³⁰⁹ Försäkringskassan. "Antal dagar med sjukpenning fördelat efter län och åldersgrupp", u.å.

³¹⁰ SCB. "Undersökningar av levnadsförhållanden", 2014.

³¹¹ HRF. *Sanning och konsekvens*, 2005, 27.

³¹² HRF. "Landstinget i Norrbotten backar - nu blir barns hörapparater gratis", 2004.

³¹³ HRF. *Myternas marknad*, 2014, 61-63 & 83.

³¹⁴ Ibid.

³¹⁵ SCB. "Folkmängd", u.å.

³¹⁶ Ibid.

³¹⁷ Ibid.

³¹⁸ Ibid.

³¹⁹ Ibid.

³²⁰ Ibid.

³²¹ Andersson. "Dyrt med hörapparat", 2011.

³²² SCB. "Prisomräknaren", u.å.

Familjepolitikens ekonomi 2014

för två hörapparater/person. Hörapparatskostnaden blir egentligen 524 833 920 kronor ($26\,080 \times 10\,062 \times 2$), men ska slås ut på antalet år de håller. Eftersom dessa barn växer fort behöver de sannolikt byta hörapparat oftare än vart femte år, som normalt rekommenderas på grund av att tekniken blivit för gammal³²³. Med byte vartannat år blir årskostnaden 262 416 960 kronor ($524\,833\,920/2$).

Från 20 år och uppåt får patienten betala en viss del, men det varierar mellan landstingen. År 2012 fick patienten i genomsnitt betala 1 557 kronor av totalkostnaden för två hörapparater, samt 525 kronor för utprovning³²⁴. År 2015 motsvarar detta 1 567 kronor respektive 528 kronor³²⁵. Det betyder att landstingen betalade i genomsnitt 378 kronor för utprovning ($906 - \text{självkostnad } 528$) och 18 557 kronor för två hörapparater ($(2 \times 10\,062) - \text{självkostnad } 1\,567$). Antalet personer i åldersgruppen 20-24 år som blivit hörselskadade under uppväxten får man fram om man räknar bort den yngre gruppen 16-19 år som var 14 224 personer år 2012 (se beräkning i föregående stycke) från de 32 000 personer som ingick i den stora gruppen 16-24 år. Då återstår 17 776, vilket motsvarar 2,66 procent av befolkningen i åldrarna 20-24 år ($667\,153^{326}$). Med samma andel av 2015 års befolkning ($656\,448^{327}$) blir antalet 17 462 unga i denna åldersgrupp.

För hörapparater till åldrarna 20-24 år skulle landstingen få betala totalt 71 409 103 kronor, varav utprovning 6 600 636 kronor ($17\,462 \times 378$) och hörapparater 64 808 467 kronor ($17\,462 \times 18\,557$ delat på fem års hållbarhet).

Sammanlagd kostnad för hörapparater till hela åldersgruppen 0-24 år: 357 454 543 kronor/år ($286\,045\,440 + 71\,409\,103$).

Därtill tillkommer kostnaden för hörselrehabilitering som år 2005 var 20 000 kronor per "kvalitetsjusterat levnadsår", enligt nyttomåttet Qaly³²⁸. Det motsvarar 22 348 kronor i 2015 års penningvärde³²⁹, vilket för alla hörselskadade 0-19 år blir 582 835 840 kronor ($26\,080 \times 22\,348$). Åldersgruppen 20-24 år antas själva betala 1 100 kronor/person för rehabiliteringen, vilket är maxbeloppet innan man får frikort under resten av 12-månadersperioden³³⁰. Landstingens kostnad för deras hörselrehabilitering blir 371 032 576 kronor ($17\,462 \times (22\,348 - 1\,100)$). Total kostnad för rehabilitering år 2015: 953 868 416 kronor ($582\,835\,840 + 371\,032\,576$).

Total landstingskostnad för hörapparater och rehabilitering till unga 0-24 år: 1 311 322 959 kronor/år ($357\,454\,543 + 953\,868\,416$).

År 2015 fanns det totalt 43 542 barn och unga i åldrarna 0-24 år som blivit hörselskadade under uppväxten ($26\,080 + 17\,462$).

Ökad mobbning

Friends statistik innehåller möjligen ett fel då årskurs 6 anges både för den yngre åldersgruppen i årskurs 3-6 och för den äldre i årskurs 6-9. För att undvika överlapp har beräkningarna gjorts på årskurs 3-6 respektive 7-9. Hösten 2015 fanns det 215 286 flickor och 226 959 pojkar i årskurs 3-6, 150 213 flickor och 161 838 pojkar i årskurs 7-9³³¹ och 323 141 elever i gymnasiet³³². Av dessa mobbades 21 529 flickor (10 %³³³) och 15 887 pojkar i åk 3-6 (7 %³³⁴), 9 013 flickor (6 %³³⁵) och 8 092 pojkar (5 %³³⁶) i åk 7-9 och 9 694 av alla elever i gymnasiet (3 %³³⁷). Totalt 64 215 mobbade elever.

³²³ Ohio State University, "How often do I need to replace my hearing aids?", 2014.

³²⁴ HRF. *Ojämlika avgifter i landstingen drabbar hörselskadade*, 2012, 1.

³²⁵ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

³²⁶ SCB. "Folkmängd", u.å.

³²⁷ Ibid.

³²⁸ HRF. *Sanning och konsekvens*, 2005, 30.

³²⁹ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

³³⁰ Vårdguiden. "Högekostnadsskydd för öppenvård", u.å.

³³¹ Skolverket, "Grundskolan - Elever - Riksnivå 2015/16", u.å.

³³² Skolverket. "Gymnasieskolan - Elever - Riksnivå 2015/16", u.å.

³³³ Friends. *Friendsrapporten 2015*, 2015, 12.

³³⁴ Ibid.

³³⁵ Ibid.

År 2015 fick BEO in 1 544 anmälningar om kränkande behandling, varav myndigheten i 754 fall [48,8 %] fann grund för att rikta kritik mot skolan.³³⁸ I 46 av dessa kritikfall [6,1 %] krävde BEO även skadestånd för en mobbad eller kränkt elevs räkning. Sammanlagt krävdes 1 186 000 kronor i skadestånd år 2015.³³⁹ Det ger en genomsnittlig ersättning på 25 783 kronor ((1 186 000/46).

Om alla mobbade elever anmälde detta och BEO kritiserade lika stor andel som 2015, skulle det gälla 31 337 fall (48,8 % av 64 215). Om skadestånd krävdes i lika stor andel fall som 2015, skulle det gälla 1 912 fall (6,1 % av 31 337). Kommunernas skadeståndsrisk för dessa uppgår till 49 297 096 kronor (1 912 x 25 783).

Åtta procent av flickorna och fem procent av pojkarna i åldrarna 10-16 år uppger att de blivit utsatta för mobbning via mobil, dator eller surfplatta under det senaste året.³⁴⁰ Baserat på befolkningen³⁴¹ i denna åldersgrupp, motsvarar det 28 996 flickor (8 % av 362 448), samt 19 188 pojkar (5 % av 383 760). Sammanlagt blev 48 184 unga mobbade på nätet.

Försämrade skolresultat

År 2006 kände sig 16 procent av eleverna i årskurs 7-9 och 12 procent i gymnasiet störda i sitt arbete av andra elever på nästan alla/de flesta lektioner. År 2015 hade andelen stigit till 23 procent i årskurs 7-9 och 24 procent i gymnasiet, vilket motsvarar en ökning med 44 procent i årskurs 7-9 och 100 procent i gymnasiet.^{342 343}

År 2012 kostade en timmes läxhjälp efter rutavdrag på 50 procent mellan 199 och 335 kronor hos de fyra största läxhjälpföretagen.³⁴⁴ Detta ger en snittkostnad för en timmes läxhjälp på 267 kronor ((199 + 335)/2) för den enskilde och lika mycket för staten i form av rutavdrag. Snittkostnaden 267 kronor motsvarar 266 kronor i 2015 års penningvärde³⁴⁵.

Hösten 2015 fanns det 985 620 elever i grundskolan³⁴⁶ och 323 141 i gymnasiet³⁴⁷, sammanlagt 1 308 761 elever. Om alla Sveriges elever i grund- och gymnasieskolan skulle få en timmes läxhjälp/vecka under skolårets 40 veckor, skulle det kosta staten 13 925 217 040 kronor (1 308 761 x 40 x 266).

Ökande ätstörningar

1998 fick 44,71 kvinnor/100 000 kvinnor i åldrarna 10-24 år slutenvård för ätstörningar, år 2014 var det 46,34/100 000. Det motsvarar en ökning med 29 procent. Bland män i samma åldersgrupper ökade andelen med 68 procent, från 1,61 män/100 000 invånare år 1998 till 2,7/100 000 år 2015.³⁴⁸

År 2015 bestod befolkningen av 833 372 unga kvinnor i åldrarna 10-24 år och 887 355 män i samma åldrar.³⁴⁹ Baserat på uppgiften att tio procent av kvinnorna led av ätstörningar och en procent av männen³⁵⁰, motsvarar det 83 337 kvinnor i dessa åldrar och 8 874 män, totalt 92 211 unga.

³³⁶ Friends. *Friendsrapporten 2015*, 2015, 12.

³³⁷ Friends. *Friendsrapporten 2013*, 2013, 9.

³³⁸ Skolinspektionen/BEO. "Antal beslutade anmälningsärenden efter grund för konstaterad brist åren 2006–2015", u.å.

³³⁹ Skolinspektionen. "10 år med BEO – 10 miljoner till utsatta elever", 2016, 14.

³⁴⁰ Friends. *Friends nätrapport 2016*, 2016, 10.

³⁴¹ SCB. "Folkmängd", u.å.

³⁴² Skolverket, *Attityder till skolan 2006*, 2007, 31.

³⁴³ Skolverket, *Attityder till skolan 2015*, 2016, 45.

³⁴⁴ Sundén Jelmini. "Rut motverkar en skola lika för alla", 2013.

³⁴⁵ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

³⁴⁶ Skolverket, "Grundskolan – Elever – Riksnivå 2015/16", u.å.

³⁴⁷ Skolverket. "Gymnasieskolan - Elever - Riksnivå 2015/16", u.å.

³⁴⁸ Socialstyrelsen. "Diagnoser i slutenvård", u.å.

³⁴⁹ SCB. "Folkmängd", u.å.

³⁵⁰ Westerberg Jacobson. *Wish to be thinner*, 2010, 15.

Familjepolitikens ekonomi 2014

Anorexicentrum vid Huddinge sjukhus erbjöd 1998 tre behandlingsprogram för anorektiker och bulimiker.³⁵¹ För en lätt sjuk patient (ca 5 % av alla) kostade det 12 000 kronor, vilket motsvarar 14 634 kronor i 2015 års penningvärde³⁵². För en måttligt sjuk patient (ca 55 %) kostade det 163 000 kronor, vilket motsvarar 198 778 kronor år 2015³⁵³. För en svårt sjuk patient (ca 40 %) kostade det 410 000 kronor, vilket motsvarar 499 995 kronor år 2015³⁵⁴.

Om alla 92 211 unga med ätstörningar år 2015 skulle få motsvarande behandling enligt samma fördelning per svårighetsgrad skulle det kosta landstingen:

Lätt sjuka	5 % av 92 211 x 14 634 =	67 470 789 kronor
Måttligt sjuka	55 % av 92 211 x 198 778 =	10 081 234 987 kronor
Svårt sjuka	40 % av 92 211 x 499 995 =	18 442 015 578 kronor
Totalt		28 590 721 354 kronor

Ökande viktproblem

År 2015 led 6,9 procent av unga kvinnor i åldrarna 16–24 år av fetma, 13,1 procent av övervikt och 8,8 procent av undervikt. Bland män i samma åldrar var förekomsten av fetma 7 procent, övervikt 22,6 procent och undervikt 6,8 procent.³⁵⁵ Antalet drabbade beräknas utifrån folkmängden för denna grupp som år 2015 var 519 919 kvinnor och 555 933 män³⁵⁶. Detta betyder att fetma förekom hos 35 874 kvinnor i åldrarna 16–24 år (6,9 % av 519 919) och 38 915 män (7 % av 555 933), övervikt hos 68 109 kvinnor (13,1 % av 519 919) och 125 641 män (22,6 % av 555 933) samt undervikt hos 45 753 kvinnor (8,8 % av 519 919) och 37 803 män (6,8 % av 555 933). Totalt 352 095 unga i åldrarna 16–24 år med övervikt/fetma/undervikt.

Bland yngre visar en undersökning från 2008 att 17 procent av barn i åldrarna 7–9 år hade övervikt, inklusive 3 procent som hade fetma.³⁵⁷ Förekomsten anses vara minst lika hög hos svenska fyraåringar.³⁵⁹ Under antagande att viktproblemen är lika vanliga i åldersgruppen 11–15 år, kan antalet drabbade i åldrarna 4–15 år beräknas utifrån 2015 års folkmängd i åldersgruppen som var 1 351 316³⁶⁰. Totalt led 229 724 barn i dessa åldrar av övervikt/fetma (17 % av 1 351 316). (Även undervikt förekommer i dessa åldrar men det statistiska underlaget är otillräckligt för att beräkna omfattningen.) Sammanlagt med antalet drabbade i åldersgruppen 16–24 år blir det 581 819 barn och unga i åldrarna 4–24 år (352 095 + 229 724).

Med hänsyn till att det kan finnas ett visst överlapp med de 92 211 unga som har ätstörningar, dras hälften av dessa (46 106) bort från totalsiffran för viktproblem (581 819). Därmed kan man uppskatta att 535 713 unga i åldrarna 4–24 år led av fetma, över- eller undervikt år 2015, utan att ingå i kategorin med ätstörningar.

För att få fram genomsnittskostnaden för vård används äldre siffror som räknas om till 2015 års värde:

År 2003 skattades den totala sjukvårdskostnaden som sammanhänger med övervikt och fetma till 3 574 miljoner kronor, vilket omfattar kostnaden för slutenvård och öppenvård samt kostnaden för läkemedelsbehandling i öppenvård. Samma år var 52,8 procent av männen i åldrarna 16–84 år och 38,6 procent av kvinnorna i samma åldersgrupp överviktiga eller feta.³⁶¹ Detta motsvarar 1 846 965 överviktiga/feta män och 1 368 954 överviktiga/feta kvinnor, baserat på att det år 2003 fanns 3 498 040

³⁵¹ Anorexicentrum. "Utredning och behandling vid Anorexicentrum", 1998.

³⁵² SCB. "Prisomräknaren".

³⁵³ Ibid.

³⁵⁴ Ibid.

³⁵⁵ Folkhälsomyndigheten. "BMI-indikatorer 16–24 år", 2017.

³⁵⁶ SCB. "Folkmängd", u.å.

³⁵⁷ Magnergård Bjers. "Fredagsmysets godis tär på hälsan", 2011.

³⁵⁸ Sjöberg et al. "Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren", 2011.

³⁵⁹ Forskning.se. "Hur vanlig är fetma?", u.å.

³⁶⁰ SCB. "Folkmängd", u.å.

³⁶¹ Persson et al. *Kostnadsutveckling i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma*, 2004, 6, 14, 15 & 37.

Familjepolitikens ekonomi 2014

män och 3 546 514 kvinnor i åldrarna 16-84 år³⁶². Sammanlagt 3 215 919 överviktiga/feta män och kvinnor (1 846 965 + 1 368 954).

Förutsatt att alla sökte vård blev genomsnittskostnaden för dessa 1 111 kronor/person (3 574 000 000/3 215 919). (Sannolikt sökte inte alla vård, vilket skulle betyda att genomsnittskostnaden per person var högre.) Detta motsvarar 1 252 kronor/person i 2015 års penningvärde³⁶³. Under antagande att undervikt kostar lika mycket att behandla, blir den totala vårdkostnaden för alla barn och unga i åldrarna 4-24 år som led av fetma, över- eller undervikt (exkl. kategorin ätstörningar) 670 712 676 kronor (1 252 x 535 713).

Ökade självskador

År 1997 rapporterades 275 vårdtillfällen för avsiktligt självdestruktiv handling/100 000 kvinnor i åldrarna 15-19 år³⁶⁴, år 2015 322/100 000³⁶⁵ vilket motsvarar en ökning med 17 procent. Motsvarande siffror för kvinnor 20-24 år var 230/100 000 år 1997 och 327/100 000 år 2015, en ökning med 42 procent. Motsvarande för män 15-19 år var 85/100 000 år 1997 och 79/100 000 år 2015, en minskning med 7 procent. Motsvarande för män 20-24 år var 95/100 000 år 1997 och 143/100 000 år 2015, en ökning med 51 procent.

Uppgiften om att 10 procent av svenska flickor och fem procent av pojkar självskadar sig³⁶⁶, motsvarar 83 337 flickor i åldrarna 10-24 år (10 % av 833 372 i befolkningen år 2015³⁶⁷) samt 44 368 pojkar (5 % av 887 355³⁶⁸). Sammanlagt 127 705 barn och unga. (Gruppen 0-9 år är inte inräknad eftersom det är mycket ovanligt med självskador i denna åldersgrupp och det därför skulle bli missvisande att räkna procentuellt på dess befolkningensmängd.)

En ännu högre procentsiffra presenterades år 2013 i en undersökning från Örebro universitet som visar att upp till 20 procent av högstadieungdomar någon gång skadar sig själva.³⁶⁹ Baserat på detta skulle antalet självskadade högstadieungdomar vara 62 410 (20 % av 312 051 elever i åk 7-9 år 2015³⁷⁰) i stället för de tio procent (31 205) som är inkluderade i ovanstående beräkning för åldersgruppen 10-24 år. Totalsiffran för hela gruppen blir då 158 910 (127 705 + 31 205 + 62 410). Med avdrag för de 3 825 som var självmordsförsök, vilka redovisas separat under avsnitt 3.16, blev antalet självskadade unga 155 085.

Dialektisk beteendeterapi (DBT) används i dag till flera olika grupper med självskadebeteende, däribland unga flickor.³⁷¹ Metoden har sänkt vårdkostnaderna till 210 000 kronor per patient (år 2005)³⁷², vilket omräknat till 2015 års värde³⁷³ blir 238 140 kronor. Om alla drabbade fick vård med DBT skulle det kosta landstingen 36 931 941 900 kronor (155 085 x 238 140 kr).

Ökning av grova brott

År 1995 dömdes 27 unga i åldrarna 15-24 år för våldtäkt³⁷⁴, vilket delat på befolkningen i den åldersgruppen (1 086 921³⁷⁵) blir 2,48 unga per 100 000 invånare. År 2015 dömdes 62 unga i samma åldrar för samma brott³⁷⁶, vilket delat på befolkningen i den åldersgruppen (1 178 920³⁷⁷) blir

³⁶² SCB. "Folkmängd", u.å.

³⁶³ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

³⁶⁴ Beckman et al. "Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada", 2010.

³⁶⁵ Socialstyrelsen. "Yttre orsaker till skador och förgiftningar", u.å.

³⁶⁶ Stain. *Självskadebeteende*, 2008, 7 & 38.

³⁶⁷ SCB. "Folkmängd", u.å.

³⁶⁸ Ibid.

³⁶⁹ Harradine. "Varför skadar ungdomar sig själva?" 2013.

³⁷⁰ Skolverket, "Grundskolan – Elever – Riksnivå 2015/16", u.å.

³⁷¹ Hellberg & Larsson. *Ängesten rann ut med blodet*, 2009, 11.

³⁷² SBU. "Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning", 2005.

³⁷³ SCB. "Prisomräknaren".

³⁷⁴ Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 1995", u.å.

³⁷⁵ SCB. "Folkmängd", u.å.

³⁷⁶ Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 2015", u.å.

Familjepolitikens ekonomi 2014

5,26/100 000. Det motsvarar en ökning under perioden 1995-2015 med 112 procent. I den yngsta åldersgruppen 15-17 år dömdes 4 unga för våldtäkt år 1995³⁷⁸, vilket delat på befolkningen i den åldersgruppen (301 776³⁷⁹) blir 1,33/100 000. År 2015 dömdes 13 unga³⁸⁰, vilket delat på befolkningen i den åldersgruppen (307 934³⁸¹) blir 4,22/100 000. Det motsvarar en ökning i åldersgruppen 15-17 år med 217 procent under perioden 1995-2015.^{382 383}

Här ingår inte våldtäkt mot barn, eftersom denna rubricering inte finns med i Brå:s äldsta statistik från 1995. År 2015 dömdes 50 unga för våldtäkt mot barn, vilket innebär att totalt 112 unga dömdes för våldtäkt.³⁸⁴

En överfallsvåldtäkt av okänd gärningsman som blir dömd kan kosta 184 000 kronor i direkta kostnader för vård, polis och rättsväsende. Därtill tillkommer en kostnad på 750 000 kronor per år i fängelse [år 2010].³⁸⁵ År 2013 var den genomsnittliga utdömda strafftiden för en fullbordad våldtäkt 25 månader³⁸⁶, vilket motsvarar 2,1 års fängelse. Därmed blir den totala kostnaden för överfallsvåldtäkten 1 759 000 kronor (184 000 + (750 000 x 2,1)), vilket omräknat till 2015 år penningvärde³⁸⁷ blir 1 816 126 kronor.

En "måttlig" misshandel utan kroniska effekter för offret beräknades år 2012 kosta 89 000 kronor för vård, polis och rättsväsende³⁸⁸, vilket omräknat till 2015 år penningvärde³⁸⁹ blir 88 767 kronor. Detta är sannolikt en för låg uppskattning när det gäller de misshandelsfall från 2015 som ska värderas här, av vilka många var grova och en del vållande till annans död. Därtill tillkommer en kostnad på 750 000 kronor per år i fängelse [år 2010]³⁹⁰, vilket omräknat till 2015 år penningvärde³⁹¹ blir 774 357 kronor. År 2013 var den genomsnittliga utdömda strafftiden för misshandel 3 månader och grov misshandel 17 månader³⁹². Utifrån dessa uppgifter räknas här med en genomsnittlig strafftid för all slags misshandel på 10 månader ((3 + 17)/2), vilket motsvarar 0,83 års fängelse. Fängelsekostnaden för en misshandel blir då 642 716 kronor (0,83 x 774 357) och den totala kostnaden för misshandeln 731 483 kronor (88 767 + 642 716).

Ett personrån utan fysiska skador beräknades år 2012 kosta 145 000 kronor för vård, polis och rättsväsende³⁹³, vilket omräknat till 2015 år penningvärde³⁹⁴ blir 144 621 kronor. Här räknas inte med fängelsestraff.

År 2015 dömdes 2 370 unga i åldrarna 15-24 år för misshandel/grov misshandel/vållande till annans död, 435 för rån, 112 för våldtäkt (inklusive våldtäkt mot barn).³⁹⁵ De totala kostnaderna blev då för misshandel 1 733 614 710 kronor (2 370 x 731 483), rån 62 910 135 kronor (435 x 144 621) och våldtäkter 197 008 000 kronor (112 x 1 759 000).

Kostnaderna för mord och dråp uppskattas utifrån ovanstående kostnad från 2010 för överfallsvåldtäkt, där ambulans, rättsmedicinsk analys, polisutredning, häkte och rättegång uppgår till 68 000 kronor³⁹⁶.

³⁷⁷ SCB. "Folkmängd", u.å.

³⁷⁸ Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 1995", u.å.

³⁷⁹ SCB. "Folkmängd", u.å.

³⁸⁰ Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 2015", u.å.

³⁸¹ SCB. "Folkmängd", u.å.

³⁸² Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 1995", u.å.

³⁸³ Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 2015", u.å.

³⁸⁴ Brå. "Lagföringsbeslut efter huvudbrott och ålder, år 2015", u.å.

³⁸⁵ de Vylder. *Vad kostar våldtäkter?*, 2010. 127.

³⁸⁶ Brå. "Utdömda strafftider för nio brottstyper", 2015.

³⁸⁷ SCB. "Prisomräknaren" u.å.

³⁸⁸ Nilsson & Wadeskog. *Gatuvåldets ekonomi*, 2012, 57-58.

³⁸⁹ SCB. "Prisomräknaren" u.å.

³⁹⁰ de Vylder. *Vad kostar våldtäkter?*, 2010. 127.

³⁹¹ SCB. "Prisomräknaren" u.å.

³⁹² Brå. "Utdömda strafftider för nio brottstyper", 2015.

³⁹³ Nilsson & Wadeskog. *Gatuvåldets ekonomi*, 2012, 57-58.

³⁹⁴ SCB. "Prisomräknaren" u.å.

³⁹⁵ Ibid.

³⁹⁶ de Vylder. *Vad kostar våldtäkter?*, 2010. 127.

Familjepolitikens ekonomi 2014

Därtill tillkommer fängelsekostnaden på 750 000 kronor per år i fängelse [år 2010]³⁹⁷. År 2013 var den genomsnittliga utdömda strafftiden för mord 174 månader (14,5 år) och för dråp 90 månader (7,5 år). Det ger en fängelsekostnad på 10 875 000 kronor för mord (14,5 x 750 000) och 5 625 000 kronor för dråp (7,5 x 750 000). Den totala kostnaden för mord blir då 10 943 000 kronor (68 000 + 10 875 000) och för dråp 5 693 000 kronor (68 000 + 5 625 000), vilket i 2015 års penningvärde³⁹⁸ blir 11 298 388 kronor för mord och 5 877 888 kronor för dråp.

År 2015 dömdes 41 unga i åldrarna 15-24 år för mord och 10 för dråp.³⁹⁹ De totala kostnaderna blev då för mord 463 233 908 kronor (41 x 11 298 388) och dråp 58 778 880 kronor (10 x 5 877 888). Totalt: 2 515 545 633 kronor för grova våldsbrott av unga (1 733 614 710 + 62 910 135 + 197 008 000 + 463 233 908 + 58 778 880).

Ökad utskrivning av psykofarmaka

<i>Försäljning mot recept^{400 401}</i>	<i>till patientgrupp</i>	<i>antal DDD/1 000 inv/dag</i>		<i>Ökning</i>
		<i>År 1991</i>	<i>År 2015</i>	<i>1991-2015</i>
Läkemedelskod N06A				
Antidepressiva medel	män 15-19 år	0,3	22,47	7 390 %
"-	kvinnor 15-19 år	0,3	49,04	16 247 %
"-	män 20-24 år	1,2	38,76	3 130 %
"-	kvinnor 20-24 år	2	73,39	3 570 %
Läkemedelskod N05C				
Sömnmedel	män 15-19 år	0,2	7,73	3 765 %
"-	kvinnor 15-19 år	0,2	10,84	5 320 %
"-	män 20-24 år	1	7,95	695 %
"-	kvinnor 20-24 år	1	12,21	1 121 %
Läkemedelskod N05B				
Lugnande medel	män 15-19 år	0,3	1,28	327 %
"-	kvinnor 15-19 år	0,2	2,66	1 230 %
"-	män 20-24 år	1	3,22	222 %
"-	kvinnor 20-24 år	1	4,80	380 %
Läkemedelskod N05A				
Neuroleptika (antipsykotiska)	män 15-19 år	0,3	2,20	633 %
"-	kvinnor 15-19 år	0,3	2,12	607 %
"-	män 20-24 år	1,6	5,34	234 %
"-	kvinnor 20-24 år	1,1	4,85	341 %

<i>Försäljning mot recept⁴⁰²</i>	<i>till patientgrupp</i>	<i>antal DDD/1 000 inv/dag</i>	<i>Ökning</i>	
		<i>År 2006</i>	<i>År 2015</i>	<i>2006-2015</i>
Läkemedelskod N06BA				
Adhd-medel	män 15-19 år	8,78	46,27	427 %
"-	kvinnor 15-19 år	2,75	25,59	831 %
"-	män 20-24 år	1,85	18,13	880 %
"-	kvinnor 20-24 år	1,36	16,55	1 117 %

År 2015 fick 235 240 barn och unga i åldrarna 0-24 år ut olika former av receptbelagd psykofarmaka, varav 13 397 fick antipsykotiska läkemedel (neuroleptika), 50 185 fick lugnande medel, 48 186 fick

³⁹⁷ de Vylder. *Vad kostar våldtäkter?*, 2010. 127.

³⁹⁸ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

³⁹⁹ Ibid.

⁴⁰⁰ Apoteksbolaget. *Svensk läkemedelsstatistik 1991-1999, 1992-2000*.

⁴⁰¹ Socialstyrelsen. "Läkemedel". Socialstyrelsen. U.å.

⁴⁰² Socialstyrelsen. "Läkemedel". Socialstyrelsen. U.å.

Familjepolitikens ekonomi 2014

sömnmedel, 67 914 fick antidepressiva medel och 55 558 fick adhd-medel.⁴⁰³ Samma år uppgick statens kostnader [förmånskostnad] för antipsykotiska medel (neuroleptika) till åldersgruppen 0-44 år till 221 930 907 kronor, vilket delat på antalet patienter 49 782 ger en genomsnittskostnad på 4 458 kronor/patient/år. Motsvarande snittkostnad för lugnande medel var 140 kronor/patient/år (24 853 959/177 204), sömnmedel 230 kronor/patient/år (39 681 951/172 612), antidepressiva medel 357 kronor/patient/år (111 745 479/313 445) och adhd-medel 6 483 kronor/patient/år (532 354 261/82 118).⁴⁰⁴

Detta innebär att statens totala kostnad för olika psykofarmaka till barn och unga i åldrarna 0-24 år blev:

Antipsykotisk medicin	13 397 x 4 458 =	59 723 826 kronor
Lugnande medel	50 185 x 140 =	7 025 900 kronor
Sömnmedel	48 186 x 230 =	11 082 780 kronor
Antidepressiva medel	67 914 x 357 =	24 245 298 kronor
Adhd-medel	55 558 x 6 483 =	360 182 514 kronor
Sammanlagt		462 260 318 kronor

Ökad psykvård

Bland kvinnor i åldrarna 15-24 år fick 415 per 100 000 invånare psykiatrisk slutenvård år 1990. År 2015 var det 963/100 000 invånare, vilket motsvarar en ökning med 132 procent. Bland män i samma åldrar fick 369 per 100 000 invånare psykiatrisk slutenvård år 1990. År 2015 var det 785/100 000 invånare, vilket motsvarar en ökning med 113 procent.⁴⁰⁵

I den psykiatriska öppenvården var antalet patienter i samma åldersgrupp år 2005 2 390/100 000 invånare bland kvinnor och 1 600/100 000 bland män. År 2015 var det 6 874/100 000 invånare bland kvinnor och 5 815 bland män. Det motsvarar en ökning med 188 procent bland kvinnor och 263 procent bland män.⁴⁰⁶

11 224 barn och unga i åldrarna 0-24 år fick år 2015 slutenvård för psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar⁴⁰⁷. Av dessa hade 413 ätstörningar⁴⁰⁸, vilket ingår i beräkningen i avsnitt 3.8 om Ätstörningar och därför räknas bort här. Därmed återstår 10 811.

115 838 barn och unga i åldrarna 0-24 år fick år 2015 öppenvård för psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar.⁴⁰⁹ Av dessa hade 3 598 ätstörningar⁴¹⁰ vilket ingår i beräkningen i avsnitt 3.8 om Ätstörningar och därför räknas bort här. Därmed återstår 112 240.

Men den verkliga vårdsiffran är större. Fler än tre av fyra besök i den psykiatriska öppenvården sker hos andra än läkare och många behandlingar rapporteras därför inte till patientregistret. Inom barn- och ungdomspsykiatri, BUP, sker många besök hos psykolog, kurator eller annan vårdpersonal som inte är läkare, vilket gör insatserna svåra att följa.⁴¹¹ Baserat på detta är det rimligt att uppskatta att de orapporterade vårdbesöken är minst lika många som de rapporterade. Därmed uppgår det totala antalet patienter i åldrarna 0-24 som sökte psykiatrisk öppenvård (exkl ätstörningar) år 2015 till 224 480 (112 240 x 2). Sammanlagt med slutenvården blir det 235 291 (224 480 + 10 811) barn och unga i åldrarna 0-24 år som fick vård för psykiska problem år 2015.

Inom öppenvården var genomsnittskostnaden för att behandla en depressionsepisod år 2006 cirka 51 000 kronor, varav 2 300 utgjorde läkemedelskostnader.⁴¹² Eftersom läkemedel redovisas under avsnitt

⁴⁰³ Socialstyrelsen. "Läkemedel", u.å.

⁴⁰⁴ Socialstyrelsen. *Statistik om läkemedel år 2015. Tabeller*, 2016, 64, 65, 66, 69 & 72.

⁴⁰⁵ Socialstyrelsen. *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2015 Tabeller*, 2017, 5.

⁴⁰⁶ Socialstyrelsen. "Diagnoser i öppen vård", u.å.

⁴⁰⁷ Socialstyrelsen. "Diagnoser i slutenvård", u.å.

⁴⁰⁸ Ibid.

⁴⁰⁹ Socialstyrelsen. "Diagnoser i öppen vård", u.å.

⁴¹⁰ Ibid.

⁴¹¹ Socialstyrelsen. "Utvidgad uppgiftsskyldighet för psykiatrisk vård", 2014.

⁴¹² Sobocki. *Health Economics of Depression*, 2006, 5 & 49.

Familjepolitikens ekonomi 2014

3.12 om Psykofarmaka, dras de ifrån här och vårdkostnaden blir därmed 48 700 kronor (51 000-2 300). Omräknat till 2015 års värde⁴¹³ blir det 53 697 kronor. Inom psykiatrisk slutenvård var medelkostnaden för en patient 124 264 kronor år 2010⁴¹⁴, vilket motsvarar 128 300 kronor i 2015 års värde⁴¹⁵. Detta ger en sammanlagd kostnad för psykiatrisk behandling av unga i öppenvård på 12 053 902 560 kronor ($224\,480 \times 53\,697$ kr) samt i slutenvård 1 387 051 300 kronor ($10\,811 \times 128\,300$). Totalt: 13 440 953 860 kronor.

Ökat drogmissbruk

År 1997 var antalet narkotikarelaterade dödsfall 3,51/100 000 invånare bland män i åldrarna 15-24 år och 1,16/100 000 invånare bland kvinnor i samma åldrar. År 2015 var motsvarande siffror 12,72/100 000 bland män och 3,65 bland kvinnor.⁴¹⁶ Detta motsvarar en ökning under perioden 1997-2015 med 262 procent bland männen och 215 procent bland kvinnorna.

År 1998 var antalet unga i åldrarna 15-24 år som fick slutenvård med alkoholdiagnoser 151,91/100 000 invånare, år 2015 182,11/100 000.⁴¹⁷ Det motsvarar en ökning med 20 procent. Antalet unga som fick slutenvård med narkotikadiagnoser var 113,43/100 000 år 1998 och 211,38/100 000 år 2015⁴¹⁸, vilket motsvarar en ökning med 86 procent.

Kostnaden för ett drogrelaterat dödsfall antas vara samma som för ett självmord, vilket år 2001 kostade 34 942 kronor i direkta kostnader för landsting och kommun⁴¹⁹ och motsvarar 40 996 kronor omräknat till 2015 års värde⁴²⁰. Totalt kostade de alkohol- och narkotikarelaterade dödsfallen staten 4 632 548 kronor ($113 \times 40\,996$) år 2015.

År 2015 fick 3 695 unga i åldrarna 0-24 år öppenvård och 2 283 slutenvård för alkoholrelaterade diagnoser samt 4 951 öppenvård och 2 555 slutenvård för narkotikarelaterade diagnoser.⁴²¹

Kostnaderna för behandling av drogmissbruk i öppenvård varierar mellan 3 000 kronor och 50 000 kronor per person och år (baserat på 2004 års kostnader), beroende på behandlingsmetod och patientbehov.⁴²² För en försiktig beräkning används den lägsta kostnaden, vilken omvandlad till 2015 års värde blir 3 368 kronor. Den totala kostnaden för öppenvård av unga med drogmissbruk år 2015 uppgick då till minst 29 119 728 kronor ($(3\,695 + 4\,951) \times 3\,368$).

Slutenvårdskostnaden för drogmissbruk baseras på uppgifter från 2010, där en 30-årig man med aktivt tungt alkoholmissbruk kostar mellan 23 000 kronor och 400 000 kronor och en 20-årig kvinna med aktivt heroinmissbruk mellan 300 000 kronor och 2,6 miljoner⁴²³. Eftersom dessa uppgifter gäller vuxna med tungt missbruk tillämpas den lägsta kostnaden i beräkningen för unga. Omvandlat till 2015 års värde⁴²⁴ motsvarar det 23 747 kronor för alkoholvård och 309 743 kronor för narkotikavård. Den sammanlagda kostnaden för vård av unga för alkoholmissbruk blir då 54 214 401 kronor ($2\,283 \times 23\,747$ kr) och för narkotikamissbruk 791 393 365 kronor ($2\,555 \times 309\,743$ kr).

Total vårdkostnad för drogmissbruk: 874 727 494 kronor ($29\,119\,728 + 54\,214\,401 + 791\,393\,365$). Sammanlagt med de drogrelaterade dödsfallen: 879 360 042 kronor ($874\,727\,494 + 4\,632\,548$).

⁴¹³ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

⁴¹⁴ Sveriges Kommuner och Landsting. *KPP Psykiatri. Mycket mer än kostnad per patient*, 2010, 23.

⁴¹⁵ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

⁴¹⁶ Socialstyrelsen, "Dödsorsaker", u.å.

⁴¹⁷ Socialstyrelsen. "Diagnoser i sluten vård", u.å.

⁴¹⁸ Ibid.

⁴¹⁹ Räddningsverket. *Suicid och samhällsekonomiska kostnader*, 2004, 24 & 25.

⁴²⁰ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

⁴²¹ Socialstyrelsen. "Diagnoser i sluten vård", u.å.

⁴²² Socialstyrelsen. *Kostnader för psykosocial behandling av missbruk*, 2006, 23.

⁴²³ Larsson. "Missbruket kostar 150 miljarder", 2010.

⁴²⁴ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

Familjepolitikens ekonomi 2014

År 2011 angav 30 procent av kvinnorna och 39 procent av männen i åldrarna 16–24 år att de hade en riskabel alkoholkonsumtion.⁴²⁵ Baserat på att det år 2015 fanns 519 919 kvinnor och 555 933 män i dessa åldrar i befolkningen⁴²⁶, skulle antalet med riskabel alkoholkonsumtion vara 155 976 kvinnor (30 % av 519 919) och 216 814 män (39 % av 555 933). Totalt 372 790 unga.

Ökat utanförskap

År 1995 fick 5 158 unga i åldrarna 19-23 år förtidspension⁴²⁷ (från 2002 kallat aktivitetsersättning), år 2015 fick 16 539 unga hel aktivitetsersättning⁴²⁸. Baserat på befolkningen⁴²⁹ i denna åldersgrupp motsvarar det 915 unga per 100 000 invånare år 1995 (5 158/563 970) och 2 651/100 000 år 2015 (16 539/623 939). Det innebär en ökning med 190 procent under perioden 1995-2015.

För åldersgruppen 19-24 år finns bara statistik från 2003 då 2 770 unga fick hel aktivitetsersättning, vilket år 2015 hade ökat till 19 998.⁴³⁰ Baserat på befolkningen⁴³¹ i denna åldersgrupp motsvarar det 444/100 000 år 2003 (2 770/623 315) och 2 610 unga per 100 000 år 2015 (19 998/766 071). Det innebär en ökning med 488 procent under perioden 2003-2015.

Uppgiften om att 12,8 procent av varje årskull hamnar utanför samhället⁴³², skulle år 2015 motsvara 98 057 unga i åldrarna 19-24 år baserat på folkmängden⁴³³ (0,128 x 766 071).

523 863 kronor var den genomsnittliga kostnaden år 2009 för ett års utanförskap för en ung människa som är långtidsarbetslös, långtidssjukskriven, drogberoende eller psykiskt sjuk. Häri ingår kostnader för arbetsförmedlingen, försäkringskassan, rättsväsendet, kommuner och landsting.⁴³⁴ Kostnaden motsvarar 547 795 kronor i 2015 års penningvärde.⁴³⁵

Sammanlagt blir kostnaden år 2015 för utanförskap bland unga i åldrarna 19-24 år 53 715 134 315 kronor (98 057 x 547 795).

Om man gör en samhällsekonomisk kalkyl och lägger till produktionsbortfall, inklusive uteblivna skatteintäkter och bidrag till socialförsäkringssystemen, blir det ytterligare 281 880 kronor för ett års utanförskap.⁴³⁶ Det motsvarar 294 757 kronor i 2015 års penningvärde⁴³⁷ och skulle totalt innebära ytterligare 28 902 987 149 kronor (98 057 x 294 757) i kostnader för alla unga i utanförskap.

Ökade självmord och självmordsförsök

År 1997 var antalet självmord bland unga män i åldrarna 15-24 år 14,02/100 000 invånare och bland unga kvinnor i samma åldrar 7,52/100 000. År 2015 var motsvarande siffror 15,82/100 000 för männen och 7,99/100 000 för kvinnorna.⁴³⁸ Detta ger en ökning under perioden 1997-2015 på 13 procent bland männen och 6 procent bland kvinnorna i åldersgruppen 15-24 år.

I den övriga vuxna befolkningen från 25 år och uppåt var antalet självmord år 1997 33,98/100 000 bland män och 12,48/100 000 bland kvinnor. År 2015 var motsvarande siffror 29,03/100 000 för männen och

⁴²⁵ Ungdomsstyrelsens skrifter 2012:2. *Ung i dag 2012*, 2012, 75.

⁴²⁶ SCB. "Folkmängd", u.å.

⁴²⁷ S 2010:04. *Unga vuxna med aktivitetsersättning – risk för suicidförsök och suicid*, 2013, 13.

⁴²⁸ Försäkringskassan. "Aktivitetsersättning i december 2003-2015 med fördelning efter ålder", u.å.

⁴²⁹ SCB. "Folkmängd", u.å.

⁴³⁰ Försäkringskassan. "Aktivitetsersättning i december 2003-2015 med fördelning efter ålder", u.å.

⁴³¹ SCB. "Folkmängd", u.å.

⁴³² Skandia Idéer för Livet. "Om utanförskapets pris", u.å.

⁴³³ SCB. "Folkmängd", u.å.

⁴³⁴ Nilsson & Wadeskog. *Underlag till: En socioekonomisk analys av Skolverkets samverkansprojekt*, 2010, 23, 26-27.

⁴³⁵ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

⁴³⁶ Nilsson & Wadeskog. *Underlag till: En socioekonomisk analys av Skolverkets samverkansprojekt*, 2010, 23, 26-27.

⁴³⁷ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

⁴³⁸ Socialstyrelsen. "Dödsorsaker", u.å.

Familjepolitikens ekonomi 2014

11,67/100 000 för kvinnorna.⁴³⁹ Detta ger en minskning under perioden 1997-2015 på 15 procent bland männen och 6 procent bland kvinnorna i åldersgruppen 25-85+ år.

År 1990 var antalet självmordsförsök bland unga män i åldrarna 15-24 år 98,6/100 000 invånare och bland unga kvinnor i samma åldrar 188,2/100 000. År 2015 var motsvarande siffror 110,4/100 000 invånare för männen och 250,6/100 000 invånare för kvinnorna.⁴⁴⁰ Detta ger en ökning under perioden 1990-2015 på 12 procent bland männen och 33 procent bland kvinnorna.

År 2015 fick 2 295 unga i åldrarna 0-24 år slutenvård för självmordsförsök.⁴⁴¹ Nästan hälften av dem som försökt ta livet av sig kommer inte till sjukhus.⁴⁴² Om detta mörkertal uppskattas utgöra 40 procent av det verkliga antalet, utgör det rapporterade antalet 60 procent. Det verkliga antalet blir då 3 825 självmordsförsök (2 295/0,6).

År 2001 kostade ett självmord 34 942 kronor i direkta kostnader för landsting och kommun och ett självmordsförsök 117 537 kronor⁴⁴³, vilket motsvarar 40 996 kronor/självmord och 137 900 kronor/självmordsförsök omräknat till 2015 års värde⁴⁴⁴.

Detta ger en totalkostnad år 2015 för självmord bland unga i åldrarna 0-24 år på 5 416 010 kronor (155 x 34 942 kr) och för självmordsförsök 449 579 025 kronor (3 825 x 117 537 kr). Sammanlagt kostade det staten 454 995 035 kronor.

De indirekta kostnaderna för samhället i form av produktionsbortfall uppgick år 2001 till 1 754 576 kronor per självmord och 357 491 kronor per självmordsförsök⁴⁴⁵, vilket motsvarar 2 058 547 kronor per självmord och 419 424 kronor per självmordsförsök omräknat till 2015 års värde⁴⁴⁶. Det skulle i en samhällsekonomisk kalkyl innebära ytterligare kostnader på 319 074 785 kronor (155 x 2 058 547) för självmord och 1 604 296 800 kronor (3 825 x 419 424) för självmordsförsök år 2015. Sammanlagt blir de indirekta kostnaderna: 1 923 371 585 kronor.

⁴³⁹ Socialstyrelsen. "Dödsorsaker", u.å.

⁴⁴⁰ Wasserman. "Självmordsförsök i Sverige", 2017.

⁴⁴¹ Socialstyrelsen, "Yttre orsaker till skador och förgiftningar", u.å.

⁴⁴² Mårtensson. "De känner att ingen bryr sig", 2014.

⁴⁴³ Räddningsverket. *Suicid och samhällsekonomiska kostnader*, 2004, 24 & 25.

⁴⁴⁴ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

⁴⁴⁵ Räddningsverket. *Suicid och samhällsekonomiska kostnader*, 2004, 24 & 25.

⁴⁴⁶ SCB. "Prisomräknaren", u.å.

Bilaga 2 Beräkningar av ekonomiska styrmedels påverkan

På 1970-talet byggdes det in starka ekonomiska styrmedel i familjepolitiken för att alla föräldrar skulle välja barnomsorg utanför hemmet. Ett av de kraftfullaste var avskaffandet av sambeskattnings av gifta par som skedde 1971. När gifta kvinnor och män började beskattas var och en för sig i stället för tillsammans, fick många kvinnor lägre marginalsatt, vilket betydde ökade ekonomiska drivkrafter att arbeta.⁴⁴⁷

I praktiken betyder detta att en genomsnittsfamilj där båda föräldrarna arbetar heltid och har barnen i förskola får 48 470 kronor/månad kvar av lönen efter skatteavdrag. Detta baseras på att genomsnittslönen för heltidsarbete år 2015 var 32 000 kronor/månad/person⁴⁴⁸, vilket ligger under gränsen för statlig skatt (2015: 430 200 kr/år⁴⁴⁹). Från lönen dras kommunalskatt på 7 765 kronor/månad/person (enligt kolumn 1 tabell 32⁴⁵⁰ som motsvarar den genomsnittliga kommunala skattesatsen år 2015⁴⁵¹). Därefter återstår för familjen 48 470 kronor $((32\,000 - 7\,765) \times 2)$.

För att få lika mycket pengar över att leva på om den ena föräldern är hemma med barnen, räcker det inte att den andre föräldern ensam drar in lika mycket brutto som två föräldrar i genomsnitt, 64 000 kronor/månad, eftersom skatten ökar progressivt och föräldern då får betala 23 995 kronor/månad i skatt⁴⁵². I stället krävs det att den ensamarbetande föräldern tjänar 83 569 kronor/månad brutto, vilket beskattas med 35 099 kronor och därmed ger nettolön 48 470 kronor. Det krävs alltså att föräldern tjänar 161 procent mer än genomsnittslönen $((83\,569 - 32\,000)/32\,000)$.

Vid sambeskattnings - som fortfarande tillämpas i en rad europeiska länder⁴⁵³ - hade det däremot räckt att den ensamarbetande föräldern tjänade lika mycket som de dubbelarbetande tillsammans. Då hade föräldrarna fått beskattas för hälften vardera av den sammanlagda inkomsten och båda familjer hade fått samma skatt oavsett vem/vilka som intjänat lönen.

Ett annat ekonomiskt styrmedel med stor påverkan har varit de kraftiga subventionerna av förskolan, som år 2015 uppgick till i genomsnitt cirka 10 000 kronor/månad/barn och ges i maximalt sex år/barn. Detta motsvarar totalt 720 000 kronor/barn $(10\,000 \times 12 \times 6)$. Som jämförelse erbjuds hemmabarnomsorg inte några pengar alls i de flesta kommuner eller på sin höjd vårdnadsbidrag på 3 000 kronor/månad/barn upp till tre års ålder⁴⁵⁴ (max två års bidrag efter föräldrapenningen). Detta motsvarar totalt 72 000 kronor/barn $(3\,000 \times 12 \times 2)$, vilket bara är en tiondel av förskolebidraget. Den 18 november 2015 röstade riksdagen för regeringens proposition om att avskaffa vårdnadsbidraget från den 1 februari 2016⁴⁵⁵.

I och med införandet av maxtaxa 2002 sänktes föräldraavgifterna till maximalt tre, två respektive en procent av hushållets inkomst för första, andra respektive tredje barnet. För fjärde barnet blev omsorgen helt kostnadsfri.⁴⁵⁶ Denna reform har haft stor betydelse för den ökning i deltagande som observerats i förskolan gällande barn till föräldrar som är arbetslösa eller föräldralediga för annat barn.⁴⁵⁷ Samtidigt har kommunernas finansieringsgrad av förskolan sjunkit från 15 till 7 procent, resten står skattebetalarna för. Detta kompenseras med 3,7 miljarder kronor i extra statsbidrag till kommunerna.⁴⁵⁸

⁴⁴⁷ Angelov, Nikolay, Johansson, Per, Lindahl, Erica och Lindström, Elly-Ann. *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*, 2011, 8.

⁴⁴⁸ SCB. "Stora skillnader i lön mellan de högst och lägst betalda yrkena", u.å.

⁴⁴⁹ Skatteverket. "Belopp och procent - inkomstår 2015", u.å.

⁴⁵⁰ Skatteverket. "Skattetabell 32 för månadslön 2015", u.å.

⁴⁵¹ Skatteverket. "Kommunal och statlig inkomstskatt", u.å.

⁴⁵² Ibid.

⁴⁵³ Wikipedia. "Sambeskattnings", u.å.

⁴⁵⁴ Wikipedia. "Vårdnadsbidrag", u.å.

⁴⁵⁵ Sveriges Riksdag. "Betänkande 2015/16:SfU8 Det kommunala vårdnadsbidraget avskaffas", 2015.

⁴⁵⁶ Sahlén. "Alliansen, slopa maxtaxan nu!", 2013.

⁴⁵⁷ Wikström. *Kommunalekonomiska effekter av maxtaxa och ökad tillgänglighet inom förskola och skolbarnomsorg*, 2007, 1.

⁴⁵⁸ Sahlén. "Alliansen, slopa maxtaxan nu!", 2013.

Efterord

Med en resultaträkning som slutar i förlust på drygt 50 miljarder kronor och trendkurvor som pekar unisont mot fortsatt negativ utveckling, kan det vara svårt att se den mänskliga kostnaden, lidandet hos varje enskild ung människa (och hans/hennes anhöriga). För att lyfta fram de drabbade inför ansvariga politiker avslutar jag med en "mänsklig" resultaträkning, som jag hoppas öppnar deras ögon och tar bort alla skygglappar för att börja förebygga problemen tidigt i barns liv.

Susanne Nyman Furugård

Barn och unga drabbade av hälsoeffekter år 2015
med koppling till den svenska barnomsorgsmodellen
(upp till 24 år):

43 542 hörselskadade
64 215 blev mobbade
1 308 761 i stökig skola
92 211 med ätstörningar
545 649 med fetma, över- eller undervikt
155 085 skadade sig själva med avsikt
2 968 dömda för grova våldsbrott
235 240 fick psykofarmaka
235 291 fick psykvård
13 484 fick vård för drogmissbruk
113 dog av droger
98 057 levde i utanförskap
155 begick självmord
3 825 gjorde självmordsförsök
382 500 planerade att ta sina liv