

# Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök

---

En systematisk litteraturöversikt

*September 2015*

*(preliminär version webbpublicerad 2015-09-01)*



---

SBU • Statens beredning för medicinsk och social utvärdering  
*Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services*

# SBU utvärderar sjukvårdens och socialtjänstens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med praxis inom svensk vård och socialtjänst. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården och omsorgen ska utformas.

Välkommen att läsa mer om SBU:s rapporter och verksamhet på [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

*Denna utvärdering publicerades år 2015. Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller begränsat.*

Denna rapport (nr 241) kan beställas från Strömberg distribution  
Telefon: 08-779 96 85 • Fax: 08-779 96 10 • E-post: [sbu@strd.se](mailto:sbu@strd.se)

Grafisk produktion av Anna Edling, SBU  
Tryckt av Elanders Sverige AB, Mölnlycke, 2015  
Rapportnr: 241 • ISBN 978-91-85413-85-0 • ISSN 1400-1403

Citera denna rapport: SBU. Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 241. ISBN 978-91-85413-85-0.

# Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök

---

En systematisk litteraturöversikt

## Projektgrupp

*Sakkunniga*

Ata Ghaderi

Clara Hellner Gumpert

Sophie Liljedahl

Josef Milerad

*SBU*

Agneta Pettersson

(projektledare)

Sara Fundell

(projektadministratör  
t o m 2014-12-20)

Kickan Håkanson

(projektadministratör  
fr o m 2015-01-05)

Agneta Brolund

(informationsspecialist)

## Externa granskare

Margda Waern

Anders Hjern



# Innehåll

---

<b>SBU:s sammanfattning och slutsatser</b>	<b>7</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>15</b>
Syfte	15
Målgrupper	15
<b>2. Bakgrund</b>	<b>17</b>
Begreppet självskada	17
Självskadebeteende är vanligt	18
Förutsättningar för skolbaserad prevention av självskadebeteende	21
<b>3. Metodbeskrivning</b>	<b>23</b>
Frågor	23
Inklusionskriterier	23
Metodik för urval av studier	24
Systematisk litteratursökning	24
Metodik för bedömning av risk för bias	25
Metoder för sammanvägning av resultat	25
Det vetenskapliga underlagets styrka	25
<b>4. Resultat av granskningen</b>	<b>27</b>
Effekter av programmen för att förebygga självskada	29
Aggregerad beskrivning av ingående studier	29
Bedömning av sammanvägd effekt	32
Bedömning av evidensstyrka	33
Negativa konsekvenser av program för att förebygga självskada	35
<b>5. Etiska och sociala aspekter</b>	<b>37</b>
<b>6. Diskussion</b>	<b>43</b>
Jämförelse med andra systematiska översikter	43
Metodfrågor	44

<b>7. Kunskapsluckor och framtida forskningsområden</b>	<b>47</b>
<b>8. Konsekvenser av rapportens bedömningar</b>	<b>49</b>
<b>9. Studier som ligger till grund för resultat och slutsatser</b>	<b>53</b>
<b>10. Referenser</b>	<b>63</b>

**Bilaga 1. Sökstrategier**

Publicerad på [www.sbu.se/241](http://www.sbu.se/241)

**Bilaga 2. Exkluderade artiklar**

Publicerad på [www.sbu.se/241](http://www.sbu.se/241)

**Bilaga 3. Gallrings- och granskningsmallar**

Publicerad på [www.sbu.se/241](http://www.sbu.se/241)

# SBU:s sammanfattning och slutsatser

---



---

SBU • Statens beredning för medicinsk och social utvärdering  
*Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services*





# SBU:s sammanfattning och slutsatser

---

## Slutsatser

- ▶ Det finns två skolbaserade program som möjligen kan förebygga suicidförsök. Dessa är dock inte testade på ett vetenskapligt sätt i Sverige.

Båda de program som har visat effekt är universella, dvs riktas till alla elever i klasserna.

- Good Behavior Game (GBG) ges på lågstadiet under ett till två år. GBG är inte utvecklat för att förebygga självskada utan syftar till att förstärka positiva beteenden och attityder mellan skolelever och lärare.
  - Youth Aware of Mental Health (YAM) ges på högstadiet och består huvudsakligen av fem timmars interaktiva övningar. YAM är utvecklat specifikt för att förebygga suicid.
- ▶ För övriga program saknas tillräckligt underlag för att dra slutsatser om effekt på suicidförsök.
  - ▶ Studier av program som förebygger andra former av självskadebeteende har enbart undersökt effekter på attityder eller har saknat uppföljningstid.
  - ▶ Det går inte att dra några slutsatser om eventuella negativa effekter av de skolbaserade programmen eftersom det finns få studier på området.

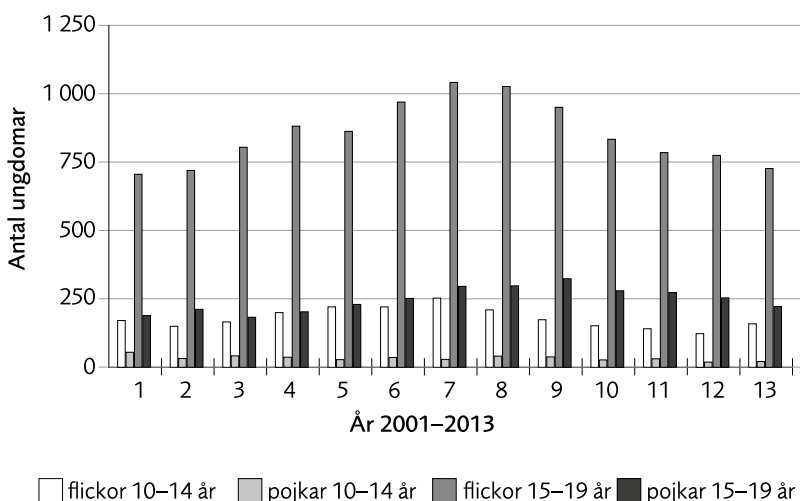
## Faktaruta 1 Definition av självskadebeteende.

Rapporten använder en definition av självskadebeteende som omfattar alla typer av självskadande handlingar inklusive suicidförsök och suicid.

## Bakgrund

### Självskadebeteende bland ungdomar är vanligt

I enkäter till svenska skolungdomar svarade 35 till 40 procent att de skadat sig själva under de senaste sex till tolv månaderna. En del skadar sig så allvarligt att de måste vårdas på sjukhus. Antalet sjukhusinläggningar ökade mellan åren 2001 och 2007 för att sedan plana ut (Diagram 1). Mer än dubbelt så många flickor som pojkar vårdas på sjukhus för självskadebeteende (X-kod i ICD-10).



**Diagram 1** Antalet ungdomar som årligen vårdas på sjukhus för självdestruktivt beteende (källa: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/skadorochforgiftningar>).

## **Skolan är en arena för att förebygga psykisk ohälsa**

Internationellt sett har program som syftar till att förebygga olika former av psykisk ohälsa blivit alltmer efterfrågade eftersom insatserna når alla barn. Socialstyrelsens dokument Vägledning för elevhälsan, understryker att åtgärder som främjar elevernas psykiska hälsa bör prioriteras och nämner självskadebeteende som ett särskilt problemområde.

## **Metod**

SBU har gjort en systematisk översikt för att klarlägga dels om det finns skolbaserade program som kan förebygga självskadebeteende och dels om det finns några negativa konsekvenser av programmen. Den systematiska översikten togs fram i enlighet med SBU:s Metodbok. Studierna skulle avse program som antingen riktade sig till alla elever (universella), eller som riktade sig till dem som tillhörde en riskgrupp för självskadebeteende (selektade) eller till ungdomar som redan uppvisade problem (indikerade). Studierna skulle vara kontrollerade med eller utan randomisering. De skulle utvärdera effekterna på självskadehandlingar inklusive suicidförsök och fullbordat suicid, medan effekter på suicidtankar och attityder inte ingick. Effekterna skulle mätas minst tio veckor efter det att programmet avslutats.

## **Resultat**

### **Två program har visat sig kunna förebygga självskada i form av suicidförsök**

Fyra studier med acceptabel tillförlitlighet kunde inkluderas. De utvärderade totalt sju olika program som samtliga undersökte effekter på antalet suicidförsök. Två universella program minskade risken för suicidförsök; Good Behavior Game (GBG) och Youth Aware of Mental Health (YAM) (se Tabell 1). Två indikerade program; Counselors Care: Assess, Respond, Empower (C-CARE) och Coping and Support Training (CAST), samt ett selekterat; Skills for Life Programme for Adolescents (SEL), var undersökta i en relativt liten studie vardera och det gick inte att dra några slutsatser om dem. Ytterligare två selekterade program; Screening for Professionals (ProfScreen) och Question, Persuade, Refer (QPR), uppvisade ingen signifikant effekt på självskadebeteende.

**Tabell 1** Sammanfattande resultatabell.

<b>Program Preventionsnivå Omfattning</b>	<b>Antal studier Antal deltagare uppföljningstid</b>	<b>Effekt (95 % KI) Antal fall av självordsförsök i experiment- respektive kon- trollgruppen</b>	<b>Veten- skapligt underlag</b>	<b>Konsekvens</b>
Good Behavior Game (GBG) Universellt 2 år, flera gånger i veckan	1 RCT Cirka 500 15 år	RR 0,5 (0,3; 0,9) Exp: n=17 Kontroll: n=61	Begränsat ⊕⊕○○	Det är möjligt att GBG kan halvera antalet suicidförsök sett över 15 år jämfört med sedvanlig undervisning
Youth Aware of Mental Health (YAM) Universellt 3 sessioner under 4 veckor samt infor- mationsaffischer i klassrummet	1 RCT Cirka 5 500 1 år	OR 0,45 (0,24; 0,85) Exp: n=14 Kontroll: n=34	Måttligt ⊕⊕⊕○	Troligen kan YAM halvera antalet suicidförsök under 1 år jämfört med sedvanlig undervisning

**KI** = konfidensintervall; **n** = antal; **OR** = oddskvot; **RCT** = randomiserad kontrollerad studie;  
**RR** = relativ risk

## Etiska aspekter

Självskadebeteende debuterar oftast under tonåren när ungdomar fortfarande går i skolan. Det finns en koppling mellan självskadebeteende, psykisk ohälsa och mer allvarliga självdestruktiva handlingar, även suicid. Kunskap om självskadebeteende behöver därför finnas i de miljöer där ungdomar vistas. Skolan kan fungera som en arena för både prevention och tidig upptäckt av de som behöver mer omfattande stöd. Förebyggande program som tar upp psykisk ohälsa kan också bidra till att minska stigmatiseringen av dessa tillstånd. En fördel med skolbaserade preventionsprogram är att de når alla. Insatsen är därmed rättvist fördelad och påverkas inte av sådant som tillgänglighet till hälso- och sjukvård eller av föräldrars omsorgsförmåga. En möjlig risk med skolbaserade program är att en enskild elev inte kan avstå från att delta utan att detta uppfattas som negativt.

## Många forskningsluckor och forskningsbehov

Det finns få randomiserade studier, med adekvat uppföljningstid dvs minst sex månader, och med beteendebaserade effektmått. Sådana studier för svenska förhållanden saknas helt. De program som har visat sig ha effekt, GBG och YAM, behöver anpassas för svenska förhållanden och utvärderas.

Det behövs studier som undersöker preventiva program på olika nivåer (universellt, selekterat och indikerat) och gärna program som täcker hela spannet. Studierna bör även omfatta systematisk mätning av potentiellt negativa effekter.



# 1. Inledning

---

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen kom överens om att utveckla och samordna insatser och kunskap kring unga med självska debeteende genom det så kallade Nationella Självskadeprojektet [1]. På förfrågan från Nationella Självskadeprojektet genomförde SBU en systematisk litteraturoversikt om skolbaserade program som kan förebygga självska debeteende. Översikten finansierades via regeringens psykiatrisatsning (PRIO).

## Syfte

Syftet med översikten är att bistå verksamheter och myndigheter med kunskap om effekter av skolbaserade insatser för att förebygga självska debeteende och självmordshandlingar. Ytterligare ett syfte är att peka på forskningsluckor och utvecklingsbehov.

## Målgrupper

Rapporten vänder sig bland annat till forskningsfinansiärer, universitetens institutioner för psykologi, myndigheter, Svenska skolläkarföreningen, Riksförbundet för skolsköterskor, Psykologer i förskola och skola (Psifos) samt Svenska barnpsykiatriska föreningen.





## 2. Bakgrund

---

### Begreppet självskada

Det saknas internationell konsensus om hur självska debeteende ska klassificeras och definieras. Det finns dock två begrepp som dominerar; non-suicidal self-injury (NSSI) som oftast används i Kanada och USA samt begreppet deliberate self-harm (DSH) som är mest förekommande i Europa och Australien [2].

NSSI definieras som självska dehandlingar som genomförs utan att personen vid det aktuella tillfället har för avsikt att begå självmord. Exempel på sådana beteenden är att riva sig, bränna sig, skära sig eller att slå huvudet i väggen. Nyare forskning har funnit att förekomst av NSSI kan predicera ett senare suicidalt beteende, vilket tyder på att fenomenen är relaterade till varandra. Guan och medarbetare mätte NSSI och andra variabler som är relaterade till psykisk ohälsa hos 399 elever i årskurs nio och med uppföljning två och ett halvt år senare [3]. Resultaten tydde på att de som hade självska debeteende vid baslinjen hade signifikant förhöjd risk för suicidtankar och suicidförsök vid uppföljningstillfället. Asarnow och medarbetare uppnådde liknande resultat i en studie på ungdomar med depression som inte förbättrades med behandling, liksom Klonsky och medarbetare i en studie som omfattade ungdomar och vuxna från kliniska och icke-kliniska populationer [4,5].

DSH omfattar alla själviniterade destruktiva beteenden men tar per definition inte hänsyn till vilken avsikt som driver beteendet. DSH inkluderar följaktligen beteenden som ingår inom NSSI men också handlingar som kan resultera i suicid [6–9]. Självska debeteenden kan vara direkta eller indirekta. Ett exempel på indirekta självska debeteenden är risktagande beteenden.

Denna rapport använder i likhet med brittiska National Institute for Clinical Excellence (NICE) begreppet ”självskadebeteende” som omfattar alla typer av självskadande handlingar inklusive suicidförsök och självmord [7].

## **Självskadebeteende är vanligt**

Eftersom det saknas internationell konsensus om definitionen av självskada, kan det vara svårt att bedöma prevalensen hos ungdomar och om den är likartad i olika länder. I en systematisk översikt undersökte Muehlenkamp och medarbetare prevalensen i studier publicerade mellan åren 2006 och 2011 [10]. Studierna hade utgått från antingen NSSI- eller DSH-definitionen. Muehlenkamp fann att prevalensen varierade kraftigt mellan studierna, från 5,5 till 42 procent. Den genomsnittliga livstidsprevalensen, sett över 52 studier, var ungefär densamma oavsett om studierna mätte NSSI (16,1 %) eller DSH (18,0 %). Muehlenkamp och medarbetare noterade att det fanns en bedömningsbias i materialet eftersom studierna använt en rad olika skattningsformulär med varierande känslighet.

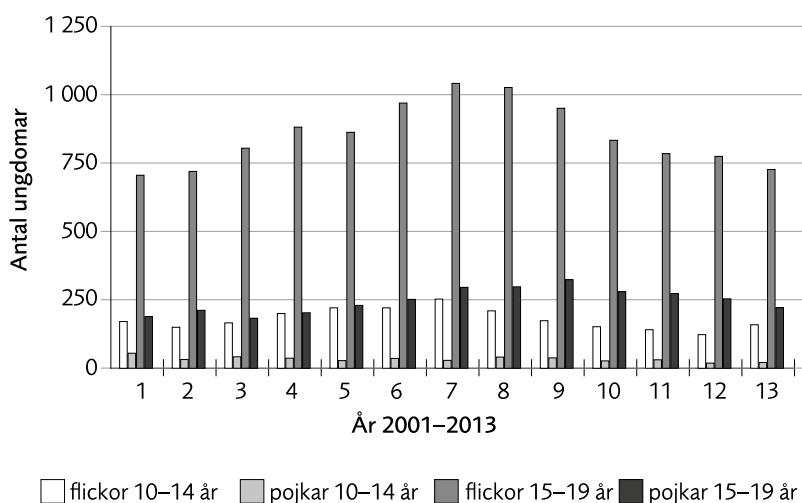
Det förefaller som om självskadebeteende bland svenska skolungdomar är något vanligare än i de övriga länder som ingick i Muehlenkamp och medarbetares översikt. Tre studier undersökte prevalensen självskadebeteende definierat som NSSI [11–13]. Studierna genomfördes i svenska högstadieskolor. Zetterqvist och medarbetare rapporterade att drygt 35 procent av ett urval av 3 060 skolungdomar mellan 15 och 17 år uppgett minst en självskadehandling året innan [13]. Många typer av självskadebeteende var signifikant vanligare hos flickor. Bjärehed och medarbetare fann att mellan 36,5 och 40 procent av drygt 200 ungdomar som var 14 år hade genomfört en självskadehandling under de senaste sex månaderna [11]. Även om fler flickor än pojkar rapporterade att de skadat sig själva var inte skillnaden signifikant. Lundh och medarbetare redovisade från en skolstudie på 123 ungdomar som var 15 år att 41,5 procent rapporterade självskada minst en gång under sin livstid [12].

Även statistik på nationell nivå styrker att självskadebeteenden hos unga är vanligt. Enligt statistik från Nationellt centrum för suicidprevention (NASP), som baserar sig på sjukhusregister, ökade antalet suicidförsök i åldrarna 15–24 år under perioden 1987 till 2007, men minskade därefter fram till mätperiodens slut år 2013 [14].

Folkhälsorapporten 2007 redovisade att suicidtankar och suicidförsök var vanliga i åldersgruppen 16–29 år med en topp vid 19 år för kvinnor och 22 år hos män [15]. Sex procent av kvinnorna och fyra procent av männen rapporterade att de någon gång hade försökt begå självmord. Fullbordat suicid är ovanligt före tonåren men ökar under tonårstiden [15]. I åldersgruppen 15–19 år är fullbordade självmord tre gånger vanligare hos pojkar än hos flickor [16].

Socialstyrelsens register över sjukhusinläggningar omfattar diagnoskoderna X60–X84, avsiktlig självdestruktiv handling [17]. Antalet sjukhusinläggningar under perioden 2001 till 2013 för pojkar och flickor i åldersintervall mellan 10 och 19 år visas i Figur 2.1. Diagrammet illustrerar att självdestruktiva handlingar är vanligare hos flickor än hos pojkar samt att antalet årliga fall ökade fram till år 2007 för att därefter minska hos båda könen.

Sammanfattningsvis är olika typer av självskadebeteende vanligt förekommande bland svenska ungdomar. Svenska skolbaserade enkäter visar hög förekomst av självskadebeteende (definierat som NSSI) hos både flickor och pojkar. Sjukhusvård för avsiktlig självskadehandling är vanligare hos flickor i kontrast till fullbordat självmord som är vanligare hos pojkar. Det bör noteras att det kan finnas ett betydande mörkertal i och med att inte alla ungdomar uppsöker sjukvården efter en självskadehandling.



**Figur 2.1** Antal ungdomar som vårdats på sjukhus för avsiktligt självdestruktiv handling, 2001–2013 (Källa: [17])

Internationellt sett har preventionsprogram för olika former av psykisk ohälsa som genomförs inom skolans ram, blivit alltmer efterfrågade. Skolan ses som en naturlig arena för att ge förebyggande insatser som kan minska barriärerna för ungdomarna att få tillgång till hjälp [18].

Förebyggande insatser kan klassificeras som universella, selekterade och indikerade [19]. Nivåerna är likvärdiga med begreppen primär, sekundär och tertiär prevention som ofta används inom epidemiologin och folkhälsovetenskaperna. Se Tabell 2.1 för en beskrivning av preventionsnivåerna och exempel på insatser inom respektive nivå.

**Tabell 2.1** Definition av preventionsnivåer.

	<b>Universella preventionsprogram (primärprevention)</b>	<b>Selekterade preventionsprogram (sekundärprevention)</b>	<b>Indikerade preventionsprogram (tertiärprevention)</b>
<b>Målgrupp</b>	Alla inom en population av ungdomar	Ungdomar som löper risk att börja med självskadebeteende beroende på exponering, livshistoria eller annan känslighet	Ungdomar som uppvisar tecken på självskadebeteende
<b>Strategier</b>	Motverka risker genom att lära ut beteenden som främjar psykisk hälsa; öka medvetenheten hos ungdomar och lärare	Öka motståndskraft och förmåga att hantera och reglera känslor; monitorering av beteenden (screening) med ett protokoll för att snabbt ta hand om kriser	Minska eskalering och helst stoppa självskadebeteendet
<b>Exempel</b>	Gatekeeper-program  Utbilda så kallade naturliga hjälpare att se tecken och respondera adekvat  Schemalagd undervisning för hela klasser	Remittering till skolbaserad träning av förmågor	Specialiserad gruppträning med manualbaserade metoder

## Förutsättningar för skolbaserad prevention av självskadebeteende

Enligt skollagen ska skolhälsovården, numera kallad elevhälsans medicinska insats, erbjuda alla elever minst tre hälsobesök i grundskolan och ett i gymnasiet. Dessa hälsobesök omfattar kontroller av kroppslig och psykisk utveckling, vaccinationer enligt det nationella programmet samt ett personligt hälsosamtal med skolsköterskan. I hälsosamtalet tar man upp livsstilsfrågor med fokus på kost, sömn och motion, trivsel i skolan samt psykiskt välbefinnande. Många skolor kompletterar hälsosamtalet med en enkät där eleven får besvara åldersanpassade frågor kring trivsel, kamratrelationer, inlärning samt psykisk och fysisk hälsa.

Det råder idag enighet i synen på att elevhälsan bör prioritera åtgärder som främjar elevers psykiska hälsa och detta diskuteras utförligt i Skolverkets och Socialstyrelsens nyligen utgivna Vägledning för elevhälsan [20]. I vägledningen nämns självskadebeteende som ett eget problemområde och elevhälsan rekommenderas att satsa på jag-stärkande program som lär unga problemlösningstrategier och kognitiva färdigheter. Program som fokuserar på livskunskap finns idag som en integrerad del i skolans ordinarie undervisning.

Enligt en uppskattning av lärarfackets tidskrift Lärarnas Tidning, har åtta av tio skolor livskunskap på schemat men det rör sig vanligen om lokalt framtagna initiativ och inte om specifika program [21]. När det gäller specifika manualbaserade program, fann Socialstyrelsen vid en inventering att 29 program för att förebygga psykisk ohälsa var i allmänt bruk [22]. Av dessa satsar skollärdarna i huvudsak på DISA (Depression in Swedish Adolescents, Din Inre Styrka Aktiveras, m fl akronymer) och SET (Social och Emotionell Träning) som är två universella manualbaserade program [23]. DISA är en svensk version av det indikerade programmet Coping with Stress (CWS). I Sverige används metoden enbart som universell insats för tonårsflickor och syftar till att förebygga stress och depression. Programmet leds vanligen av skolsköterskan och enligt organisationen som tillhandahåller DISA har flertalet kommuner i Stockholms län utbildade DISA-instruktörer. SET är ett livskunskapsprogram som leds av ordinarie klasslärare. Syftet är att lära elever att hantera och förstå sina känslor och på detta sätt förebygga en framtida psykisk ohälsa. Programmet är utvecklat i Sverige men är inspirerat av det i USA utvecklade Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS). Både DISA och SET har tidigare granskats av SBU som bedömde att det vetenskapliga underlaget för deras effekt var otillräckligt [24].

Sammanfattningsvis finns i skolan en organisatorisk struktur för att genomföra preventiva insatser, en samsyn kring att psykisk hälsa bör vara ett prioriterat område, men också en preferens för egenutvecklade livskunskapsprogram.

# 3. Metodbeskrivning

---

Syftet med en systematisk översikt är att få en objektiv kartläggning av kunskapsläget. En systematisk översikt innebär att samtliga vetenskapliga studier som är relevanta för rapportens frågor identifieras och granskas med avseende på relevans och risk för bias. Resultaten från de studier som har en acceptabel risk för bias, vägs samman t ex i meta-analyser. Slutligen bedöms hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är, uttryckt som styrka på det vetenskapliga stödet (evidensstyrka). Hela arbetet bedrivs inom läspar av ämnesexperter.

Detta avsnitt beskriver frågor, urvalskriterier och metodik för rapporten. För mera utförlig information om metodiken hänvisar vi till SBU:s Metodbok [25].

## Frågor

- Vilka skolbaserade program har vetenskapligt stöd för att de kan förebygga självskadebeteende hos barn och ungdomar?
- Vilka är de negativa effekterna av insatserna?
- Vilka insatser är acceptabla ur ett etiskt perspektiv?

## Inklusionskriterier

Vi inkluderade studier på skandinaviska språk och på engelska som var publicerade tidigast år 1990. Studierna skulle undersöka förebyggande program som ges inom skolans ram. Programmen kunde avse en eller flera preventionsnivåer (Tabell 2.1). Programmen skulle rikta sig mot att förebygga olika typer av psykisk ohälsa. För bedömning av effekt krävde vi att studierna skulle vara kontrollerade, med eller utan randomisering. Som kontrollgrupp accepterades placebo, ingen extra åtgärd (undervisning som vanligt) eller annan åtgärd. Studier som inkluderade utfalls-

måtten självskada, suicid eller suicidförsök inkluderades. Vi fokuserade på beteendemässiga utfallsmått. Studier med utfallsmått bestående av enbart intentioner, attityder eller oklara sammanvägda mått som ibland ändå presenterades som t ex suicidalt beteende exkluderades.

Utfallsmåtten, uttryckta som effektstorlek och spridning, skulle finnas rapporterade eller vara möjliga att beräkna. Studierna skulle ha en uppföljningstid för såväl interventionsgrupp som kontrollgrupp på minst tio veckor efter det att interventionen avslutats. För bedömning av risker med programmen ställde vi inga krav på studiedesign eller uppföljningstid.

## **Metodik för urval av studier**

### **Systematisk litteratursökning**

En ämnesexpert tog fram sökstrategier i samarbete med SBU:s informationsspecialist. Databassökningarna om effekter utfördes vid två tillfällen. Den sista sökningen genomfördes i september 2014. Vi sökte litteratur i databaserna Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, PsycInfo och Embase. Förutom i databaserna, sökte vi litteratur i referenslistor för originalstudier och systematiska översikter. En mer detaljerad beskrivning av sökstrategierna redovisas i Bilaga 1. För att bedöma om det fanns negativa konsekvenser av att använda skolbaserade preventionsprogram sökte vi i Medline vid ett tillfälle i mars 2015. Vi sökte även efter pågående studier i databasen [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) och kontaktade projektledarna för att få upplysningar om när studierna skulle publiceras och om vi kunde få tillgång till manus.

Resultatet av litteratursökningen, presenterat som abstraktlistor (korta sammanfattningar av studier), granskades av två experter oberoende av varandra. Alla de studier som åtminstone en av experterna bedömde vara relevanta beställdes i fulltext. De beställda studierna granskades av de två ämnesexperterna i läsparet, oberoende av varandra. Studier som inte uppfyllde inklusionskriterierna exkluderades. Samtliga exkluderade studier finns förtecknade i Bilaga 2.



## Metodik för bedömning av risk för bias

Bias innebär att resultaten är systematiskt snedvridna. Vanliga orsaker till bias är att randomiseringen är bristfällig, att bedömare och deltagare inte är så kallat blindade eller att många deltagare faller bort under studiens lopp. Riskerna för bias bedömdes med stöd av två checklistor, en för randomiserade studier och en för studier där individerna fördelats till interventionsgrupp eller kontrollgrupp utan randomisering. För systematiska översikter användes checklistan AMSTAR (se Bilaga 3) [26].

Granskarna i respektive läspar diskuterade sina individuella bedömningar av studierna med varandra och kom fram till en gemensam bedömning. Om inte ämnesexperterna kunde komma överens granskades studien av hela expertgruppen. Riskerna för bias klassificerades som hög eller acceptabel. Endast studier med acceptabel risk för bias användes för att uppskatta den sammanvägda effekten av programmen.

## Metoder för sammanvägning av resultat

Om det fanns flera studier på samma program som använde samma utfallsmått skulle effektens storlek uppskattas med hjälp av metaanalys. Detta blev dock inte aktuellt eftersom vi endast identifierade en studie per program.

## Det vetenskapliga underlagets styrka

Styrkan på det vetenskapliga underlaget (evidensstyrkan) anger hur tillförlitlig uppskattningen av resultatet är. Tillförlitligheten bedömdes med hjälp av GRADE (se Faktaruta 3.1). Det vetenskapliga underlaget analyserades med avseende på övergripande risk för bias, i vilken grad studiernas resultat överstämde med varandra (inconsistency), hur stor osäkerheten i det sammanvägda resultatet var (konfidensintervallets storlek, imprecision), risk för problem med överförbarhet (indirectness) samt risk för snedvridning av resultatet pga att studier med negativa resultat inte publicerats (publikationsbias).

I och med att programmen ska vara förebyggande anses resultat som bygger på studier med kortare uppföljningstid än sex månader mindre tillförlitliga (avdrag ett steg för indirectness).

**Faktaruta 3.1** Kategorisering av evidensstyrka enligt GRADE för randomiserade studier.

<b>Evidens</b>	<b>Symbol</b>
Stark	⊕⊕⊕⊕
Måttligt stark	⊕⊕⊕○
Begränsad	⊕⊕○○
Otillräcklig	⊕○○○
<b>Sänk gradering om</b>	
Risk för bias	(maximalt -2)
Bristande överensstämmelse mellan studierna	(maximalt -2)
Brister i överförbarhet/relevans	(maximalt -2)
Bristande precision	(maximalt -2)
Hög sannolikhet för publikationsbias	(maximalt -1)

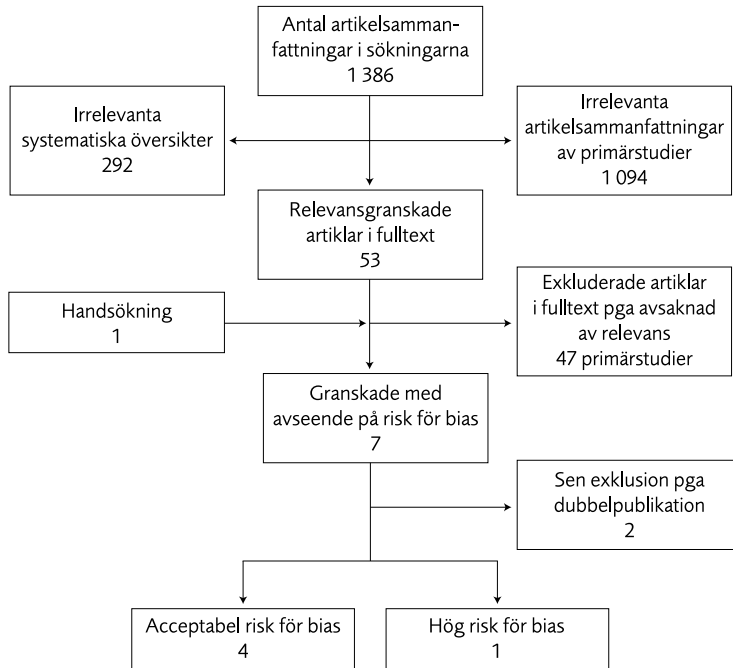
Slutligen sammanvägs alla faktorer i en rimlighetsbedömning.

## 4. Resultat av granskningen

---

Litteratursökningen för bedömning av effekter av program genererade 1 386 abstrakt (se Figur 4.1). Av dem var 292 systematiska översikter som samtliga exkluderades. Av 1 094 övriga abstrakt beställdes 53 artiklar att läsa i fulltext. Sex av dem uppfyllde inklusionskriterierna [27–32]. Två studier var dubbelpublikationer och exkluderades [27,29]. Studien av Thompson och medarbetare (2000) hade hög risk för bias och ingår inte i bedömningen av effekter [30]. Studien av Thompson och medarbetare (2001) bibehölls då den representerade den primära studien och utfallsvariablerna var tydligt redovisade [31]. Ytterligare en studie med acceptabel risk för bias publicerades efter den sista databassökningen [33]. Fyra studier utgjorde därmed det vetenskapliga underlaget [28,31–33].

Sökningen efter studier som undersökte negativa konsekvenser resulterade i 14 abstrakt, tre artiklar lästes i fulltext och samtliga inkluderades [34–36]. En av artiklarna var en systematisk översikt [36] och de två övriga var randomiserade studier [34,35]. Dessutom identifierades två studier genom handsökning [37,38].



**Figur 4.1** Flödesschema för urval av litteratur.

# Effekter av programmen för att förebygga självskada

## Aggregerad beskrivning av ingående studier

De fyra studierna med acceptabel risk för bias utvärderade sju program: Good Behavior Game (GBG), Counselors Care: Assess, Respond, Empower (C-CARE), Coping and Support Training (CAST), Question, Persuade, Refer (QPR), Youth Aware of Mental Health (YAM), Screening for Professionals (ProfScreen) och Skills for Life Programme for Adolescents (Social and Emotional Learning, SEL). GBG, YAM och SEL är utvecklade för universell prevention och QPR och ProfScreen för selekterad. C-CARE och CAST är indikerade program (se Faktaruta 4.1 för en beskrivning av programmen). Studierna är sammanfattade i Tabell 4.1.

**Faktaruta 4.1** Beskrivning av program som ingår i utvärderingen.

<b>Program Preventionsnivå</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Strategi</b>	<b>Referens/teori</b>
Good Behavior Game (GBG) Universell	2 år	Program med ett tävlingsmoment för kamratskap samarbete och samsyn i klassrummet	Operant inlärnings-teori: Tillämpad beteendeanalys [39,40]
Youth Aware of Mental Health (YAM) Universell	4 veckor med 3 sessioner samt 6 posters i klassrummet	Höja kunskapen och träna förmågor	Ingen specifik teori eller referensram är angiven
Skills for Life Programme for Adolescents (SEL) Universell	1 lektion/vecka i 14 veckor	Träna förmågor och problemlösning	[41,42]
Screening for Professionals (ProfScreen) Selekterad	2 tillfällen: Screening, respektive intervju	Elever som får högre poäng på ett screeningsformulär intervjuas och remitteras vid behov	Ingen specifik teori eller referensram är angiven

*Faktarutan fortsätter på nästa sida*

## Faktaruta 4.1 fortsättning

<b>Program Preventionsnivå</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Strategi</b>	<b>Referens/teori</b>
Question, Persuade, Refer (QPR) Selekterad		Gatekeeper	Motiverande samtal, Politeness theory, samt influenser från Signal detection theory och Joiners interpersonella- psykologiska teori för suicidförsök och fullbordat suicid [43]
Counselors Care: Assess, Respond, Empower (C-CARE) Indikerad	Screening och kort intervention, 3,5–4 timmar	Träna förmågor	Motiverande samtal och Janis modell för korttidsterapi [44]
Coping and Support Training (CAST) + CARE Indikerad	CARE samt 12 lektioner på 6 veckor	Träna förmågor	Motiverande samtal, Janis modell för korttidsterapi [44], samt Eggert och medarbetares modell för socialt stöd [27]

GBG har utvärderats bl a för dess förebyggande effekter på missbruk, beroende och antisocialt beteende hos unga vuxna [45–47]. Wilcox och medarbetare undersökte om GBG kan förebygga suicidförsök [32]. Artikeln bygger på en långtidsuppföljning av en studie på 19 skolor i Baltimore. I varje skola randomiserades klassrummen för årskurs 1 till antingen GBG eller inlärningsstödet Mastery Learning (som inte ingår i analysen) eller sedvanlig undervisning. Studien pågick under två år och effekten på suicidförsök utvärderades 15 år senare. Bortfallet var då 25 procent i GBG-gruppen och 28 procent i kontrollgruppen. Det är värt att notera att studien egentligen omfattade två kohorter, barn som började skolan 1985 respektive 1986. Forskarna hade dock sämre kontroll över programtrohet och stöd till lärarna det andra året och artikeln fokuserade på resultaten från den första kohorten.

SEL är utvecklat i Nederländerna av Gravesteijn och medarbetare [28]. Forskargruppen undersökte om programmet minskade suicidalt beteende och om effekterna då medierades av skyddsfaktorer som självupp-

skattning och intention att använda sina förmågor. Studien var kontrollerad och genomfördes på 11 skolor. Fördelningen var inte slumpmässig. Fem skolor hade inte resurser att genomföra programmet utan valde att fungera som kontrollgrupp med sedvanlig undervisning. De 958 eleverna som deltog var i åldrarna 13 till 17 år. Studien pågick under 14 veckor och effekten på suicidförsök utvärderades med enkäter nio månader senare. Ett problem med studien var att bortfallet var nära 30 procent och att det inte framgick om bortfallet var jämnt fördelat mellan grupperna. Vi kontaktade forskargruppen för kompletterande upplysningar men fick inte några användbara svar.

Thompson och medarbetare utvärderade två indikerade program, C-CARE och en kombination av C-CARE och CAST [31]. Skolor randomiserades till C-CARE enbart, till kombinationen CARE och CAST eller till sedvanlig undervisning. Studiedeltagarna var 460 elever i åldrarna 15 till 19 år. De hade valts ut i ett tvåstegsförfarande. De löpte dels hög risk för att sluta skolan i förtid och hade också förhöjd risk för att begå suicid. Effekterna utvärderades vid fyra tillfällen, varav det senaste var nio månader efter interventionens avslutning.

Wasserman och medarbetare utvärderade tre olika interventioner, QPR, YAM och ProfScreen, på 168 skolor i tio EU-länder i den så kallade SEYLE-studien [33]. Cirka 27 000 elever och deras föräldrar tillfrågades om samtycke och drygt 11 000 femtonåringar accepterade. Programmets effekt på suicidförsök följdes upp med självskattning inför studiestart samt tre och tolv månader senare. Utfallsmåttet var suicidförsök de senaste två veckorna. Elever som rapporterade suicidförsök eller allvarliga suicidtankar remitterades omedelbart till sjukvården och exkluderades från analyserna. Interventionerna pågick under fyra veckor. QPR är ett manualbundet gatekeeper-program där lärare och skolpersonal tränades att känna igen riskbeteenden. YAM utvecklades för studien och syftade till att öka insikten om risker och skyddande faktorer för psykisk hälsa samt att utveckla förmågan att hantera problem i livet. Den tredje interventionen, ProfScreen, innebar att kliniker gick igenom enkäterna från baslinjemätningen. De ungdomar som låg över vissa tröskelvärden för suicidalt beteende remitterades till psykiatri för vidare bedömning.

## Bedömning av sammanvägd effekt

Wilcox och medarbetare kom fram till att GBG hade en signifikant effekt på antalet suicidförsök jämfört med sedvanlig undervisning i kohort 1 [32]. Vid uppföljningen hade cirka 20 procent av ungdomarna i kontrollgruppen och 10 procent i GBG-gruppen haft minst ett suicidförsök RR 0,5 (0,3 till 0,9). Det fanns inga skillnader i effekter mellan pojkar och flickor även om suicidförsök var dubbelt så vanligt bland flickorna. GBG:s effekter förblev i stort sett oförändrade när resultaten kontrollerades för depression och andra baslinjevariabler, såsom kön och etnisk tillhörighet. Effekten av GBG var dock i några modeller inte längre signifikant, när flera baslinjevariabler kontrollerades. För kohort 2 pekade resultaten i samma riktning men var inte signifikanta.

Gravesteijn och medarbetare redovisade att 10,1 procent av ungdomarna i SEL-gruppen och 8,6 procent av ungdomarna i kontrollgruppen uppgav att de försökt begå suicid under de senaste sex månaderna [28]. Med hjälp av angivna frekvenser i rapporten testade vi om de rapporterade skillnaderna skulle uppnå statistisk signifikans eller motsvara en meningsfull effekt. Analysen visade att skillnaderna inte var signifikanta ( $\chi^2$  (df=2, n=734) =2,17, p=0,337) och att effekten var negligerbar ( $\emptyset=0,05$ ). Studien undersökte inte om det fanns skillnader i effekt mellan könen.

Thompson och medarbetare rapporterade effekten av C-CARE och CAST, mätt som antalet suicidförsök den senaste månaden, enbart i diagramform [31]. Det gör att det inte finns några exakta värden på antalet försök. Vi uppskattade att antalet suicidförsök under den senaste månaden vid uppföljningen var cirka 0,08 för såväl C-CARE enbart som för CAST och cirka 0,125 för kontrollgruppen. Studien redovisade inte om det fanns några skillnader mellan könen. Det fanns inte tillräckligt mycket information i rapporten för att vi skulle kunna göra en statistisk analys av de estimerade effekterna. Könsskillnader undersöktes enbart med avseende på potentiella mediatorer och inte i relation till suicidförsök.

Wasserman och medarbetare kom fram till att det inte fanns några signifikanta effekter av QPR eller ProfScreen vid någon av uppföljningarna OR 0,70 (0,39 till 1,25) respektive OR 0,65 (0,36 till 1,18) [33].



De som ingick i YAM-gruppen däremot hade en signifikant minskad risk för suicidförsök vid uppföljningen efter ett år OR 0,45 (0,24 till 0,85),  $p=0,014$ . Det motsvarar en minskning med sex suicidförsök per 1 000 elever. När kön beaktades hittade man inga skillnader i effekten av programmet.

## Bedömning av evidensstyrka

Bedömningarna av evidensstyrkan för effekterna sammanfattas i Tabell 4.1.

**Tabell 4.1** Sammanfattning av det vetenskapliga underlag för program med suicidförsök som utfallsmått.

<b>Program</b>	<b>Antal studier Antal deltagare Uppföljningstid</b>	<b>Effekt (95 % KI) Antal fall av självordsförsök i experiment- respektive kontrollgrupp</b>	<b>Veten- skapligt underlag</b>	<b>Kommentarer till avdrag</b>
Good Behavior Game (GBG)	1 RCT Cirka 500 15 år	RR 0,5 (0,3; 0,9) Exp: n=17 Kontroll: n=61	Begränsat (⊕⊕○○)	-1 för risk för bias -1 för bristande överförbarhet
Youth Aware of Mental Health (YAM)	1 RCT Cirka 5 500 1 år	OR 0,45 (0,24; 0,85) Exp: n=14 Kontroll: n=34	Måttligt (⊕⊕⊕○)	-1 för bristande överförbarhet
Skills for Life Programme for Adolescents (SEL)	1 CCT 740 fullföljde 6 månader	ARR = -1,5%	Otillräckligt (⊕○○○)	-2 för studiedesign -1 för risk för bias
Question, Persuade, Refer (QPR)	1 RCT Cirka 5 500 1 år	OR 0,70 (0,39; 1,25) Exp: n=22 Kontroll: n=34	Otillräckligt (⊕○○○)	-1 för bristande överförbarhet -2 för bristande precision
Screening for Professionals (ProfScreen)	1 RCT Cirka 5 500 1 år	OR 0,65 (0,36; 1,18) Exp: n=20 Kontroll: n=34	Otillräckligt (⊕○○○)	-1 för bristande överförbarhet -2 för bristande precision

Tabellen fortsätter på nästa sida

**Tabell 4.1** fortsättning

<b>Program</b>	<b>Antal studier Antal deltagare Uppföljningstid</b>	<b>Effekt (95 % KI) Antal fall av självordsförsök i experiment- respektive kontrollgrupp</b>	<b>Veten- skapligt underlag</b>	<b>Kommentarer till avdrag</b>
Counselors Care: Assess, Respond, Empower (C-CARE)	1 RCT 305 9 månader	Genomsnittlig minskning i antal självordsförsök/ månad: 0,045	Otillräckligt (⊕○○○)	-1 för risk för bias -2 för bristande precision
Coping and Support Training (CAST)	1 RCT 310 9 månader	Genomsnittlig minskning i antal självordsförsök/ månad: 0,045	Otillräckligt (⊕○○○)	-1 för risk för bias -2 för bristande precision

**ARR** = absolut riskreduktion; **CCT** = kontrollerad studie utan randomisering; **n** = antal;  
**OR** = oddskvot; **RCT** = randomiserad kontrollerad studie; **RR** = relativ risk

Vi bedömde evidensstyrkan för att GBG som universell prevention minskar antalet suicidförsök, RR 0,5 (0,3 till 0,9). Effekten gäller för icke-justerad modell som är mest relevant för universell prevention. Studien var randomiserad och hade måttlig risk för bias. Vi noterade att det är oklart om man kände till deltagarnas grupptillhörighet vid bedömningarna i samband med uppföljningen (så kallat blint bedömningsförfarande). Eftersom forskarna använt strukturerade intervjuer med fasta svarsalternativ bedömde vi att det inte påverkade tillförlitligheten nämnvärt. Bortfallet var relativt högt vilket förklarades med svårigheter att få kontakt med studiedeltagarna 15 år senare. Bortfallet var dock jämnt fördelat mellan grupperna.

Vad gäller risken för bristande överförbarhet (indirectness) är att studien är genomförd i Baltimore. Sannolikt är skillnaderna mellan det amerikanska och det svenska skolsystemet inte försumbara, och man kan inte bortse från att det skulle kunna påverka resultatet om man implementerade programmet i Sverige. Vi kom fram till att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○) för att GBG kan förebygga suicidförsök, där vi gjort ett sammantaget avdrag -2 för risk för bias och risk för bristande överförbarhet.

Vi bedömde därefter evidensstyrkan för att YAM som universell prevention minskar antalet suicidförsök vid uppföljning efter ett år OR 0,45 (0,24 till 0,85). Studien hade låg risk för bias och var genomförd i ett stort antal europeiska länder. Vid analys av effekten uteslöt man de elever som vid baslinjen rapporterade suicidala beteenden. Även dessa ungdomar kunde dock delta i interventionen. Under normala förhållanden testas dock inte skolklasser eller skolor innan en universell intervention sätts in vilket medför att ungdomar som redan har suicidbeteenden kommer att ingå i gruppen. Det är osäkert hur resultaten påverkades av att en grupp exkluderades. Vi kom fram till att osäkerheten motiverade ett avdrag på  $-1$  för bristande överförbarhet. Därmed finns det ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att YAM skulle kunna fungera i svensk skolmiljö.

Det vetenskapliga underlaget var otillräckligt för att bedöma effekterna av SEL, C-CARE, CAST, QPR och ProfScreen (se Tabell 4.1).

## **Negativa konsekvenser av program för att förebygga självskada**

Underlaget för att bedöma negativa konsekvenser var de effektstudier som vi inkluderade, samt artiklarna vi identifierade i sökningen efter studier om skadliga (iatrogena) effekter av preventionsprogram.

Ingen av de inkluderade studierna som undersökte effekter redovisade skadliga effekter. Muehlenkamp och medarbetare undersökte effekter och risker med programmet Signs of Self-Injury i en studie utan kontrollgrupp [35]. Fem skolor deltog med sammanlagt 274 elever från ”högriskklasser”. Programmet, som är en anpassning av Signs of Suicide, bestod av en video med diskussion och tog 50 minuter i anspråk. Deltagarna besvarade en enkät före implementering och cirka fem veckor senare. Författarna kom fram till att programmet varken hade positiva eller negativa effekter, möjligen minskade antalet självskadehandlingar något.

Gould och medarbetare undersökte om universell screening för suicidrisk kunde leda till skadliga effekter hos elever i åldrarna 13–19 år i allmänhet eller hos högriskindivider [34]. Skolklasser i sex skolor randomiserades till screening med suicidfrågor eller till screening utan suicidfrågor. Författarna fann att det inte fanns några skillnader mellan grupperna ifråga om fullbordade suicid och suicidtankar. Inte heller högriskungdomar som hade depression hade ökad risk för suicid eller suicidtankar utan hade snarare lägre nivå av obehag och oro än före screeningen.

Robinson och medarbetare undersökte om screening för depression, självskada och suicidalt beteende i skolan hade några negativa effekter på ungdomarna [37]. Knappt 10 procent av eleverna uppfattade att de påverkades känslomässigt av screeningfrågorna och de ungdomar som identifierats vara i riskzonen var mer besvärade.

Den systematiska översikten av Klimes-Dougan och medarbetare undersökte gatekeeper-program, och program som byggde på psykoedukation, samt program som innehöll mediakampanjer, t ex videofilmer [36]. Deras utfallsmått var benägenhet att söka hjälp och som skadlig effekt räknades då ett minskat hjälpsökande hos ungdomarna. För de flesta programmen sågs inga sådana effekter. Ett undantag var gatekeeper-programmet Yellow Ribbons där ungdomarna sökte mindre hjälp för sina problem efter interventionen än före. Baserat på 18 studier av olika program drog författarna slutsatsen att högriskungdomar är mindre hjälpsökande. Detta motsägs dock av en studie av Gould och medarbetare som fann att om preventionen inleddes med screening med en fråga om suicid, ökade sannolikheten att högriskungdomar sökte hjälp [38].

Sammanfattningsvis kan konstateras att få studier har undersökt om det finns skadliga effekter av förebyggande program och att resultaten är delvis motstridiga.

## 5. Etiska och sociala aspekter

---

Skolbaserade preventionsprogram innebär i praktiken att man genomför en hälsoinriktad intervention i en miljö där detta inte utgör kärnuppdraget, vilket medför särskilda utmaningar.

Självskadebeteende omfattar ett brett spektrum av handlingar, som i sin mest extrema form är direkt livshotande. För ungdomar kan den suicidala processen vara kortare än hos äldre, varför kunskap om beteendet behöver finnas i de miljöer där ungdomar vistas och där det är möjligt att snabbt upptäcka förändringar hos den enskilde [48]. Ansvar för att identifiera, förebygga och lindra effekter av psykisk ohälsa ligger därmed inte bara hos hälso- och sjukvården, utan hos alla verksamheter som möter barn och ungdomar. I Vägledning för elevhälsan betonas också det dubbelriktade sambandet mellan hälsa och lärande [20]. För att skolan på ett etiskt sätt ska kunna ta ansvar för prevention och tidig upptäckt krävs dock att det finns tillgång till mer omfattande insatser. Elevhälsan har rätt att remittera direkt till specialistnivå i barn- och ungdomspsykiatri men i praktiken kan tillgängligheten till sådan vård variera kraftigt.

Oavsett vilket preventionsprogram som är aktuellt kan det finnas etiska fördelar med skolbaserade interventioner. Alla barn och ungdomar kan erbjudas interventionen, vilket innebär att tillgången till insatsen är rättvist fördelad och inte påverkas av sådant som hälso- och sjukvårdens bemanning eller belastning eller föräldrars omsorgsförmåga. I den mån programmen tar upp psykisk hälsa eller ohälsa kan stigmatiseringen av sådana frågor minska. Om unga tidigt tränas i färdigheter som kan stärka den psykiska hälsan medför detta ökad livskvalitet och minskat lidande, och på sikt också minskade kostnader för psykisk ohälsa. Många interventioner i skolmiljö syftar till att både lärare och elever ska få ökad generell kunskap om psykisk hälsa, t ex hur man känner igen problem och var man kan få hjälp. Sådana inslag kan förväntas öka autonomin hos mottagarna genom att den enskilde kan fatta mer grundade och relevanta beslut om sin egen situation. För tredje part som

också deltar i interventionen, dvs lärare och icke-drabbade elever, kan sådana interventioner också förväntas öka kompetensen och förmågan till mer välgrundat agerande i organisationen som helhet.

Å andra sidan finns även möjliga risker. Skolbaserade program som omfattar alla elever kan innebära att en enskild individ inte kan avstå från att delta utan att detta uppfattas negativt. En elev som inte mår bra och kanske inte vill eller orkar delta i insatsen skulle då kunna löpa risken att antingen betraktas som ovillig (alternativt trotsig) eller att tvingas delta i något som han eller hon skulle uppleva som belastande. En annan risk är att generella, klassrumsbaserade insatser, kan leda till att någon får svårt att dölja inför kamrater och lärare hur han eller hon mår, vilket i sin tur kan kännas som ett intrång i den personliga sfären.

De två program som har vetenskapligt stöd för att förebygga självmordsförsök är till sin karaktär olika. Good Behavior Game (GBG) genomförs av ordinarie lärare och riktar sig mot lägre åldrar (lågstadiet). Programmet har som mål att påverka barnens beteende i klassrummet. Barnen ska tillsammans i lag träna på att undvika negativa beteenden, och vilka beteenden som ska undvikas arbetas fram tillsammans av lärare och elever. Lagen får poäng som visar hur man når sina mål och man belönas vid måluppfyllelse. Varje lag tävlar mot sig självt och inte mot andra. Youth Aware of Mental Health (YAM) riktar sig till ungdomar och innehåller flera moment; en lektion om psykisk ohälsa före och efter programmet, tre sessioner med rollspel samt instuderingsmaterial (häfte plus affischer som sätts upp i klassrummet). Särskilt utbildade instruktörer ansvarar för genomförandet av programmet i klassrummet. Lektionerna syftar till att ge kunskap om ångest, depression, stress och livshändelser som kan påverka psykisk hälsa samt risker och skyddsfaktorer för självmord.

Ur etisk synvinkel finns flera goda argument för GBG. Genom att programmet har ett bredare syfte och implementeras i tidig ålder utan direkt koppling till frågan om psykiskt mående kan det förväntas vara mindre stigmatiserande i relation till psykisk ohälsa. I den mån samarbetet i klassen påverkas positivt kan detta minska risken för enskilda elevers marginalisering. Risken för andra negativa beteenden, såsom

utagerande, missbruk och aggressivitet, kan också minska. En möjlig etisk nackdel med programmet är just användandet av gruppen som medel att nå målen. Risken är att enskilda barn, t ex de med brister i impuls kontroll och koncentrationsförmåga, utsätts för starkt gruppträck och därmed stigmatiseras. Några sådana konsekvenser har inte beskrivits, däremot har vikten av kontinuerligt stöd och handledning till ansvariga lärare lyfts fram [32]. Programmet är utvecklat i det amerikanska skolsystemet och skulle behöva anpassas och testas under svenska förhållanden. Trots skillnaderna mellan skolsystemen har GBG likheter med det värdegrundsarbete som är ett prioriterat område i den svenska skolan. Innan ett sådant arbete inleds bör acceptansen för denna typ av program, där barn involveras på gruppnivå, också undersökas i en förstudie. En aspekt som bör vägas in är att rättigheterna för GBG ägs av American Research Institute, och att användning och implementering är förenat med kostnader som i sammanhanget inte är försumbara (kostnader för manualer, utbildning, certifiering av lokala coacher mm).

YAM har tydlig koppling till en allvarlig konsekvens av psykisk ohälsa, dvs suicidförsök. De etiska frågeställningar som aktualiseras för detta program är således de generella risker och möjligheter med preventionsprogram som riktar sig mot psykisk ohälsa (se ovan). YAM:s utformning, med särskilt utbildade instruktörer och interaktiva sessioner med rollspel, kan dock anses väl rustat för att vid behov kunna identifiera och stötta enskilda elever i samband med genomförandet. YAM är nyligen utvecklat och det är inte känt vad som krävs för implementering av programmet, t ex vem som kan vara instruktör och vilken utbildning som krävs inför genomförandet.

Det har framförts att skolbaserade interventioner har störst chans att implementeras och vidmakthållas om de förmedlas av anställda inom skolans egen organisation (lärare eller övriga professionella inom elevvårdsteam) [49–51]. Ämnets känsliga natur och frågor om ansvar, samt rädsla för negativa konsekvenser, kan dock innebära att det kan kännas svårt för lärare att åta sig uppgiften att genomföra program som rör psykisk hälsa. Adekvat kompetensutveckling som leder till nödvändiga färdigheter för att genomdriva sådana program är en förutsättning [49]. Flera studier har undersökt olika grupper av skolpersonal och deras

inställning till suicidprevention i skolmiljö [50–52]. Utbildning direkt till skolans personal föredrogs framför att enbart screena elever via formulär. Lärarna önskade mer utbildning om riskfaktorer, varningstecken och också krishantering i och utanför klassrummet, samt tydliga riktlinjer för hur man remitterar vidare [49]. Ur ovanstående perspektiv har GBG fördelen att det genomförs av ordinarie lärare. Om YAM kan implementeras av instruktörer som hör till skolans ordinarie personal och som har för ändamålet avsedd utbildning (t ex en skolsköterska eller psykolog), så kan detta program också ha goda förutsättningar att tas emot väl.

En etisk aspekt är att preventionsprogram inte tillhör kärnuppgiften och det i sin tur kan påverka i vilken utsträckning förebyggande program implementeras. Flera faktorer kan påverka implementeringen; t ex stöd från skolledaren, lärarens trygghet i sin roll, total arbetsbelastning samt lärarens inställning till och synpunkter på enskilda program [53]. Alla sådana omständigheter kan i sin tur medföra ojämn tillgång till insatsen. Inför utprovning och implementering av skolbaserade program bör berörda organisationer involveras på ett tidigt stadium, och modeller för framgångsrikt implementeringsarbete tillämpas.

Eckert och medarbetare konstaterade att könen skiljde sig åt när det gällde acceptans av olika typer av program i skolan [54]. Pojkarna var mindre positivt inställda till klassrumsundervisning än jämnåriga flickor. Mot bakgrund av att pojkar och unga män löper högre risk att dö i suicid är detta ett fynd som kan behöva beaktas vid val av intervention. I en australisk studie av Robinson och medarbetare undersökte man uppfattningar hos cirka 270 elever och föräldrar samt skolpersonal om en intervention som omfattade screening för depression, självskada och suicidalt beteende [37]. Över 97 procent av föräldrarna och 92 procent av personalen ansåg att screeningen var acceptabel och inte överdrivet kränkande för integriteten. Liknande studier kan vara ett viktigt förberedande steg för att initiera självskadeprogram i Sverige. Samma typ av oro har också funnits när det gäller screening för viktregleringsfrågor och attityder om mat och ätande bland barn och ungdomar och i fall sådana frågor kan ha skadliga effekter. I en studie undersökte man i fall



det fanns tecken på några skadliga effekter och trots god känslighet i mätmetoden fann man inte några sådana tecken [55].

Slutligen bör man också beakta de etiska risker som är förenade med att inte arbeta med förebyggande program på ett systematiskt sätt, utan att enbart förlita sig på att man inom ramen för skolans ordinarie arbete har tillräcklig kapacitet och kompetens för att ge stöd och hjälp till de ungdomar som behöver det. Fördelen kan vara att man inom skolan upplever att man kan ägna sig åt kärnuppdraget, och att elevhälsans roll och ansvar blir tydligare i förhållande till den pedagogiska personalens arbete. Nackdelen kan vara en ojämn och osäker tillgång till stöd och hjälp för behövande elever och att enskilda personer inom skolan får ta ett alltför stort ansvar utan stöd från ledning eller kollegor samt att resurssvaga skolor även i detta avseende kommer till korta.



## 6. Diskussion

---

Denna systematiska genomgång av litteraturen visar att skolbaserade program möjligen kan förebygga självskadebeteende i form av suicidförsök. Det saknas litteratur med tillräcklig uppföljningstid som undersöker om skolbaserade program kan förebygga andra former av självskadebeteende. De två studierna på Good Behavior Game (GBG) och Youth Aware of Mental Health (YAM) kom fram till att det inte finns några skillnader i effekt på suicidförsök mellan flickor och pojkar.

Av de två program som har ett vetenskapligt stöd för att förebygga suicidförsök är det ena, GBG, primärt utvecklat för ett annat ändamål som är att främja barns sociala anpassning i skolan. Det andra programmet, YAM, är specifikt utvecklat för att förebygga suicid [33]. Andra former av självskadebeteenden har inte undersökts. Det bör noteras att man i analysen exkluderade de ungdomar som hade gjort suicidförsök eller redovisade allvarliga suicidtankar vid studiens start (dessa deltog i programmet men erbjöds samtidigt mer omfattande stöd). Analysen omfattar därför inte de ungdomar som redan hade uppvisat suicidrisk, och huruvida YAM också ger effekt för de med störst risk är därmed oklart.

### Jämförelse med andra systematiska översikter

Vi identifierade två andra systematiska översikter som granskade skolbaserade program för att förebygga suicidalt beteende. Katz och medarbetare utvärderade insatser för samtliga interventionsnivåer i en välgjord översikt som uppfyllde kriterierna i granskningsmallen AMSTAR [56]. Översikten ställde dock inga krav på att studierna skulle följa upp om effekterna bibehölls över tid. Författarna gick igenom litteraturen för 16 interventioner, uppdelade på schemalagd utbildning om awareness, screening, gatekeeper, kamratstödare och träning i specifika förmågor. Översikten redovisade olika utfallsmått, däribland suicidförsök. Endast två program hade vetenskapligt stöd för att minska suicidförsök; Signs

of Suicide (utan uppföljningstid) och GBG. De övriga programmen hade enbart effekt på suicidtankar och generella färdigheter.

I en annan systematisk översikt intresserade sig Robinson och medarbetare för skolbaserade interventioner för såväl prevention av suicid som behandling av ungdomar som redan gjort suicidförsök [37]. Författarna identifierade 15 studier varav fyra var RCT som hade suicidförsök som utfallsmått. Två av studierna avsåg Signs of Suicide och de två andra var icke namngivna interventioner. Ingen av studierna hade tillräcklig uppföljningstid för att uppfylla våra inklusionskriterier.

## Metodfrågor

Ett av de viktigaste övervägandena vid planeringen av en systematisk översikt är att definiera avgränsningarna, dvs inklusions- och exklusionskriterierna. De avgör vilka data som ska beaktas och därmed vad ackumulerad data visar och hur man kan tolka resultaten. Två av dessa avgränsningar bör diskuteras. En är beslutet att kräva att studierna ska innehålla en uppföljande mätning minst tio veckor efter det att insatsen avslutats. Studier med enbart för- och eftermätning, särskilt när en passiv kontrollgrupp används, ger ingen kunskap om de faktiska och bärande effekterna av ett förebyggande program över tid. Riktlinjer från Society for Preventive Research rekommenderar att preventiva insatser bör utvärderas minst sex månader efter avslutad intervention [57]. Det är ett rimligt krav för mera mogna forskningsfält. I detta fall ser vi kortare uppföljningstider som ett första steg. En av huvudanledningarna till att många studier saknar uppföljningstid, eller har kort uppföljningstid, är sannolikt av praktisk natur. Interventionerna avslutas vanligen i samband med att skolåret avslutas och när eleverna byter klass eller skola blir det logistiskt svårt att följa upp dem. Effekten av kravet på uppföljningstid är ändå att få studier har kvalificerat sig för att tas med i översikten. Styrkan med förfarandet är att bristen på forskning framstår klart och att de få slutsatser som kan dras bygger på metodologiskt mer robusta studier.

Ytterligare ett val var att avgränsa utfallsmåttet till faktiska beteenden. Studier som enbart hade förändring i kunskap och attityder som utfall uteslöts. Valet att exkludera suicidtankar som utfallsmått bygger på forskning om reliabilitet av retrospektiva mått och hur väl suicidtankar (intentioner) kan predicera suicidalt beteende. Reliabiliteten hos sådana mått där ungdomar retrospektivt rapporterar om sina intentioner är ifrågasatt [58]. I en studie av Cooper och medarbetare följde man individer som hade sökt behandling efter att de hade tillfogat sig skada [59]. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan dem som hade suicidintentioner när de sökte hjälp för självskada och dem som inte hade sådana intentioner med avseende på senare risk för suicid vid uppföljningen.

Det kan finnas ytterligare ett hinder för att initiera preventiva insatser i skolan. Personalen kan känna oro och osäkerhet om hur skolan ska kunna hantera elever som rapporterar om självskadande eller suicidalt beteende i samband med de preventiva insatserna. Universella program kan inte alltid kompletteras med selekterade eller indikerade insatser. Även när preventiva program på samtliga nivåer kan integreras behöver skolorna vara försäkrade om att elever som behöver behandling och omhändertagande kan tas om hand av specialistvården.



## 7. Kunskapsluckor och framtida forskningsområden

---

Vi kompletterade litteraturgranskningen med att undersöka om det fanns några pågående studier om prevention av självskaedhandlingar i databasen [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov). Där identifierade vi två studier av intresse. I den ena utvärderas programmet Sources of Strengths med avseende på suicidal beteende. Sources of Strength bygger på att utbilda studenter att fungera som kamratstödare som arbetar aktivt på skolan. Kamratstödare har till uppgift att stötta elever som behöver söka hjälp i sjukvården, att verka för ökade kontakter mellan ungdomar och vuxna och att stimulera positiv normbildning. Fyrtio högstadieskolor på amerikanska landsbygden och mindre städer deltar och målet är att nå 14 000 ungdomar i skolorna. Rekryteringen av deltagare beräknas vara avslutad sommaren 2015.

Det tidigare nämnda programmet Signs of Suicide utvärderades i en studie som avsåg att rekrytera 6 000 elever på mellan- och högstadiet. Studien startade 2001 och beräknades vara avslutad i december 2012. Vi kontaktade ansvarig forskare för att få mera information om studien. Av svaret att döma har studien avslutats och publicerats som delstudier, dock med avsevärt färre deltagare än tänkt och utan uppföljningstid.

Denna systematiska genomgång har tydliggjort två forskningsbehov. För det första behövs ytterligare insatser för att förebygga självskada utvecklas. Utvärdering av sådana insatser bör följa hög standard för interventionsforskning både gällande grundläggande design [60,61] och konkreta kriterier som hjälper till att optimera olika aspekter av studiens metod [62]. Det andra forskningsbehovet är att klarlägga i vilken utsträckning det finns potentiellt skadliga effekter av interventionerna.

En möjlig anledning till bristen på studier kan vara föreställningen om att interventioner som lyfter upp frågor om självskaed och fullbordade suicid kan ge potentiellt skadliga effekter. Den befintliga forskningen ger

inte något stöd åt denna föreställning [37]. Utifrån ett vetenskapsteoretiskt perspektiv som betonar vikten av empiri, finns inte så många andra lösningar än systematiska studier kring ämnet. Den ibland outtalade rädslan, som tycks utgöra ett hinder för framtida forskning, kan bäst hanteras genom att studera både positiva och potentiellt skadliga effekter av interventioner som ämnar minska risken för självskadande beteenden.

Vidare saknas i princip helt insatser på nivåerna mellan de universella preventionsprogrammen i skolan och specialiserad psykiatrisk behandling för de med svårast problem (som t ex dialektisk beteendeterapi vilket används vid behandling av emotionellt instabil personlighetsstörning, där självskadebeteende är ett av flera kriterier). Följden blir att ungdomar som redan befinner sig i riskzonen för självskadebeteende inte kommer att fångas upp innan beteendet redan har utvecklats, eller att de som utvecklat beteendet inte får hjälp förrän de har mycket omfattande problem.

Det kan finnas fler förklaringar till bristen på mer riktad prevention, t ex att det först på senare år blivit känt hur vanligt förekommande självskadebeteende är, och att det finns en betydande koppling mellan självskadebeteende och suicidhandlingar. Andra förklaringar kan vara rädsla för att inom ramen för allmänt hållna preventionsprogram i skolan ta upp frågor av känslig natur, t ex av oro för att stimulera negativa beteenden. Det kan också finnas en rädsla för att problem uppdagas som man sedan inte har kompetens eller resurs att ta hand om inom skolans ram, och att man inte kommer att få nödvändigt stöd från barn- och ungdomspsykiatri. Att genomföra en insats som indirekt innebär screening av ett tillstånd, utan att kunna erbjuda någon intervention, är inte heller förenligt med etiska värden.

Slutligen ytterligare en förklaring till bristen på studier kan vara att forskningsfinansiering vanligen riktar sig antingen till preventionsinsatser (vilket sker utanför hälso- och sjukvårdens ram) eller till behandling (inom hälso- och sjukvårdens ram). Just när det gäller självskadebeteende kan detta vara en nackdel, eftersom utprovnigen av en preventionsinsats kan behöva kombineras med stöd från hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens roll kan i sådana studier behöva vara att garantera deltagarnas säkerhet och att säkerställa tillgång till mer stöd i de fall där svåra problembeteenden identifieras.



## 8. Konsekvenser av rapportens bedömningar

---

Trots bristen på välkontrollerade studier kunde vi identifiera två universella program som har vetenskapligt stöd för att de kan förebygga suicidförsök, Good Behavior Game (GBG) och Youth Aware of Mental Health (YAM). Det saknades kontrollerade studier med adekvat uppföljningstid som undersökte effekter på andra typer av självska debeteenden. En konsekvens av rapportens bedömningar skulle kunna vara att man även utvärderar programmets effekt på att förebygga andra former av självska debeteende. Ett andra syfte kunde vara att utvärdera effekterna på självska debeteenden under svenska förhållanden. Program som har utvecklats i andra länder behöver inte nödvändigtvis lämpa sig för svenska förhållanden givet både kulturella skillnader och specifika olikheter i lagstiftning, strukturer för skola, vård och omsorg, samt försäkringssystem. Interventionsprogram som utvecklas lokalt, eller som anpassas, tycks också ha starkare effekt än program som importeras och tillämpas direkt [63,64]. Det finns å andra sidan belegg för att vissa former av interventioner (t ex föräldraträning) tycks ge likartad god effekt oavsett kulturella och etniska skillnader [65].

Både YAM och GBG har sina för- och nackdelar. YAM är utprövat i tio europeiska länder. Detta ökar sannolikheten för att programmet skulle kunna vara genomförbart i Sverige. Enligt författarna har YAM som syfte att öka medvetenheten om psykisk hälsa, depression och ångest samt att öka förmågan att hantera negativa livshändelser, stress och suicidala beteenden. Potentiellt sett kan YAM därigenom ha effekt på flera former av psykisk ohälsa men det är inte utforskat. Programmet är mindre resurskrävande än GBG med färre än tio timmars seminarier och interaktiva föreläsningar. En nackdel är att resultaten från utvärderingen inte kan generaliseras till ungdomar som redan har självska debeteende. Vid implementering bör man därför överväga om YAM ska kombineras med en initial screening och en parallell mer omfattande

insats för dem som redan uppvisat tecken på suicidalt beteende [66]. Detta ligger i linje med en diskussion av Katz och medarbetare [56]. De noterade att det inte fanns något suicidförebyggande program som täcker alla behov, och föreslog att det kan vara på sin plats att kombinera flera nivåer av preventiva insatser för att svara mot de olika behov som kan finnas bland skolungdomar.

GBG är i grunden ett pedagogiskt program med syfte att skapa sociala normer, positiv lärandemiljö och att förebygga normbrytande och utagerande beteende. Vid reflektion över preventiva program bör man beakta det potentiella värdet av pedagogiska program som kan tillämpas i tidig ålder med breda positiva konsekvenser över tid. En omfattande pedagogisk intervention vid skolstarten tycks ha dokumenterade effekter på olika former av psykisk ohälsa och problembeteenden ända upp till vuxen ålder [67]. Därmed ligger GBG nära dagens svenska praxis för hur man skapar en god miljö i skolan. Nackdelen med programmet är att det är resurskrävande och att det behövs kontinuerlig utbildning och handledning av lärarna.

Gällande GBG och YAM bör man också beakta det faktum att resultatet av YAM bygger på uppföljning av elever ett år efter interventionens avslut, medan resultatet av GBG vilar på en 15 år lång uppföljning.

En positiv konsekvens av prevention i skolmiljö kan vara att om det också innehåller screening så leder det till identifiering av de som har mer omfattande problem vilket kan skapa en möjlighet att förmedla mer omfattande insatser via kontakt med hälso- och sjukvården. Närstående kan vid behov involveras, vilket leder till ökat socialt stöd för den enskilda ungdomen. Även om självskadebeteende i sig inte behöver vara livshotande så kan det vara uttryck för en underliggande problematik. Beteendet kan också leda till sämre livskvalitet genom att det är stigmatiserande. Preventionsarbete i skolmiljö kan därför förväntas leda till förbättrad hälsa, både hos de som har mindre och de som har mer omfattande problem.

Slutligen, en femårsuppföljning av ungdomar som hade rapporterat suicidförsök före 14-årsåldern eller frekventa suicidförsök mellan 14 och 15 års ålder, i jämförelse med ungdomar som inte rapporterade tidigare suicidförsök, visade att de förstnämnda grupperna hade sämre psykiatrisk prognos. Flickor som hade gjort suicidförsök i tidig ålder hade dessutom sämre prognos än pojkar [68]. Detta är en ytterligare indikation på betydelsen av tidiga insatser och adekvat beredskap och omhändertagande för dem som i unga åldrar rapporterar förekomst av suicidförsök.



## **9. Sammanställning av studier som ligger till grund för resultat och slutsatser**

---

**Table 9.1** Effects of school based prevention programs on self-harm, suicide and suicide attempts.

<b>Author Year Reference Country</b>	<b>Study design Aim Setting Population Follow-up time</b>	<b>Intervention Prevention level Program deliverer Drop-out rate</b>	<b>Comparison Drop-out rate</b>	<b>Outcome</b>	<b>Program deliverer Fidelity Comments</b>
Thompson et al 2001 [31] USA	<p><b>Study design</b> RCT (assigned by school)</p> <p><b>Aim</b> Evaluate the efficacy of 2 interventions to decrease suicide risk behaviors and improve personal resources</p> <p><b>Population</b> n=460 adolescents (52 % female) screened (positive) for suicide risk due to high school drop-out. Age: 14–19 years</p> <p><b>Follow-up time</b> 9 months</p>	<p><b>Intervention</b> I1. C-CARE: A brief one-to-one assessment and crisis intervention n=150</p> <p>I2. CAST: Small-group skills-building and social support + C-CARE n=155</p> <p><b>Prevention level</b> Indicated</p> <p><b>Drop-out rate at follow-up</b> C-CARE: 14% CAST: 7%</p>	<p><b>Comparison</b> C: Assessment interview and "connections" intervention with parents and school personnel, to simulate typical school based protocols n=155</p> <p><b>Drop-out rate at follow-up:</b> 10%</p>	<p><b>Mean suicide attempts last month at follow-up</b> C-CARE: 0.08 CAST: 0.08 C: 0.125 (values are estimated from a graph)</p>	<p><b>Program deliverer</b> Trained master's level high school teachers, counselors or nurses</p> <p><b>Fidelity</b> Ensured</p>

*The table continues on the next page*

**Table 9.1** continued

<b>Author Year Reference Country</b>	<b>Study design Aim Setting Population Follow-up time</b>	<b>Intervention Prevention level Program deliverer Drop-out rate</b>	<b>Comparison Drop-out rate</b>	<b>Outcome</b>	<b>Program deliverer Fidelity Comments</b>
Wasserman et al 2015 Europe [33]	<p><b>Study design</b> Cluster RCT</p> <p><b>Aim</b> Evaluate the efficacy of 3 interventions to prevent suicide attempts</p> <p><b>Setting</b> 168 schools in 10 European countries</p> <p><b>Population</b> 11 110 students, mean age 14,8 years</p> <p><b>Follow-up time</b> 12 months</p>	<p><b>Interventions</b></p> <p>I1: QPR, gatekeeper program (selective) n=2 692 (63% female)</p> <p>I2: YAM, school curriculum to raise mental health awareness about risk and protective factors, 5 hours (universal) n=2 721 (60% female)</p> <p>I3: ProfScreen, health professionals screening of baseline questionnaires (selective/indicated) n=2 764 (58% female)</p> <p><b>Duration</b> 4 weeks</p> <p><b>Drop-out rate at follow-up</b> I1: 13% I2: 19% I3: 18%</p>	<p><b>Comparison</b> Educational posters from I2 n=2 933 (56% female)</p> <p><b>Drop-out rate at follow-up</b> 15%</p>	<p><b>Suicide attempts at follow-up</b> QPR: OR 0.70 (0.39; 1.25) YAM: OR 0.45 (0.24; 0.85) ProfScreen: OR 0.65 (0.36; 1.18)</p>	<p><b>Program deliverer</b> I1: Trained school personnel</p> <p>I2: Instructors, trained through an instruction manual</p> <p>I3: Health professionals</p> <p><b>Fidelity</b> Ensured</p>

*The table continues on the next page*

**Table 9.1** continued

<b>Author Year Reference Country</b>	<b>Study design Aim Setting Population Follow-up time</b>	<b>Intervention Prevention level Program deliverer Drop-out rate</b>	<b>Comparison Drop-out rate</b>	<b>Outcome</b>	<b>Program deliverer Fidelity Comments</b>
Wilcox et al 2008 [32] USA	<p><b>Study design</b> Cluster RCT, classroom level, classes balanced with respect to gender, academic and behavioral performance</p> <p><b>Aim</b> Evaluate whether 2 interventions to promote a positive classroom atmosphere can prevent suicide attempts</p> <p><b>Setting</b> 41 classrooms in 19 elementary schools of varying socio-economic status in Baltimore</p> <p><b>Population</b> All 1<sup>st</sup> grade students (55 % female) in 2 cohorts. Only first cohort reported</p> <p><b>Follow-up time</b> 15 years</p>	<p><b>Intervention</b> 2 years</p> <p>I1. GBG: Team-based behavior strategies with rewards to teams that do not exceed maladaptive behavior standards as set by the teacher n=238 (first cohort)</p> <p>I2. Mastery Learning: Teaching strategy n=274 (first cohort)</p> <p><b>Prevention level</b> Universal</p> <p><b>Drop-out rate at follow-up</b> GBG: 25% Mastery Learning: 31%</p>	<p><b>Comparison</b> A "standard" curriculum with similar training and teacher incentives (control) n=684 (first cohort)</p> <p><b>Drop-out rate at follow-up</b> C: 28%</p>	<p><b>Suicide attempts at follow-up for cohort 1</b> GBG: RR 0.5 (0.3; 0.9) Mastery Learning: Not significant; data not reported</p>	<p><b>Program deliverer</b> Classroom teachers, who received 40 hours training</p> <p><b>Fidelity</b> Not reported</p> <p><b>Comments</b> For the second cohort the implementation support such as training was not adequately performed</p> <p>The authors argued that suboptimal training and control was a reason why results were not significant for cohort 2</p>

*The table continues on the next page*



**Table 9.1** continued

<b>Author Year Reference Country</b>	<b>Study design Aim Setting Population Follow-up time</b>	<b>Intervention Prevention level Program deliverer Drop-out rate</b>	<b>Comparison Drop-out rate</b>	<b>Outcome</b>	<b>Program deliverer Fidelity Comments</b>
Gravesteyn et al 2011 [28] The Netherlands	<p><b>Study design</b> Non randomised controlled trial, schools chose whether they should be assigned to intervention or control</p> <p><b>Aim</b> Examine whether SEL would enhance protective factors and prevent suicidality</p> <p><b>Setting</b> 11 secondary schools in Rotterdam</p> <p><b>Population</b> n=958 students</p> <p>Mean age: 14.4 years (13–17 years)</p> <p><b>Follow-up time</b> 1 year after baseline</p>	<p><b>Intervention</b> SEL, modelled after Botvin's theory of competence learning. 14 weekly classes, 1 hour each n=307 students completed the study (35% female)</p> <p><b>Prevention level</b> Universal</p> <p><b>Drop-out rate</b> 22.8% for the total sample</p>	<p><b>Comparison</b> CAU n=433 students completed the study (55% female)</p> <p><b>Drop-out rate</b> Not reported</p>	<p><b>Proportion admitting suicide attempts at follow-up</b> SEL: 10.1% CAU: 8.6%</p>	<p><b>Program deliverer</b> Classroom teachers who had received 3-day training and 2 booster sessions in 3 months</p>

**CAST** = Coping and support training; **CAU** = Curriculum as usual; **C-CARE** = Brief one-to-one assessment and crisis intervention; **GBG** = Good behavior game; **n** = Number; **OR** = Odds ratio; **ProfScreen** = Screening by professionals programme; **QPR** = Question, persuade, refer; **RCT** = Randomised controlled trial; **SEL** = Social and emotional learning; **YAM** = Youth aware of mental health



# 10. Referenser

---

1. Nationella Självskadeprojektet: <http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se/>.
2. Plener P, Libal G, Keller F, Fegert J, Muehlenkamp J. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med* 2009;39:1549-58.
3. Guan K, Fox KR, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80:842-9.
4. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:772-81.
5. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol* 2013;122:231-7.
6. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002;325:1207-11.
7. Self-Harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care. (National Clinical Practice Guideline Number 16). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Manchester; 2004.
8. Self-harm: Longer-term management. NICE clinical guideline 133 ([guidance.nice.org.uk/cg133](http://guidance.nice.org.uk/cg133)). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Manchester; 2011.
9. Self-harm. NICE quality standard 34 ([guidance.nice.org.uk/qs34](http://guidance.nice.org.uk/qs34)). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2013.
10. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012;6:10.
11. Bjärehed J, Lundh LG. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cogn Behav Ther* 2008;37:26-37.
12. Lundh LG, Karim J, Quilisch E. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scand J Psychol* 2007;48: 33-41.
13. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström O, Svedin CG. Prevalence and func-

- tion of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2013;41:759-73.
14. Jiang G-X, Hadlaczky, G, Wasserman, D. Självmordsförsök i Sverige. Data: 1987–2013. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP); 2014. [http://ki.se/sites/default/files/sjalvmordsforsok\\_i\\_sverige\\_data\\_1987-2013.pdf](http://ki.se/sites/default/files/sjalvmordsforsok_i_sverige_data_1987-2013.pdf).
  15. Lager A, Berlin M, Heimerson I, Danielsson M. Young people's health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 3. *Scand J Public Health* 2012;40:42-71.
  16. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>.
  17. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>. Yttre orsaker till sjukdom och död (skador och förgiftningar).
  18. Manion I, Short KH, Ferguson B. A Snapshot of School-Based Mental Health and Substance Abuse in Canada: Where We Are and Where It Leads Us. *Can J School Psychol* 2013;28:119-35.
  19. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington, DC: The National Academies Press; 1994.
  20. Vägledning för elevhälsan. Socialstyrelsen; 2014. Artikelnummer 2014-10-2. ISBN 978-91-7555-208-8.
  21. Nyman A, Bolling K. Livskunskap på schemat – bra eller dåligt? *Lärarnas tidning* 2011.
  22. Skolhälsovårdens metoder för att förebygga psykisk ohälsa. En nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009. Artikelnr 2009-126-238.
  23. Barn och ungdomsprojektet i Katrineholms kommun. Katrineholms kommun; 2012.
  24. SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 2. ISBN 978-91-85413-38-6.
  25. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.
  26. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.
  27. Eggert LL, Thompson EA, Herting JR, Nicholas LJ. Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:276-96.

28. Gravesteyn C, Diekstra R, Sklad M, de Winter M. The effects of a Dutch school-based social and emotional learning programme (SEL) on suicidality in adolescents. *Int J Ment Health Promot* 2011;13:4-16.
29. Randell BP, Eggert LL, Pike KC. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31:41-61.
30. Thompson EA, Eggert LL, Herting JR. Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:252-71.
31. Thompson EA, Eggert LL, Randell BP, Pike KC. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am J Public Health* 2001;91:742-52.
32. Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, Anthony JC. The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend* 2008;95 Suppl 1:S60-73.
33. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet* 2015;385:1536-44.
34. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, Davies M. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:1635-43.
35. Muehlenkamp JJ, Walsh BW, McDade M. Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: the signs of self-injury program. *J Youth Adolesc* 2010;39:306-14.
36. Klimes-Dougan B, Klingbeil DA, Meller SJ. The impact of universal suicide-prevention programs on the help-seeking attitudes and behaviors of youths. *Crisis* 2013;34:82-97.
37. Robinson J, Pan Yuen H, Martin C, Hughes A, Baksheev GN, Dodd S, et al. Does screening high school students for psychological distress, deliberate self-harm, or suicidal ideation cause distress – and is it acceptable? An Australian-based study. *Crisis* 2011;32:254-63.
38. Gould MS, Marrocco FA, Hoagwood K, Kleinman M, et al. Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:1193-201.
39. Barrish HH, Saunders M, Wolf MM. Good behavior game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *J Appl Behav Anal* 1969;2:119-24.
40. Harris VW, Sherman JA. Use and analysis of the "Good Behavior Game" to reduce disruptive classroom behavior. *J Appl Behav Anal* 1973;6:405-17.
41. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.

42. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New Jersey 1962, Lyle Stuart. ISBN-13:9780818401220.
43. Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press 2005.
44. Janis IL. Short-term counseling. New Haven, CT: Yale University Press 1983.
45. Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, Toyinbo P, et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2008;95 Suppl 1:S5-S28.
46. Ialongo NS, Werthamer L, Kellam SG, Brown CH, Wang S, Lin Y. Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. *Am J Community Psychol* 1999;27:599-641.
47. van Lier PA, Huizink A, Crijnen A. Impact of a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior problems on tobacco and alcohol initiation from age 10 to 13 years. *Drug Alcohol Depend* 2009;100:228-33.
48. Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever. WHO:s stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden. NASP, WHO 2003. ISBN 91-973751-9-5, ISSN 1400-3023.
49. Nadeem E, Kataoka, S, Chang, V, Vona, P, Wong M, Stein, B. The Role of Teachers in School-Based Suicide Prevention: A Qualitative Study of School Staff Perspectives. *School Mental Health* 2011;3:209-21.
50. Scherff AR, Eckert TL, Miller DN. Youth suicide prevention: a survey of public school superintendents' acceptability of school-based programs. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:154-69.
51. Miller DN, Eckert TL, DuPaul GJ, White GP. Adolescent suicide prevention: acceptability of school-based programs among secondary school principals. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29:72-85.
52. Eckert TL, Miller DN, DuPaul GJ, Riley-Tillman TC. Adolescent suicide prevention: School psychologists' acceptability of school-based programs. *School Psychology Review* 2003;32:57-76.
53. Han SS, Weiss B. Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs. *J Abnorm Child Psychol* 2005;33:665-79.
54. Eckert TL, Miller DN, Riley-Tillman TC, DuPaul GJ. Adolescent suicide prevention: Gender differences in students' perceptions of the acceptability and intrusiveness of school-based screening programs. *Journal of School Psychology* 2006;44:271-85.
55. Celio AA, Bryson S, Killen JD, Taylor CB. Are adolescents harmed when asked risky weight control behavior and attitude questions? Implications for consent procedures. *Int J Eat Disord* 2003;34:251-4.
56. Katz C, Bolton SL, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J. A systematic

- review of school-based suicide prevention programs. *Depress Anxiety* 2013;30:1030-45.
57. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, et al. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci* 2005;6:151-75.
  58. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55:337-48.
  59. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005;162:297-303.
  60. Murray DM, Varnell SP, Blitstein JL. Design and analysis of group-randomized trials: a review of recent methodological developments. *Am J Public Health* 2004;94:423-32.
  61. Kazdin AE. *Research Design in Clinical Psychology* (4th Edition). Pearson; 2002. ISBN-13: 9780205332922.
  62. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2008;46:296-321.
  63. Sundell K, Beelmann A, Hasson H, von Thiele Schwarz U. Novel Programs, International Adoptions, or Contextual Adaptations? Meta-Analytical Results From German and Swedish Intervention Research. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015;11:1-13.
  64. Sundell K. *Att göra effektutvärderingar: Gleerups Utbildning*; 2012. ISBN: 9789172058385.
  65. Gardner F, Montgomery P, Knerr W. Transporting Evidence-Based Parenting Programs for Child Problem Behavior (Age 3-10) Between Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015;18:1-14.
  66. Nixon MK, Heath NL. *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention*; New York, NY: Taylor & Francis Group; 2008.
  67. Flower A, McKenna J, Muething CS, Bryant DP, Bryant BR. Effects of the Good Behavior Game on classwide off-task behavior in a high school basic algebra resource classroom. *Behav Modif* 2014;38:45-68.
  68. Nrugham L, Holen A, Sund AM. Prognosis and psychosocial outcomes of attempted suicide by early adolescence: a 6-year follow-up of school students into early adulthood. *J Nerv Ment Dis* 2015;203:294-301.





# 11. Ordförklaringar och förkortningar

---

<b>Baslinjedata</b>	Egenskaper hos deltagare i vetenskaplig undersökning, fastställda vid undersökningens början. Exempel: ålder, kön, kroppsvikt, blodtryck, blodanalysvärden, tidigare eller aktuella sjukdomar
<b>Bedömningsbias</b>	Ascertainment bias, evaluation bias, resultatfel som kan uppstå när en undersökare som bedömer behandlingseffekt med mjuka kriterier (patientens muntliga symtombeskrivning, observation av funktionsstörning, t ex gångsvårigheter) känner till vilken behandling patienten fått. Undersökaren kan då tendera att göra förmånligare bedömningar hos de patienter som fått den behandling han tror vara den bästa. Denna typ av fel är ett viktigt skäl för blindning
<b>Bias</b>	Systematiskt fel
<b>Blindning</b>	Maskering, åtgärder för att hemlighålla vissa centrala omständigheter i en undersökning tills den är avslutad och resultaten ska bearbetas. Viktigaste exemplet: i en blindad klinisk behandlingsprövning är det okänt vilka deltagare som får den ena eller den andra av de prövade behandlingsformerna. En viktig upplysning är vilka av parterna som uppgifterna har hållits hemliga för - deltagare, försöksledare, prövningspersonal och/eller statistiker

<b>Bortfall</b>	Personer (patienter eller friska försökspersoner) som har gått med på att delta i en undersökning men som lämnat denna innan den fullbordats. Termen bortfall används ibland också i form av primärt bortfall, de personer som är lämpliga för att delta i en undersökning men som avböjer, är bosatta för långt borta mm
<b>Cochrane Collaboration</b>	Internationellt nätverk av läkare, andra forskare och patienter; utför systematiska översikter och meta-analyser av publicerade medicinska undersökningar avseende behandlingseffekter för att få fram resultat som kan läggas till grund för evidensbaserad sjukvård
<b>Dialektisk beteendeterapi</b>	En omfattande och avancerad form av kognitiv beteendeterapi som specifikt utvecklats för kroniskt självmordsbenägna patienter med borderlinepersonlighetsstörning. Metoden har flera inslag, bl a beteendeförändrande tekniker och metoder för att lära sig acceptera känslor. Behandlingen genomförs i flera steg, där självskadande och terapistörande beteenden prioriteras när behandlingen inleds
<b>Drop-out</b>	Prövningsdeltagare som upphör att medverka i projektet genom att t ex sluta ta prövningsläkemedlet och inte återkomma för uppföljning vid avtalad tid
<b>Effektvariabel</b>	En resultatvariabel som registreras, något som registreras och mäts inom ramen för en klinisk prövning. Exempel: hur stor andel i vardera gruppen som inom viss tid når normalt blodtryck i en prövning som jämför två läkemedel, eller hur stor sänkning av blodkolesterol som uppnås med olika läkemedel. En effektvariabel mätt på definierat sätt utgör ett effektmått. Mätningen kan innebära att antalet händelser räknas (t ex antalet deltagare som insjuknar i viss sjukdom) eller att något kvantifieras (t ex analys av något i blodprov)

<b>Empiri</b>	En slutledning som är grundad på erfarenhet. Empiri bygger på vetenskapliga undersökningar av verkligheten, iakttagelser och experiment och därav gjorda erfarenheter, snarare än på i förväg uppställda teorier eller filosofiska resonemang
<b>Evidens</b>	Bevis för att ett visst förhållande gäller, vetenskaplig evidens
<b>Inklusionskriterier</b>	De betingelser som ska finnas för att en person ska kunna föreslås att delta i en undersökning. Kriterierna, som ska vara angivna i projektplanen, kan gälla viss sjukdomsdiagnos, åldersgrupp m m. Att informerat samtycke getts är ett obligatoriskt inklusionskriterium. Deltagande i undersökningen kräver dessutom att inget av exklusionskriterierna finns. Termen inklusionskriterium används även vid meta-analys och systematisk översikt och avser då vilka villkor som en publicerad undersökning ska uppfylla för att dess data ska accepteras i analysen
<b>Incidens</b>	Statistisk term för insjuknandefrekvens, dvs antalet händelser under en viss tid
<b>Interventionsstudie</b>	En undersökning där deltagarna utsätts för en intervention, dvs någon åtgärd som prövas, oftast sjukdomsbehandling (läkemedel, operation m m) eller en sjukdomsförebyggande åtgärd
<b>Kohort</b>	Grupp av personer som har vissa definierade egenskaper gemensamt
<b>Kohortstudie</b>	En eller flera grupper av individer följs över en tidsperiod då såväl exponering som utfall mäts

<b>Konfidensintervall (KI)</b>	Ett talintervall som med viss angiven sannolikhet innefattar det sanna värdet för t ex ett medeltal eller en oddskvot. Konfidensintervallet innehåller alla tänkbara värden som inte kan förkastas på grundval av föreliggande data. Vanligen anges övre och nedre gränsen för ett konfidensintervall som har 95 procents sannolikhet
<b>Kontrollgrupp</b>	Den deltagargrupp i en klinisk prövning som endera får överksam behandling eller ordinär behandling. Gruppens resultat jämförs med de personer i en grupp som får en ny behandling, t ex ett nytt läkemedel
<b>Metaanalys</b>	Statistisk sammanvägning av resultat från flera studier
<b>Oddskvot (OR)</b>	En uppfattning om hur starkt sambandet är mellan exponering och sjukdom, en kvot mellan odds, dvs sjuka och friska för exponerade och icke-exponerade
<b>Prediktor</b>	Ett testresultat eller annat förhållande som anses kunna utsäga något om framtida skeenden, t ex att individen löper ökad risk att få viss sjukdom
<b>Prevalens</b>	Sjukdomsförekomst: antalet personer som vid en viss tidpunkt har en viss sjukdom. Uttrycks t ex som antal sjuka per 1 000 personer eller som andel av hela landets befolkning
<b>Prospektiv</b>	Framåtblickande. Mätdata samlas in framåt i tiden
<b>Randomiserad kontrollerad studie (RCT)</b>	Experiment med slumpvis fördelning av individer mellan försöks- och kontrollgrupper och mätningar före och efter experimentet

<b>Relativ risk (RR)</b>	En riskkvot, kvoten mellan en risk (t ex för sjukdom) bland exponerade individer och risker för oexponerade
<b>Relevans</b>	Uppfyller de uppställda inklusionskriterierna
<b>Reliabilitet</b>	Tillförlitlighet i meningen konsekvens hos t ex mät-procedurer; att resultaten från en mätning överens-stämmer med resultaten från en annan mätning med samma instrument och procedurer
<b>Retrospektiv</b>	Undersökning som är tillbakablickande, dvs utnyttjar data som är anskaffade, respektive händelser som inträffat, innan undersökningen startades
<b>Risikfaktor</b>	Egenskap eller förhållande som indikerar ökad risk för att en person ska få en eller flera sjukdomar
<b>Signifikant</b>	Ett statistiskt mått på om en observation beror på slump eller inte
<b>Suicid</b>	Själv mord
<b>Systematisk översikt</b>	En översikt som avser en tydligt formulerad fråga och som använder systematiska och explicita metoder för att identifiera, välja ut och kritiskt bedöma relevanta studier och som samlar in och analyserar data från dessa. Metaanalyser används ibland för att väga samman resultat
<b>Uppföljning</b>	Follow-up, regelbundna undersökningar under en viss tidsperiod av deltagarna i en interventions- eller kohortstudie



# 12. Projektgrupp, externa granskare, bindningar och jäv

---

## Projektgrupp

*Ata Ghaderi*

Professor, sektionen för psykologi, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Solna

*Clara Hellner Gumpert*

Universitetslektor, docent och verksamhetschef, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska institutet, Solna

*Sophie Liljedahl*

Forskare och universitetslektor, Institutionen för psykologi vid Lunds Universitet, Lund

*Josef Milerad*

Docent, skolöverläkare, Utbildningsförvaltningen Lidingö stad, Lidingö

## Kansli

*Agneta Pettersson (projektledare)*

SBU, Stockholm

*Agneta Brolund (informationsspecialist)*

SBU, Stockholm

*Sara Fundell (projektadministratör)*

SBU, Stockholm

*Kickan Håkanson (projektadministratör)*

SBU, Stockholm

## Externa granskare

SBU anlitar externa granskare till sina rapporter. De har kommit med värdefulla kommentarer, som i hög grad bidragit till att förbättra rapporten. I slutversionen av rapporten har SBU dock inte kunnat tillgodose alla ändrings- eller tilläggsförslag från de externa granskarna, bl a därför att de inte alltid varit samstämmiga. De externa granskarna står därför inte nödvändigtvis bakom samtliga slutsatser eller andra texter i rapporten.

De externa granskarna var:

*Margda Waern*

Professor, Allmän psykiatri, suicidologi,  
Göteborgs Universitet, Göteborg

*Anders Hjern*

Professor, Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm

## Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet. I arbetet med att relevans- och kvalitetsgranska studier bedömde de sakkunniga experterna inte artiklar där de själva var medförfattare eller på annat sätt jäviga.