

# 1. Inledning

---

## Syfte med projektet

Psykisk ohälsa är ett av de största hälsoproblemen för barn och ungdomar i Sverige. Statistiken är osäker, men olika undersökningar tyder på att mellan 10 och 25 procent av barnen har sådana problem att de själva eller deras omgivning lider av dem [1,2]. Det vore därför angeläget att kunna förebygga psykisk ohälsa.

Kungliga Vetenskapsakademien (KVA) bedriver ett projekt för att fördjupa kunskaperna om skolbarns psykiska hälsa. Samtidigt har UPP-centrum (Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa) vid Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att utveckla insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos barn samt att ge råd och stödja kompetensutveckling inom verksamheter som förmedlar sådana insatser. Både KVA och UPP-centrum har efterfrågat systematiska översikter om strukturerade, manualbaserade metoder ("program") för att förebygga psykisk ohälsa som underlag för sina arbeten.

Det finns idag en bred flora av sådana program. De har mestadels utvecklats i USA eller Australien och är uppbyggda av olika komponenter som baserats på beteendevetenskapliga teorier. Komponenterna har satts samman i program som är mer eller mindre standardiserade och väldefinierade. Programmen har spritts internationellt och flera har översatts och implementerats i Sverige. Men, det är oklart i vilken utsträckning de har någon dokumenterad effekt. Det är också osäkert om programmen kan vara skadliga genom att t ex stimulera barn och ungdomar att testa ett oönskat beteende.

Syftet med projektet är att bistå myndigheter och verksamheter med kunskap om vilka program som är dokumenterat effektiva, som har små risker och som är kostnadseffektiva. Samtidigt ska kunskapsöversikten kunna vara ett stöd för att rensa ut program som inte har

dokumenterad effekt eller som rentav har visat sig leda till ökad risk för psykisk ohälsa. Ytterligare ett syfte är att peka på forskningsluckor och utvecklingsbehov.

## **Avgränsningar för projektet**

Uppdraget var att granska det vetenskapliga underlaget för förebyggande insatser. I själva begreppet ”prevention” ligger att interventionen inte bara ska ha effekt direkt efter det att den avslutats utan även framåt i tiden. Hur lång tid som effekten bör kvarstå för att åtgärden ska vara motiverad beror på vad som ska förebyggas och vilken intervention som använts. När det gäller att förebygga psykisk ohälsa hos barn är det långa perspektivet viktigt. Många av de eftersträvarvärda effekterna kanske inte är tydliga förrän flera år efter insatsen. Å andra sidan är studier med lång uppföljningstid resurskrävande och komplicerade att genomföra. Risken är att bortfallet blir så högt att studiens informationsvärde blir lågt. Dessa avvägningar måste ställas mot varandra när det gäller att bedöma vilka uppföljningstider som behövs för att data ska bli meningsfulla. Vi kom fram till att sex månader är den kortaste acceptabla uppföljningstiden.

I uppdraget låg att programmen skulle syfta till att förebygga psykisk ohälsa. En viktig skiljelinje för projektet gick mellan allmänt hälsofrämjande insatser (promotion) och insatser som är utformade för att förebygga viss ohälsa (prevention). Det innebär att program som avser att minska användning av alkohol, narkotika och tobak (ANT), att förhindra mobbing eller att förebygga våld eller kriminalitet inte ingick i granskningen. Programmen kan förmodas vara allmänt hälsobefrämjande och det är tänkbart att de kan förebygga psykisk ohälsa. Sådana program kunde inkluderas om de hade utvärderats med avseende på psykisk ohälsa och med relevanta utfallsmått. Gränsdragningen var inte problematisk. När är t ex ett utagerande beteende främst definierat som ett brott mot sociala regler och när är det att betrakta som ett uttryck för psykisk ohälsa? Normbrytande beteende under en begränsad tidsperiod är mycket vanligt bland tonåringar, och det är en mindre andel som begår allvarligare och/eller återkommande lagöverträdelser. Oavsett

allvarlighetsgrad har normbrott i sig inte varit ett giltigt utfallsmått för denna kunskapsöversikt.

I och med att projektet avsåg prevention skulle behandlingsstudier inte ingå. Vi valde att exkludera studier där majoriteten av barnen hade en psykiatrisk diagnos. Programmen kan i sådana fall förmodas utgöra en behandling snarare än en prevention. Av samma skäl ingick inte heller studier av program som enbart riktade sig till barn med medicinska problem som är förknippade med en påtagligt förhöjd risk för psykisk ohälsa.

En sista avgränsning gällde vilka åldrar som programmen skulle vara avsedda för. Uppdraget var att granska metoder för barn i skolåldern. Inledningsvis drogs gränsen nedåt vid fyra års ålder för att inkludera barn i skarven mellan förskola och skola. Tidigt i arbetet visade det sig emellertid att två år var en mer naturlig gräns. Rena småbarnsprogram har en egen karaktär. Övriga program däremot kan vara avsedda för såväl yngre som äldre förskolebarn och barn i tidig skolålder och flera studier inkluderade barn från två års ålder och uppåt. Granskningen omfattade därmed studier som undersökte effekterna av program på barn och ungdomar i åldrarna 2–19 år.

## Övergripande frågor

De övergripande frågorna var:

- Vilka program är effektiva för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar?
- Finns det några risker förknippade med programmen?
- Vilka program för att förebygga psykisk ohälsa hos skolbarn är kostnadseffektiva?
- Är programmen acceptabla ur ett etiskt perspektiv?

## Målgrupper

Viktiga målgrupper för rapporten är:

- Myndigheter med ansvar för frågor om barns och ungdomars psykiska hälsa
- Beslutsfattare inom barnpsykiatrin
- Beslutsfattare inom skolväsendet
- Beslutsfattare inom kommunernas socialtjänst
- Personal inom skol- och elevhälsa, barnhälsovården samt socialtjänsten.

## Rapportens innehåll

Tyngdpunkten i rapporten är de systematiska översikterna om program för utagerande (externaliserade) och inåtvända (internaliserade) problem som återfinns i Kapitel 4 och 5. Ur ett barn- och ungdomspsykiatriskt perspektiv kan uppdelningen te sig problematisk, eftersom barn med psykiska problem inte sällan har symtom av båda typerna. Litteraturgenomgången visade dock att i stort sett samtliga program var inriktade mot antingen externaliserade eller internaliserade problem, och hade utfallsmått som motsvarade respektive inriktning. Vi bedömde det därför som att resultaten blir mer överskådliga om programmen redovisas var för sig. Översikterna i Kapitel 4 och 5 granskar litteratur om effekter, risker och kostnadseffektivitet och relaterar dem till tidigare publicerade översikter och metaanalyser.

Kapitel 2 beskriver de teorier som ligger bakom preventionsprogrammen samt klassificeringen av preventionsmetoder. Metodiken för systematisk granskning redovisas i Kapitel 3.

Kapitel 6 diskuterar viktiga etiska och sociala aspekter på program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn utifrån en systematisk litteratursökning och ett seminarium med experter på området. Kapitel 7 sam-

manfattar inventeringar av svensk praxis. Detta kapitel redovisar också evidensbasen för program som är spridda i Sverige idag. Kapitel 8 analyserar vilka konsekvenser resultaten av rapporten skulle kunna få för svensk praxis. Kapitel 9 analyserar vilka som är de mest angelägna forskningsbehoven.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009-126-71. ISBN: 978-91-978065-8-9. 2009.
2. Danielsson M. Svenska skolbarns hälsövanor 2005/2006. R 2006:10. Statens folkhälsoinstitut; 2006.
3. 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.