



Förebygg för barnens skull

Om SBU:s utvärdering
av program mot psykisk
ohälsa hos barn

Innehåll

- 2 Förord
- 5 Hur barnen mår berör oss alla
- 7 Vad är psykisk ohälsa och vad är ett program?
- 9 Vilka program har visats fungera?

- 10 SBU granskade forskningen systematiskt

- 13 Några program som finns i Sverige har visst stöd
- 13 Mot utagerande beteende
- 16 Mot inåtvända problem

- 18 SBU:s slutsatser

- 20 Några program som inte finns i Sverige har också visst stöd

- 23 De flesta program i Sverige vet vi för lite om

- 27 Fördelar och farhågor med programmen
- 27 När vi dem som verkligen behöver stöd?
- 28 Timeout, ignorering och poängsättning
- 29 Tyst i klassen eller psykisk hälsa?
- 30 Stämplad som problembarn?
- 30 Föräldrarollen i fokus
- 31 Vissa program kanske skapar nya problem

- 33 Insatser ska bygga på kunskap
- 33 Programmen måste utvärderas i Sverige
- 34 Bättre bevis efterlyses
- 34 Satsa på de åtgärder som hjälper bäst

- 36 Program och metoder, sidhänvisning

Förord

Psykisk ohälsa är ett av de största hälsoproblemen bland unga människor i vår del av världen – och det handlar inte om någon tillfällig trend. Det finns tecken på att psykisk ohälsa hos barn kan ha ökat under de senaste årtiondena. 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. Att försöka stoppa den här utvecklingen, och att skapa ett samhälle som främjar ungas psykiska hälsa, är mycket angeläget.

Samtidigt som vi måste försöka skapa ett skolsystem, familjeförhållanden och livsvillkor som gagnar unga människor, efterlyser många också konkreta förebyggande åtgärder. På många håll prövas strukturerade ”åtgärds paket” – förebyggande program – som ska hjälpa barn och familjer att bli bättre på att lösa problem, hantera svåra känslor och öka sin sociala förmåga. Idag används ett hundratal sådana program i Sverige, både inom kommunal verksamhet och i hälso- och sjukvården, med syfte att förhindra att barn får psykiska problem. Insatserna kan rikta sig till barnen, föräldrarna eller skolans personal. De kan erbjudas brett eller till utvalda riskgrupper. De kan också vända sig till enskilda barn som löper risk att utveckla psykisk ohälsa. Programmen är standardiserade och beskrivs ofta i en manual eller liknande.

Problemet är att det saknas bra belägg för att många av de metoder som används verkligen fungerar så som det är tänkt. När SBU med hjälp av svenska experter gjorde en systematisk översikt och kritisk granskning av den samlade forskningen i ämnet, visade det sig att kunskapsluckorna är stora. När rapporten skrevs år 2010 fanns det bara ett begränsat stöd i internationell forskning för att sju program kan förebygga psykisk ohälsa hos barn. Inget av de många program som används i Sverige hade utvärderats som förebyggande åtgärd i svenska kontrollerade studier.

För att barnen ska få bästa möjliga hjälp, krävs det mer forskning och utvärdering av de förebyggande programmen, konstaterade SBU. Program som redan används behöver utvärderas i kontrollerade svenska studier med minst sex månaders uppföljningstid, för att det ska gå att dra tillförlitliga slutsatser om vilken nytta barnen har av programmen. Det är också viktigt att veta att programmen i vissa fall kan ha negativa effekter. Exempelvis kan program som bygger på att ungdomar med utagerande beteende träffas i grupp leda till att problemen förvärras.

Den här broschyren riktar sig till dig som själv arbetar med förebyggande program i en skola eller kommun, som är ansvarig inom hälso- och sjukvården eller som är beslutsfattare på området. Tanken är att i överskådlig form beskriva dels vad studierna visar idag, dels vad man ännu inte vet och som därför behöver undersökas vidare. Texten bygger på SBU-rapporten "Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en systematisk litteraturoversikt" (2010). Rapporten skrevs av ledande svenska experter och kan läsas eller beställas i sin helhet på www.sbu.se.

Vi hoppas att du ska ha nytta av den här specialskriften och att den bidrar till ett ännu effektivare och vetenskapligt välgrundat förebyggande arbete mot psykisk ohälsa hos barn.

Måns Rosén

PROFESSOR, DIREKTÖR

STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING (SBU)



Hur barnen mår berör oss alla

Allt fler skolbarn berättar att de lider av nedstämdhet, huvudvärk eller sömnsvårigheter. Ökningen har pågått sedan 1980-talet, och enligt svenska folkhälsorapporter är den särskilt tydlig bland flickor i grundskolans högre årskurser. Bland ungdomar mellan 15 och 24 år har självmordsiffrorna under det senaste decenniet legat kvar på samma nivå, medan de i många andra åldersgrupper har minskat.

Psykisk ohälsa är nu ett av de största hälsoproblemen bland svenska barn och ungdomar. Det kan handla om tonåringar utan livslust. Unga människor som söker akut hjälp på grund av hjärtklappning och panikångest. Eller skolbarn som inte förmår stoppa sina impulser att slå sina klasskamrater. Statistiken tyder på att mellan vart fjärde och vart tionde barn har så stora problem att de själva eller deras omgivning far illa.

Hos en del barn kan utagerande beteende, som trots och aggressivitet, leda till att de hamnar i ständiga konflikter, får svårt att leka med kompisar och delta i vanliga aktiviteter. Självbilden påverkas. På lång sikt kan barnet utveckla anpassningsvårigheter med socialt utanförskap och psykisk ohälsa som följd. Sådana beteenden förekommer oftare bland pojkar än bland flickor.

Andra barn visar oro eller ångslan. Om dessa problem förvärras kan barnets utveckling hämmas, och risken för allvarlig ångest eller depression öka. De inåtvända problemen, som depression och ångest, är vanligare bland flickor och är inte lika tydliga för omgivningen. Många barn har komplexa problem som växlar mellan utagerande och inåtvända symtom.

Att möta ett barn som mår psykiskt dåligt – en flicka eller pojke som är nedstämd, ängslig, frustrerad eller aggressiv – är smärtsamt, inte bara för föräldrarna. I samhället finns en stark vilja att erbjuda hjälp på ett tidigt stadium.

”

Det är bra att barns beteendeproblem uppmärksammas, men vi måste välja program utifrån systematisk kunskap.”

Björn Kadesjö, barnläkare



Orsakerna till den psykiska ohälsan bland barn och unga är oklara, men hypoteserna är många. Säkert finns det många bidragande faktorer. Oavsett vad vi tror om detta, är de flesta överens om att vi måste komma till rätta med problemen och allra helst förhindra att de uppstår. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar har här fått en given nisch. Men många preventionsprogram är utvecklade ur metoder som används för att behandla diagnostiserade psykiska problem, och det är långt ifrån klarlagt att de också fungerar förebyggande.

Mot bakgrund av detta fick SBU:s experter i uppdrag att utreda en viktig fråga: Vilka program är effektiva för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar? Rapporten togs fram på förfrågan av Kungliga Vetenskapsakademien och Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP-centrum) vid Socialstyrelsen. Vad som efterfrågades var en systematisk litteraturoversikt för att klarlägga nyttan med att använda program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.

Vad är psykisk ohälsa och vad är ett program?

Psykisk ohälsa kan definieras på olika sätt. SBU använde Barnpsykiatrikommitténs (SOU 1998:31) definition, som i första hand utgår från barnets eller den unga människans symtom. Symtom som är varaktiga, som hindrar barnet från att fungera och utvecklas optimalt och som orsakar lidande, betraktas som psykisk ohälsa. Den här definitionen motsvarar preventionsprogrammen väl, eftersom de nästan alltid är inriktade på att minska symtom.

Men definitionen har en viktig begränsning: den säger knappast något om orsakerna till ohälsan. Ett och samma symtom kan ha olika bakgrund hos olika barn. Och likartade bakomliggande problem kan leda till olika symtom. En symtombaserad definition av psykisk ohälsa säger heller ingenting om barnets resurser, eller om risk- och friskfaktorer i miljön.

Med förebyggande program menas här strukturerade och standardiserade insatser som ofta utgår från en manual och som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Programmen har utformats för en viss verksamhet, till exempel skola eller kommunalt familjestöd, eller för vissa grupper av barn. De förebyggande programmen är avsedda att ”stämna i bäcken”, det vill säga att i förväg rusta barnen psykiskt för att hantera känslomässiga problem, innan de hinner utveckla allvarligare besvär eller en specifik diagnos.

Merparten av de cirka 125 olika program som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn i Sverige är inriktade på att förebygga utagerande problem, till exempel trots, aggressivitet och impulsivitet. En del program är avsedda att användas i skolmiljö, andra ska fungera som ett allmänt stöd för



Det är svårt att vara förälder. Jag vill gärna veta hur jag bäst kan stötta mitt barn när hon verkar nere och ledsen.”

Förälder

föräldrar och barn i deras vardag. Vissa av programmen vänder sig till alla barn, medan andra är särskilt avsedda för riskgrupper eller barn med begynnande besvär. Alla dessa kan betraktas som preventiva, så länge de inte riktar sig till barn med så svåra besvär att det krävs klinisk behandling.

Följande vedertagna indelning av programmen utgår från hur de är tänkta att användas:

Generella program – ibland även kallade **universella** – innefattar samtliga barn, exempelvis i ett bostadsområde eller en skola. Tanken är att när man vänder sig till alla barn, når man även dem som riskerar att utveckla problem.

Riktade program som i sin tur kan indelas i selektiva och indikerade:

Selektiva program är riktade mot riskgrupper med särskilt utsatta barn, till exempel barn från socialt utsatta områden. Programmen genomförs för en hel sådan avgränsad grupp, alltså utan att man har identifierat enskilda barn som verkar behöva extra stöd.

Indikerade program riktar sig enbart till de barn som har bedömts vara i riskzonen för att utveckla psykiska problem. Ofta handlar det om barn som redan har visat tecken på att må psykiskt dåligt. Gränsen mellan prevention på indikerad nivå och behandling kan vara flytande.

- Förebyggande program går ut på att försöka förändra beteenden, tankesätt och relationer innan barnen har hunnit utveckla allvarigare besvär eller någon specifik diagnos.
- Insatserna kan rikta sig till föräldrar eller barn eller både och.
- De flesta förebyggande program gäller utagerande beteende som trots, aggressivitet och impulsivitet. Betydligt färre avser inåtvända problem som ångest och depression.
- Vissa program riktar sig till alla barn, medan andra enbart gäller grupper som anses löpa hög risk, eller barn som redan har utvecklat vissa tecken på att de mår psykiskt dåligt.

Vilka program har visats fungera?

Inget program för att förebygga **utagerande** problem har utvärderats tillräckligt väl i Sverige, med längre tids uppföljning, för att klarlägga om det verkligen har önskad effekt. De studier som hittills är publicerade, har genomförts i andra länder – i första hand USA. Samma sak gäller de program som används för att förebygga **inåtvända** problem: vi behöver forskningsresultat som visar att insatserna verkligen ger önskat resultat.

SBU:s genomgång visar att ett fåtal preventionsprogram har vetenskapligt stöd – men ett begränsat sådant. Inget av dem är utprövat i Sverige. Se tabellen på sidan 11. Därför behövs det noggrann uppföljning och välkontrollerade studier, innan vi vet om programmen har avsedd effekt under svenska förhållanden.

Det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att **riktade** program kan minska risken för utveckling av psykisk ohälsa. När det gäller mer **generella** insatser är de dokumenterade effekterna oftast små, men kan ändå vara viktiga.

Det är också fullt möjligt att ett program har effekter som inte kunnat säkerställas på grund av att de undersökta grupperna har bestått av alltför få barn. Ju fler barn som följs, desto större är chansen att få syn på dem som faktiskt har nytta av programmet.



Det finns många studier, men få som är välgjorda och som har undersökt effekter på lång sikt.”

Björn Kadesjö, barnläkare

SBU granskade forskningen systematiskt

SBU:s rapporter tas fram av ämnesexperter. I det här projektet deltog specialister på barnhälsa, psykologi, pedagogik, skolhälsovård, barnpsykiatri och socialt arbete. Experterna arbetade enligt den internationellt vedertagna metodik för systematiska litteraturöversikter som SBU brukar använda. Det innebär att man först sätter upp kriterier som anger vilka slags studier som kan besvara de frågor man har ställt. Sedan söker man systematiskt efter sådana studier i olika vetenskapliga databaser.

För att få så tillförlitliga besked som möjligt om resultatet av olika program, inriktade sig experterna på vissa typer av studier av program för barn i åldern 2 till 19 år. I och med att granskningen gällde förebyggande effekter, ställde SBU två krav:

- det skulle inte vara fråga om en behandlingsstudie, där huvuddelen av barnen hade psykiatriska diagnoser eller konstaterade funktionshinder
- studierna skulle inte bara mäta effekten av programmet direkt efter programmets avslutande, utan även minst sex månader senare. Om man ska kunna dra slutsatsen att ett program kan förebygga problem, måste de positiva effekterna finnas kvar även efter det att programmet är slutfört.

Ämnet för genomgången var enbart program för att förebygga psykisk ohälsa. Därför utelöt man studier av program för att förebygga drogmissbruk eller mobbing, såvida de inte också (mer specifikt) undersökte psykisk ohälsa.

Experterna fick ta ställning till nära 14 000 vetenskapliga artiklar. Efter granskning i flera steg återstod drygt 100 studier som kunde användas som grund för att dra slutsatser om programmets förebyggande effekter. Dessa studier handlade om 33 olika program.

I sin fortsatta granskning fann SBU-gruppen ett vetenskapligt stöd för sju av de 33 programmen. Fem av dessa syftade till att förebygga utagerande problem: föräldrastödsprogrammen Incredible years (De otroliga åren) och Triple P (Positive parenting program), familjestödsprogrammet Family check-up samt skolprogrammen Good behavior game och Coping power. Två program som var inriktade på att förebygga inåtvända problem hade vetenskapligt stöd: Coping with stress och Friends.

Bara fyra av de sju programmen används i Sverige, nämligen De otroliga åren, Triple P, Family check-up och Coping with stress (i modifierad form under namnet Disa). Visst stöd finns dessutom för tre utländska familjestödsprogram för familjer som utsätts för inre påfrestningar, som skilsmässa eller dödsfall (se sidan 21). När det gäller övriga program saknas det kunskap om förebyggande effekter.

PROGRAMMEN SOM SBU GRANSKADE

Program som finns i Sverige och som har visst vetenskapligt stöd från utländska vetenskapliga studier	Program som inte finns i Sverige men som har visst vetenskapligt stöd från utländska vetenskapliga studier	Program som finns i Sverige och som utvärderats, men inte tillräckligt väl för att slutsatser ska kunna dras
Incredible years riktad nivå, utagerande problem	Friends generell nivå, ångestproblem	Disa som Coping with stress men generell nivå, depression
Triple P riktad nivå, utagerande problem	Good behaviour game generell nivå, utagerande problem	Komet riktad nivå, utagerande problem
Family check-up riktad nivå, utagerande problem	Coping power riktad nivå, utagerande problem	Cope riktad nivå, utagerande problem
Coping with stress riktad nivå, depression	Familjestödsprogram riktad nivå, utagerande eller inåtvända problem	SET generell nivå, inåtvända problem
		Beardslees familjeintervention riktad nivå, inåtvända problem
		StegVis riktad nivå, utagerande problem



Några program som finns i Sverige har ett visst stöd

Mot utagerande beteende

Merparten av de program som används för att förebygga utagerande beteende bygger på tekniker för beteendeförändring och social färdighetsträning.

Tidigare översikter av program mot utagerande beteenden har kommit fram till något mer positiva slutsatser än SBU. Det beror främst på att man i dessa har tagit med studier som mätt effekten direkt efter att programmet har avslutats, och också har inbegripit program som egentligen innebär behandling av diagnostiserad sjukdom eller funktionsnedsättning.

När det gäller de riktade program som är avsedda för riskgrupper med särskilt utsatta barn, verkar det som om de omedelbara effekterna blir större bland barn som har haft mer symtom. Barn som löper den allra största risken för psykisk ohälsa är det dock svårt att hjälpa med ett preventionsprogram. Det går inte att säkert uttala sig om vilka åldersgrupper som har störst nytta av dessa förebyggande insatser. Programmen är ju utvecklade för vissa åldrar och oftast inte testade i några andra grupper.

De studier som finns av programmens effekter har genomförts i andra länder än Sverige, främst i USA och Australien. Eftersom effekterna sannolikt varierar mellan olika sociala och kulturella sammanhang, är det oklart i vilken utsträckning som resultaten kan överföras till Sverige.

För fyra av de program som används i Sverige finns forskning som visar att de faktiskt har avsedd effekt. Tre av dessa syftar till att förebygga utagerande problem: **Incredible years**, **Triple P** och **Family check-up**.

Incredible years (IY) är ett föräldrastödsprogram som idag har begränsat vetenskapligt stöd. IY har använts i Sverige i många år, med det svenska namnet **De otroliga åren**. Här används programmet inom förskola, skolhälsovård, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt inom habiliteringen.

IY utvecklades initialt för föräldrar till barn med svåra beteendestörningar, det vill säga som ett behandlingsprogram. Idag har programmet vidareutvecklats för att även kunna användas för att förebygga utagerande beteende och förhindra antisocial utveckling.

Till stor del är det social inlärningsteori som utgör grunden för IY. Programmet bygger på gruppdiskussioner som utgår från förinspelade videosekvenser. Målgruppen är familjer med barn mellan två och åtta år som bedöms löpa ökad risk för utagerande och asocialitet. Ibland ingår också möjlighet för barnens lärare att delta i informella seminarier, så kallade workshops.

Det finns många internationella studier som har testat programmet, men bara en handfull har undersökt dess förebyggande effekt. Flera visar lovande resultat vad gäller utagerande symtom. De vanligaste orsakerna till att flertalet av dessa studier inte togs med i SBU:s underlag var att de hade alltför kort uppföljning eller att programmet användes i ett sammanhang som var mer att betrakta som behandling än som prevention.

De flesta studier där man har utprövat IY har genomförts i bostadsområden i amerikanska storstäder som karakteriseras av stor social utsatthet. I dessa studier har videoinspelningar av barns och föräldrars samspel bedömts visa en liten förbättring av förskolebarnens utagerande symtom i minst åtta månader, men föräldrarnas egna skattningar var inte lika positiva.

Det har även gjorts en svensk IY-studie av barn med beteendestörningar, tre till nio år gamla. Studien saknade jämförelsegrupp och uppföljning men tyder på att programmet har förutsättningar att ge resultat även i Sverige.

Triple P (Positive parenting program) är ett föräldrastödsprogram som håller på att introduceras här i Sverige. Programmet riktar sig till föräldrar med barn i förskoleåldern.

Triple P erbjuder moduler på fem olika nivåer, från bred information till program för riskgrupper: Nivå 1 förmedlar information via massmedier (tv, tidningar m m). Nivå 2 och 3 är avsedda för föräldrar till barn med lätta beteendeproblem. Nivå 4 och 5 riktar sig till föräldrar med barn som löper hög risk för psykisk ohälsa, och upplägget är ganska likt Incredible years.

Det finns en rad studier av Triple P-programmets effekter. Merparten har dock bara följt upp de barn som ingått i studiens Triple P-grupp och inte



Att vara förälder till ett utagerande barn är tröttsamt och sliter på hela familjen. Det känns bra att träffa andra med samma problem.”

Förälder

barn i kontrollgruppen. Eftersom barn utvecklas mycket snabbt vid 2–4 års ålder, går det inte att avgöra om det är programmet som har gett positiv effekt eller om barnens beteende förbättrats spontant. Familjer som genomgått programmet i studierna har dessutom oftast rekryterats via annonsering. Ett sådant urval kan i sig innebära mer motiverade föräldrar och påverka utfallet åt det positiva hållet.

Tre studier bedömdes vara av tillräcklig kvalitet för att ingå i granskningen. Dessa var genomförda i Schweiz, Tyskland och Australien. Alla gällde Triple P på nivå 4, som riktar sig till familjer med förhöjd risk. Den positiva effekten var liten i en av studierna, måttlig i de två andra.

Family check-up är egentligen ett slags inventering av problem i familjen som grupp eller system. Tre träffar ingår: kartläggningssamtal, hembesök med videoinspelning och återkoppling med stödjande föräldrasamtal.

Family check-up är en kort intervention i sig men kan också användas som inkörsport för vidare insatser, med utgångspunkt i den enskilda familjens behov.

Det är resultatet av programmet plus sådana eventuella tilläggsinsatser som framgår av de två studier som SBU har granskat. Denna forskning ger ett begränsat vetenskapligt stöd för att Family check-up efter tolv månader har en måttlig, positiv effekt på utagerande symtom hos barn och ungdomar.

Mot inåtvända problem

En del av preventionsprogrammen syftar till att förebygga inåtvända, så kallade internaliserade problem, främst ångest och depression. Ibland finns stökighet eller aggressivitet med i bilden även vid inåtvända problem.

Till skillnad från de flesta program mot utagerande beteende riktar sig insatser mot inåtvända problem i första hand till barnen själva. Programmens längd varierar men de är mestadels kortvariga.

Vissa studier tyder på att det är flickorna som har störst nytta av de program som syftar till att förebygga ångest och depression, men det vetenskapliga underlaget är inte tillräckligt för att man ska kunna dra några säkra slutsatser. Det går inte heller att uttala sig om vilken ålder som lämpar sig bäst för att programmen ska ge god effekt, eller vilka komponenter i programmen som är viktigast.

Coping with stress (CWS) är ett amerikanskt program som bygger på principer från kognitiv beteendeterapi (KBT) och som riktar sig till tonåringar. Bland de program som finns i Sverige är CWS det enda som har vetenskapligt stöd mot inåtvända problem. Programmet omfattar en gruppträff i veckan under åtta veckors tid, därefter en gång i månaden.

Tre studier har undersökt huruvida CWS kan minska andelen barn som uppfyller diagnosen depression 9–12 månader efter programmets slut. Sammantaget fanns det en måttlig, positiv förebyggande effekt. SBU bedömer att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att CWS minskar risken för barn och ungdomar att få diagnosen depression inom ett år efter avslutat program.

CWS ligger till grund för det svenska skolprogrammet **Disa**, Depression in Swedish adolescents. Disa används som ett generellt program för tonårsflickor, men har inte utvärderats som sådant.



SBU:s slutsatser

Av 33 bedömda standardiserade och strukturerade insatser (program) som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn har sju ett begränsat vetenskapligt stöd i den internationella litteraturen. Det är föräldrastödsprogrammen Incredible years, Triple-P, familjestödsprogrammet Family check-up samt skolprogrammen Good behavior game, Coping power, Coping with stress och Friends. Effekterna är med få undantag små. Studierna är utförda i andra länder.

Eftersom effekterna sannolikt varierar med sociala och kulturella sammanhang är det oklart i vilken utsträckning som programmen kan överföras till Sverige med bibehållen effekt. Programmen kan också behöva anpassas så att de överensstämmer med svenska värderingar och syn på barns rätt.

I Sverige används ett hundratal olika program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn, i huvudsak av utagerande typ. Inget av dem har utvärderats i Sverige i randomiserade studier med minst sex månaders uppföljning.

Programmen De otroliga åren (översatt från Incredible years), Triple-P och Family check-up har enligt internationella studier begränsat vetenskapligt stöd för förebyggande effekt.

Programmen Komet, Cope, SET, StegVis, Beardslees familjeintervention, Connect och Disa har undersökts i minst en kontrollerad studie vardera men har inte tillräckligt vetenskapligt stöd för förebyggande effekt.

Övriga program som används i Sverige är inte vetenskapligt utprovade som preventionsprogram.

Program som bygger på att ungdomar med utagerande problem träffas i grupp kan öka risken för normbrytande beteenden. Andra negativa effekter av program såväl mot utagerande som mot inåtvända problem är tänkbara men ofullständigt belysta.

Det behövs randomiserade studier som undersöker om de program som används har förebyggande effekt bland barn i Sverige och inte medför risker. Det behövs också hälsoekonomiska studier som undersöker om programmen är kostnadseffektiva.

Några program som inte finns i Sverige har också ett visst stöd

SBU:S EXPERTER FANN tre relativt välstuderade skolprogram som visat sig ha effekt, men som inte används i Sverige: **Friends**, **Good behaviour game** och **Coping power**. Dessutom finns det ett visst vetenskapligt stöd för några olika familjestödsprogram.

Friends är utarbetat för att förebygga psykisk ohälsa i form av ångest och minska ångestsymtom hos barn. (OBS Det här programmet ska inte blandas ihop med insatser från organisationen Friends, som arbetar för att motverka mobbning i många svenska skolor.) Programmet är utvecklat i Australien men har spritts till många länder, däribland Norge och Finland. Friends baseras på kognitiv beteendeterapi. Det syftar till att lära barn och unga hantera ångestkänslor på ett bra sätt. Programmet genomförs i grupp en gång i veckan under tio veckors tid. Dessutom ingår flera träffar med barnens föräldrar. Friends finns i två versioner – ett för barn i åldern 7–10 år och ett för ungdomar 12–16 år.

SBU konstaterar att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att Friends minskar symtomen på ångest hos barn i åldern 10–13 år vid uppföljning ett år efter programmets slut. Effekten är liten.

Good behaviour game (GBG) är ett skolbaserat program som bygger på att samarbetsbeteenden belönas med poäng, ett system som med ett engelskt begrepp kallas token economy. Programmet pågår under ett skolår. I GBG arbetar elever som har beteendeproblem i samma grupper som kamrater utan sådana problem, och det är sedan hela gruppens agerande som poängsätts. Poängen kan gruppen ”växla in” mot exempelvis en uppskattad aktivitet.

SBU:s granskning visar att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att GBG minskar utagerande symtom hos skolbarn minst 12 månader framöver. Effekten är liten. Resultaten från de två studier som ligger till grund för SBU:s slutsats kommer från studier av barn i första klass. Båda pekar på att de positiva effekterna i första hand gäller pojkar som redan uppvisat ett aggressivt eller antisocialt beteende.

Vissa moment som ingår i GBG har ifrågasatts av svenska barnläkare och psykologer. Det finns en risk att programmet medför ett grupstryck som gör att de barn som inte klarar av att följa ”reglerna” blir kritiserade av sina klasskamrater och känner ett ökat utanförskap.

Inte heller skolprogrammet **Coping power** används idag i Sverige. De två studier som uppfyllt SBU:s krav för att tas med, visar på ett begränsat vetenskapligt underlag för att Coping power minskar utagerande symtom hos barn i minst 12 månader. Effekten är liten till måttlig. Studierna är gjorda på barn i femte till sjätte klass med utagerande, aggressivt beteende. Coping power bygger i hög grad på skolans medverkan men på denna riktade nivå ingår även träffar med föräldrarna.

Det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att de tre familjestödsprogrammen **Parent management training** (PMT, ett program som finns i Norge), **New beginnings** och **Family bereavement program** har en liten effekt på utagerande beteende ett år efter avslutat program. Resultaten gäller för barn i familjer med inre påfrestningar, t ex skilsmässa eller en avliden familjemedlem. Dessa familjer ingår alltså inte i någon riskgrupp på grund av social eller ekonomisk utsatthet. Ett par längre uppföljningar tyder på att en positiv effekt kan finnas kvar på flera års sikt.



Det är lättare att jobba som ett arbetslag om vi är överens om ett gemensamt förhållningssätt.”

Fritidspedagog, årskurs 6–9



De flesta program i Sverige vet vi för lite om

SJU PROGRAM SOM ANVÄNDS i Sverige har visserligen undersökts vetenskapligt, men underlaget är för svagt för att man ska kunna dra slutsatser om effekterna.

Komet är ett program som används i många barn- och ungdomsverksamheter i Sverige. Komet – en förkortning av ”kommunikationsmetod” – bygger på kognitiv beteendeterapi (KBT) och är utvecklat i Sverige. I sin grundversion är detta ett riktat program för föräldrar till barn med utagerande beteende. Syftet är att minska konflikter och bygga upp en bra relation mellan föräldrar och barn. Programmet finns i två versioner, för familjer med barn i olika åldrar: 3–11 år samt 12–18 år.

Så kallat förstärkt Komet är ett program för föräldrar till barn som redan har någon grad av beteendestörningar, medan skol-Komet (även kallat Komet för lärare) är ett program som riktar sig dels till klassen som helhet, dels specifikt till elever med beteendeproblem.

Komet har utvärderats i en svensk studie, med resultat som tyder på positiva effekter. Att studien inte har tagits med i SBU:s underlag beror på att den publicerades för sent för att hinna ingå i granskningen.

Disa, Depression in Swedish adolescents, är ett svenskt program ämnat att förebygga depression hos unga flickor. Det har sin förlaga i det amerikanska programmet Coping with stress, CWS, som är ett riktat program. Det finns vetenskapligt stöd för att CWS kan minska risken för depressiva symtom på sikt, men det finns inga sådana studier av Disa. Det svenska Disa används nämligen för tonårsflickor på en mer generell nivå – det vill säga alla flickor i en klass eller skola.

Det finns en svensk studie av programmet som gällde flickor i årskurs 7 och 8, men dess kvalitet räcker inte för att dra slutsatser.

Cope (Community parent education program), är ett familjestödsprogram som används i familjer i vissa riskgrupper, eller för barn som bedömts löpa hög risk för psykisk ohälsa. Programmet bygger på social inlärningsteori och teorier om familjen som system. Målet är att ge föräldrarna verktyg för att hantera sitt barns beteende på ett bra sätt, och att stärka de vuxna i deras föräldraskap. Cope genomförs i stora grupper på cirka 25 föräldrar. Det finns två versioner av Cope: en för familjer med barn från tre till tolv år, en för tonåringar från 13 till 18 år.

En Cope-studie med långtidsuppföljning ingår i SBU:s granskning. Det finns också en svensk Cope-studie, men den saknade uppföljning och har inte tagits med i SBU-underlaget.

SET (Social och emotionell träning) är ett skolprogram som riktar sig till barn och ungdomar 6–18 år. SET har hämtat inspiration från Paths (Promoting alternative thinking strategies) och är utvecklat i Sverige.

SET bygger på begreppet emotionell intelligens och sociala inlärningsteorier. Målet är, utöver förbättrad psykisk hälsa, att förebygga drog- och alkoholproblem. Programmet leds av ordinarie lärare en eller två gånger i veckan. Barnen arbetar med åldersanpassade kursböcker.

Det finns en svensk studie av SET, men den saknade uppföljning och uppvisade därtill ett stort bortfall. Uppgifter om många av försöksdeltagarna kunde alltså inte samlas in, vilket gör resultatet osäkert.

Beardslees familjeintervention är avsett för familjer där minst en av föräldrarna lider av depression. Programmet bygger på manualbaserade samtal och intervjuer med barnet, föräldrarna och hela familjen. På kortare sikt syftar Beardslees familjeintervention till att minska oro och skuld känslor i familjen samt till att uppmärksamma barnets situation. Det långsiktiga målet är att minska risken för att barnet ska insjukna i depression, genom att förstärka skyddande faktorer.

När det gäller Beardslees familjeintervention saknas det svenska uppföljande studier av sådan kvalitet att man kan dra slutsatser om effekten på psykisk ohälsa.

StegVis är ett program som riktar sig till barn som är 4–15 år gamla. Programmet är en bearbetning av det amerikanska skolprogrammet Second step, som baseras på kognitiva teorier. Syftet är att öka barnens sociala och känslomässiga kompetens samt att motverka våld.

Det finns flera utvärderingar av Second step, bland annat från Norge där det kallas Steg-for-steg. Men den enda studien med längre tids uppföljning är gjord i USA, och i denna kunde man inte slå fast någon långsiktig effekt efter genomgången program.

För närvarande pågår forskning om olika program på många håll i landet, och inom några år kommer det troligen att finnas bättre kunskaper om flera av dem.





Fördelar och farhågor med programmen

ÄR DET DÅ FÖRSVARBART att använda program för att förebygga psykisk ohälsa när vi vet så lite om resultatet och de påvisade effekterna ofta är små? SBU anser att program som redan är etablerade lokalt kan användas i avvaktan på bättre kunskap, om effekten av dem samtidigt följs upp. Program som redan har köpts in och börjat användas kan det alltså finnas skäl att fortsätta med – om egna utvärderingar tyder på att programmet fungerar bra, om det inte medför negativa konsekvenser och om kostnaderna är rimliga. Men man bör vara medveten om att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, och att programmen kan behöva diskuteras ur en rad olika synvinklar.

Når vi dem som verkligen behöver stöd?

En fråga som är viktig att ställa är vilken typ av problem som ägnas störst intresse. Det finns en uppenbar risk för att utagerande beteenden, som stör omgivningen, får mer uppmärksamhet och behandlingsresurser än inåtvända problem. Ett barn med depression och ångest innebär ju sällan ett problem för sina skolkamrater.

Det går att se vissa tydliga könsskillnader vad gäller psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Depression förekommer oftare hos flickor. Utagerande beteenden är vanligare bland pojkar. De skolprogram som ska förebygga utagerande problem är i regel utformade efter pojkars behov och vissa genomförs bara för pojkar. På samma sätt riktar sig vissa depressionsförebyggande

program enbart till flickor. Studier av de förebyggande programmen missar ofta att undersöka om de fungerar lika bra för pojkar och flickor. Här finns en kunskapslucka som bör täckas in i nya studier.

Mer än vart fjärde barn i Sverige har minst en förälder som är född utanför landets gränser. Det fåtal utländska studier som jämfört programmens resultat tyder på att effekterna kan skilja sig mellan olika etniska grupper. Resultaten är dock alltför få och oklara för att slå fast eventuella skillnader.

Timeout, ignorering och poängsättning

Det kan också vara så att vissa program inte stämmer så bra med svenska normer, med de värderingar som många värnar om här. Nästan alla preventionsprogram har utvecklats i USA, några i Australien eller Kanada. I dessa länder har många ett mer auktoritärt synsätt på barn än i Sverige, och i vissa föräldraprogram ingår så kallad timeout och ignorering.

Timeout innebär, som fackterm, ”avbrott från positiva förstärkningar”. Syftet är att stoppa en negativ beteendespiral som annars kan förstärkas av den vuxnes reaktioner. Att en förälder lämnar ett argt barn i fred en stund är knappast kontroversiellt. Diskutabel användning av timeout är däremot skamvrå, inlåsning eller att barnet hålls fast medan det avkrävs ett par minuters tystnad. Använt på detta sätt kan timeout anses strida mot FN:s barnkonvention.

Ignorering innebär att den vuxne medvetet undviker att uppmärksamma ett oönskat beteende hos barnet. Tanken är att bristen på gensvar ska få barnet att upphöra med det negativa beteendet. Det finns dock en risk att den vuxne ignorerar barnet självt, snarare än det oönskade beteendet.

Belöningsystem är en annan kontroversiell komponent i vissa program. Det går ut på att önskvärda beteenden belönas, medan negativa beteenden negligeras. Sådan systematisk poängsättning, så kallad token economy, kan dock anses manipulativt.

Förespråkarna menar att det finns vetenskaplig grund för att belöningsystem ger önskad effekt, och att en beteendeförändring oftast ligger i barnets intresse. De framhåller vikten av att barnet är väl införstått med spelreglerna och att poängsättningen sker i positiv anda.



Vissa moment i amerikanska program stämmer inte med den värdegrund vi har i Sverige.”

Anders Hjern, barnläkare

Tyst i klassen eller psykisk hälsa?

Många kommuner har infört program som ska förebygga psykisk ohälsa inom ramen för skolornas verksamhet. Målet är oftast att hjälpa utagerande barn att ändra sitt beteende, både för barnets egen skull och för klasskamraternas. Ett annat syfte kan vara ökad arbetsro, som främjar alla barns inläring och trivsel. Men avsikten med en sådan här satsning är inte alltid klart uttalad. Är syftet att allmänt förbättra skolmiljön, eller, mer specifikt, att förebygga psykisk ohälsa?

När det handlar om prevention, kan det tyckas självklart att skolan bör tillämpa samma krav som sjukvården när det gäller ”informerat samtycke” – alltså ett skriftligt eller muntligt godkännande från barnet eller föräldrarna. Dock finns det forskning som visar att potentiella högriskbarn gärna avstår från att delta ifall de får möjlighet att välja. Detta gör sannolikt att nyttan av programmet minskar.

Om skolan däremot deklarerar att programmet ingår i skolans arbetsmiljö- eller värdegrundsarbete blir det obligatoriskt för eleverna att delta. För exempelvis de svenska skolprogrammen Set och Disa brukar gälla att föräldrarna informeras. Däremot är det inte fråga om något informerat samtycke från vare sig elever eller föräldrar.

Nästa fråga är vem som ska tacka ja eller nej till medverkan i ett program om det är så att samtycke ska inhämtas – det minderåriga barnet eller föräldrarna? Eller bådadera?

Stämplad som problembarn?

Stigmatisering – att bli nedvärderande utpekad och stämplad – kan påverka ett barn negativt. Han eller hon får sämre status i kamratgruppen. Ett argument för generella program mot psykisk ohälsa är att risken för detta minskar. Alla barn behandlas lika. Dock kan det inte uteslutas att de barn och familjer som programmet inte fungerar för ändå kan känna sig misslyckade.

Det är viktigt att en riktad förebyggande insats inte blir stigmatiserande. Hur man blir utvald spelar sannolikt en avgörande roll för om man känner sig inbjuden till något som är bra, eller om inbjudan upplevs som en negativ stämpel.

Fullt utvecklade psykiska problem innebär förmodligen långt större sociala svårigheter än den stigmatisering som medverkan i ett preventionsprogram kan innebära. En insats som riktar sig till barn med förhöjd risk för psykisk ohälsa kan därmed vara välmotiverad – förutsatt att programmet verkligen ger effekt.

Föräldrarollen i fokus

Flera av de generella programmen bygger på att en pedagog eller en ”expert” coachar föräldrarna i hur de ska hantera sina barn. Därmed finns det en risk att man inkräktar på föräldrarollen så att föräldrarna känner sig mindre kompetenta att klara av sitt eget ansvar. Detta är viktigt att försöka undvika.

En annan sak att uppmärksamma är om föräldrarna är oense i frågor som rör uppfostran av det gemensamma barnet. Det finns studier som tyder på att sådana konflikter kan förstärkas om bara den ena föräldern deltar i programmet.

Å andra sidan beskriver många föräldrar som har deltagit i den här typen av program att deras kompetens och självkänsla har blivit starkare. De har fått hjälp i sin föräldraroll med att hantera konflikter och sätta gränser. Många småbarnsföräldrar och tonårsföräldrar efterfrågar idag mer av sådant stöd. År 2009 avsatte regeringen 70 miljoner kronor till ökat föräldrastöd, i syfte att förbättra svenska barns psykiska och fysiska hälsa.

Vissa program kanske skapar nya problem

Det finns farhågor om att vissa program kan motverka sitt syfte. De studier som har haft som uttalat mål att kartlägga eventuella risker med programmen är visserligen få och begränsar sig till program mot utagerande problem, men sammantaget finns det ganska många rapporter om risker för ”negativ social smitta”, att barnens problem kan förvärra varandra.

SBU:s experter konstaterar att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att utagerande ungdomar som gruppvis deltar i åtgärder kan påverka varandra och övriga deltagare negativt.

I fråga om program för att förebygga inåtvända problem finns det bara en studie i SBU:s bedömningsunderlag som rapporterar negativa effekter. För pojkar som från början hade tydliga symtom på depression förvärrades problemen, enligt denna studie.



I dag vet vi att det fungerar dåligt att fösa ihop stökiga unga i grupper.”

Anders Hjerm, barnläkare



Insatser ska bygga på kunskap

Programmen måste utvärderas i Sverige

Det råder brist på studier som är tillräckligt välgjorda för att slå fast vilka program som under svenska förhållanden faktiskt minskar risken för psykisk ohälsa. För att kunna avgöra om insatserna har någon ”vaccinationseffekt” krävs uppföljningar på sikt, inte bara en utvärdering i samband med programets avslutande. Sådana långsiktiga utvärderingar bör göras för olika grupper, och helst på flera olika håll i landet. Det är tänkbart att program som utprovats under skilda sociala förhållanden och i andra kulturella sammanhang har en annan effekt i Sverige. Det går inte att förutsäga om programmen skulle fungera bättre eller sämre här.

SBU pekar på fem program som har stöd i internationell forskning och som bör prioriteras för vetenskaplig utvärdering under svenska förhållanden:

- Family check-up – som inkörsport för ytterligare åtgärder
- Triple P – som riktat program för att förebygga utagerande beteende
- De otroliga åren (Incredible years) – som riktat program för att förebygga utagerande beteende
- Coping with stress (Disa i Sverige) – för att förebygga depression
- Friends – som generellt program för att förebygga ångestproblem

Det är också nödvändigt med fortsatt utvärdering av de program som redan är etablerade i Sverige men som idag har otillräckligt vetenskapligt stöd.

Bättre bevis efterlyses

Många program har marknadsförts som ”evidensbaserade” via hemsidor eller reklam. Men faktum är att det vetenskapliga underlaget oftast är bristfälligt, eller bara avser korttidsresultat.

SBU:s huvudsakliga slutsats är att det finns ett fåtal preventionsprogram som faktiskt har begränsat vetenskapligt stöd. Men de dokumenterade effekterna av programmen är oftast små eller i vissa fall måttliga.

Vid en generell insats blir effekterna av programmet med nödvändighet blygsamma, eftersom andelen barn med problem är liten. Små effektstorlekar i sådana program kan alltså vara viktiga, och för enstaka barn kan den positiva effekten vara betydande.

Programmen kan givetvis också ha positiva effekter som inte sätter mätbara spår i den psykiska hälsan.

Satsa på de åtgärder som hjälper bäst

Psykiska problem innebär stort lidande, och de barn som drabbas riskerar att hamna i utanförskap. Kan man förebygga detta, är mycket vunnet. Varje barn som slipper psykisk ohälsa är en stor framgång – såväl för individen som för familjen och samhället.

Det finns en stark allmän tilltro till att tidig prevention är hälsoekonomiskt gynnsamt. Man antar att det är enklare att hjälpa barnet som utagerande sexåring än som utagerande tonåring med mångåriga problem bakom sig – det verkar logiskt och utvecklingsteoretiskt riktigt. SBU konstaterar dock att det saknas vetenskapliga studier som belägger sådan kostnadseffektivitet. Det går inte heller att säga säkert om breda program är mer effektiva än riktade, eftersom både program och målgrupper är olika.

När man satsar på förebyggande program finns alltid risken att detta ersätter andra insatser för barn, ungdomar och familjer – åtgärder som kan vara väl värda att pröva och utvärdera. Man vet att allvarlig psykisk ohälsa är vanligare hos barn som lever under sämre psykosociala förhållanden än hos barn som lever under bättre omständigheter. Eftersom resurserna alltid är

begränsade, är det givetvis viktigt att program som medför stora kostnader kan motiveras med vetenskapliga bevis på att de har avsedd effekt. Satsningar på ökad personaltäthet, skolhälsovård, socialtjänst eller utbildning är exempel på strukturella förändringar som kan vara viktiga att överväga vid sidan av (eller i stället för) inköp av ett program. Och avveckling av dokumenterat ineffektiva program ge pengar över till andra verksamheter som förebygger psykisk ohälsa.

På sikt bör kommuner och landsting bara använda sig av sådana program som har ett vetenskapligt stöd. De lokalt förankrade preventionsprogram som används idag måste utvärderas genom väljorda studier med kontrollgrupp ifall de ska användas även fortsättningsvis.



Jag får bättre kunskap om hur jag kan hantera konflikter, så att de inte trappas upp.”

Lärare, gymnasiet

Program och metoder, sidhänvisning

Beardslees familjeintervention	11, 18, 24
Cope, Community parent education program	11, 18, 24
Coping power	11, 18, 20, 21
CWS, Coping with stress	11, 16, 18, 23
Disa, Depression in Swedish adolescents	11, 16, 18, 23
Family bereavement program	21
Family check-up	11, 13, 15, 18
Friends	11, 18, 20
GBG, Good behaviour game	11, 20, 21
Incredible years/De otroliga åren	11, 13, 14, 18
KBT, kognitiv beteendeterapi	16, 23
Komet	11, 18, 23
New beginnings	21
PMT, Parent management training	21
Second step/StegVis	11, 18, 24, 25
SET, Social och emotionell träning	11, 18, 24
Triple P, Positive parenting program	11, 13, 14, 15, 18

DET LIGGER I ALLAS INTRESSE att skapa ett samhällsklimat där unga människor mår bra. En miljö i hemmet, skolan och samhället som främjar alla ungas hälsa. Men idag visar statistiken att många barn och unga mår psykiskt dåligt.

Därför har det på senare år tagits många initiativ för att förebygga psykisk ohälsa hos unga. En del av arbetet utgörs av olika program för föräldrastöd och insatser riktade till barn i skolan. När samhället satsar på sådana program, är målet givetvis att de ska göra så stor nytta som möjligt för så många utsatta barn som möjligt.

Men när SBU med hjälp av ämnesexperter granskade den samlade forskningen om programmen, visade det sig att kunskapen om dem är ganska begränsad. Effekterna har sällan följts någon längre tid efter att programmen har avslutats, och hur de fungerar under svenska förhållanden har inte studerats. SBU framhöll att effekterna av de program som redan används borde följas upp.

Den här broschyren har skrivits av journalisten Åsa Fagerström, med hjälp av SBU:s experter. Den bygger på SBU-rapporten "Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn" från 2010. Broschyren beskriver kort rapportens resultat och tar upp frågor som kan vara viktiga att tänka på i det förebyggande arbetet. Den riktar sig till dig som själv arbetar med förebyggande program i en skola eller kommun eller som är beslutsfattare på området.

