



# Att främja barns och ungas psykiska hälsa

Vägledning inför val och implementering av metoder

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2011:22

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Rapporten är utförd på uppdrag av HSN-förvaltningen. Författarna står själva för innehåll och slutsatser.

Författare: Maria Pihlblad och Gunnar Åberg, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete, Karolinska Institutet

Grafisk formgivning: Viktoria Jonze  
Foton: iStockphoto

ISBN 978-91-86313-84-5

Karolinska Institutets folkhälsoakademi  
171 77 Stockholm

E-post: [info@kfa.ki.se](mailto:info@kfa.ki.se)  
Telefon: 08-524 800 00  
[www.ki.se/kfa](http://www.ki.se/kfa)

Rapporten kan laddas ner från  
Folkhälsoguiden, [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

## Förord

Hur barnen i länet mår är viktigt här och nu och för framtiden. Barnen i Stockholms län har i stort sätt en bra fysisk hälsa, men det finns tecken på att särskilt ungas psykiska hälsa är sämre än förväntat och kanske har försämrats. Många vill och kan bidra till att göra det bättre för barnen. Ofta handlar det om generella och övergripande åtgärder som når alla. I vissa fall handlar det om att nå barn i utsatta situationer eller med särskilt riskbeteende. I många verksamheter söker man metoder som fungerar för att stärka och främja psykisk hälsa eller oftare att förebygga olika riskfaktorer som kan leda till psykisk ohälsa. Tyvärr är det svårt att hitta entydigt evidensbaserade metoder. Olika metoder fungerar i olika sammanhang och för olika målgrupper.

Denna rapport går igenom frågor man kan och bör ställa sig i arbetet för den psykiska hälsan hos barn. Vad bör man tänka på när man söker en struktur och metoder för sitt arbete. Rapporten har tagits fram i samarbete mellan kommunala folkhälsostrateger och KI, Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete. Det finns många utredningar och forskning kring både att mäta psykisk (o)hälsa och kring olika metoder och vad som fungerar. Rapporten samlar dagens kunskap utifrån olika frågeställningar som kan gälla barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), förskola, skola, föräldrastöd och socialtjänst, arenor där insatser kan göras. Arbetet för barn och ungdomars psykiska hälsa kräver ett långsiktigt strukturellt arbete, helst i samverkan mellan olika aktörer från kommunen och landstinget, och utifrån ett tydligt barnperspektiv där barnets rättigheter tas tillvara.

*Birgitta Rydberg*

Sjukvårdslandstingsråd med ansvar för folkhälsa



# Innehåll

<b>Förord</b> .....	<b>3</b>
<b>För barns och ungas psykiska hälsa - inledning och läsanvisning</b> .....	<b>7</b>
<b>Vanliga frågor och svar</b> .....	<b>9</b>
Vad menas med psykisk hälsa? .....	9
På vad baseras vår kunskap om barn och ungas psykiska hälsa? .....	9
Vad påverkar barns psykiska hälsa? .....	9
Vad främjar barns och ungas psykiska hälsa? .....	9
När är det ett problem att unga mår dåligt? .....	10
Vad vinner skolan på att arbeta för att främja psykisk hälsa? .....	10
Finns det en konflikt mellan skolans uppgift att lära ut och att se till att eleverna mår bra? .....	10
Vad ska man tänka på när man väljer metod?.....	10
Hur vet vi om det finns bevis för att en metod fungerar, vad är evidens? .....	11
Är metoden bra för barnen utifrån etiska aspekter? .....	11
Vad krävs för att implementering av en metod ska lyckas? .....	11
Hur vet man att man använder metoden rätt?.....	11
Hur garanterar man att barnets rättigheter beaktas? .....	12
Lönar det sig ekonomiskt att satsa på att främja barns psykiska hälsa? .....	12
<b>Fördjupning</b> .....	<b>13</b>
Definition av psykisk hälsa .....	13
Att mäta barns och ungas psykiska hälsa .....	14
Hälsans bestämningsfaktorer .....	16
Riskfaktorer och skyddsfaktorer.....	17
Mer om några bestämningsfaktorer.....	17
Värdegrund, etik och förhållningssätt .....	19
Etik, barnets rättigheter och barnets perspektiv.....	19
Evidens och Best Practice - definitioner och utgångspunkter .....	20
Systematiska insatser och metoder.....	23
Generella och riktade metoder .....	23
Manual- eller temabaserade metoder .....	24
Metodtrohet .....	24
Hälsoekonomi.....	24
Vid val av metod, tänk på... ..	26
Implementering av metoder.....	26
Att följa upp metoden .....	27
Referenser .....	29
<b>Bilagor</b> .....	<b>31</b>
Bilaga 1. Definitioner och ordförklaringar .....	31
Bilaga 2. Arenor .....	35
Mödrhälsovård.....	35
Barnhälsovård .....	36
Förskola .....	37
Skola .....	38
Fritid.....	41
Hemmet, föräldrar och kamrater .....	43
Ungdomsmottagning.....	44
Inför arbetslivet.....	45

Referenser bilaga 2 .....	47
Bilaga 3. Metod och verksamheter enligt UPP-centrum, Socialstyrelsen .....	49
Bilaga 4. Metoder och program utifrån preventionsnivå .....	50
Bilaga 5. Lästips för ytterligare fördjupning .....	51
Bilaga 6. Medverkande kommunala folkhälsostateger och samarbetspartners .....	52

## För barns och ungas psykiska hälsa – inledning och läsanvisning

Den här rapporten handlar om vad man bör tänka på inför val av metod för att främja barns och ungas psykiska hälsa. Rapporten kan användas av kommunala tjänstemän och politiker som en vägledning och ett diskussionsunderlag för att planera insatser för barns och ungas psykiska hälsa. Den värderar inte olika metoder. Den lyfter istället fram viktiga överväganden vid val av metod och dess införande i relation till strukturella insatser. Rapporten inleds med att kort besvara vanligt ställda frågor. I svaren finns hänvisningar till fördjupningsavsnitt som ger definitioner, förklarar begrepp som till exempel evidens, etik, bestämningsfaktorer för hälsa och hälsoekonomi. Definitioner av olika ord inom folkhälsoområdet återfinns i bilaga 1. Beroende på hur man väljer att läsa skriften kan man uppleva en del upprepningar, vilket syftar till att möjliggöra läsning utifrån enskilda frågor eller avsnitt.

Svenska barn mår fysiskt mycket bra. Även välbefinnande och den psykiska hälsan ligger på en generellt hög nivå (1). Olika undersökningar indikerar dock att det finns brister i den psykiska hälsan, särskilt den självskattade hälsan och särskilt inom vissa grupper. Inom olika verksamheter försöker man därför finna strategier och metoder för att vända en befarad utveckling. Se faktarutorna på nästa sida.

En inventering som gjordes 2008 av Socialstyrelsen (2) visade att 129 olika program används inom de verksamheter som har ett uppdrag att arbeta förebyggande och behandlande av psykisk ohälsa bland barn. Det finns med andra ord många program att välja bland. Hur vet man vilket som är effektivt och inte gör skada?

Hälsofrämjande insatser för barns psykiska hälsa är viktiga utifrån en rad olika perspektiv, särskilt om skillnader mellan olika grupper ökar. I Sverige är det övergripande målet för folkhälsoarbetet att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Ett målområde tar särskilt upp barns och ungas uppväxtvillkor (3).

Ett par utgångspunkter för detta dokument är:

- inom olika verksamheter används begreppen metod, program eller strukturerad insats på olika sätt. Det gäller även begreppen förebyggande arbete och universell prevention. Här används främst begreppen metod och strukturella insatser. Se tabell 1 på nästa sida
- olika metoder kan inte ersätta långsiktiga mer strukturella insatser
- ett hälsofrämjande perspektiv där fokus inte läggs på problem, och framförallt inte på problem hos barnen, ökar sannolikheten att skapa en positiv hälsoutveckling
- en noggrann analys av behov bör göras inför val av åtgärd
- det finns inte kunskap om alla metodernas effekter och kunskapsläget ökar ständigt. För att få en fördjupad bild av de rapporter som tas upp här finns källhänvisningar
- olika metodernas styrka vad gäller evidens är beroende av de sammanhang de använts i, av vem den använts och vad metoden är avsedd att åtgärda
- även en bra metod kan användas fel eller bli utan framgång om organisationen inte har byggt upp ett systematiskt arbete som skapar ett positivt klimat. Det gäller både ledarskap, värdegrundsarbete, systematiskt arbetsmiljöarbete och inom skolan en helhetssyn på lärandemiljö och en hälsofrämjande skolutveckling.

- Om man arbetar systematiskt, ser metoder och modeller som en hjälp i arbetet samt följer upp och korrigerar finns goda förutsättningar för att arbetet ger bestående effekter.

Innehållet har fått ett visst fokus på skolan. Många insatser genomförs där, då skolan når nästan alla barn. Vid val av metod måste hänsyn tas till evidens, best practice och beprövad erfarenhet i relation till kostnad och möjlig tillämpning.

Rapporten har tagits fram av Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) i samverkan med bland annat kommunala folkhälsostrateger (se bilaga 6) i Stockholms län. Maria Pihlblad och Gunnar Åberg har sammanställt kunskap och olika synpunkter. Lene Lindberg har svarat för granskning.

**Tabell 1.** Begrepp och termer för förebyggande eller hälsofrämjande arbete

Målgrupp	Hälso- och sjukvård	Socialtjänst	Skola/Förskola	Nya begrepp
Alla barn	Primärprevention	Generellt förebyggande arbete	Främjande	Universell prevention
Riskgrupper	Sekundär-prevention	Riktade förebyggande insatser	Förebyggande	Selektiv prevention
"Drabbade" barn	Tertiärprevention	Stöd- och behandlingsinsatser	Åtgärdande	Indikerad prevention

Källa: Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Socialstyrelsen 2008

#### FAKTARUTA

År 2010 publicerade Kungliga Vetenskapsakademien en litteraturöversikt (1) som beskriver barns psykiska hälsa över tid i Sverige. I den ges följande bild av olika aspekter på psykisk hälsa:

- \* Barns och ungdomars psykiska hälsa och välbefinnande var generellt på en hög nivå.
- \* En försämring tycktes ske i slutet av 1990-talet.
- \* Flickor mår inte lika bra som pojkar.
- \* Äldre barn verkade inte må lika bra som de yngre.

De förändringar som över tid har rapporterats är inte stora och de utgår från goda värden. En del studier rapporterade en oförändrad bild eller förbättring av det upplevda välbefinnandet. Andra studier visar på en polarisering, där fler mår bättre, men också där fler mår sämre. Det finns även en skillnad mellan flickor och pojkar. På grund av studiernas begränsade bevisvärde är litteraturöversiktens huvudsakliga slutsats att kunskapen om barns psykiska hälsa över lång tid är bristfällig, detta gäller särskilt små barn.

#### FAKTARUTA

WHO rapporterar att förekomsten av psykisk ohälsa ökar världen över. I Sverige konstateras i den nationella folkhälso rapporten år 2009 att ökningen bland unga fortsätter. I folkhälsoenkäter genomförda i Stockholm läns landsting har det visat sig att den psykiska ohälsan har ökat, framförallt bland yngre kvinnor. Anledningen till denna ökning tros kunna vara en ökning av de riskfaktorer som förekommer bland unga människor (4).



## Vanliga frågor och svar

Inför val av metod eller program för att främja barns psykiska hälsa ställs ofta beslutsfattare inför frågor liknande nedanstående.

### Vad menas med psykisk hälsa?

Psykisk hälsa är att vara tillfreds med sina inre och yttre möjligheter att hantera sitt liv. Fyra viktiga faktorerna för välbefinnandet under uppväxtåren är goda uppväxtförhållanden i hemmet, kvalitet och relationer i förskolan och skolan samt framtidstro kopplat till vuxen- och arbetsliv. Ofta när vi säger oss arbeta för psykisk hälsa kommer det att handla om åtgärder mot psykisk ohälsa, d.v.s. psykiska symtom, besvär och olika problem, ett patogent perspektiv samt riskfaktorer för psykisk ohälsa till exempel mobbning. Att välja att stödja det friska och ha ett salutogent perspektiv påverkar val av metod. **Läs mer** på sida 13 Definition av psykisk hälsa.

### På vad baseras vår kunskap om barn och ungas psykiska hälsa?

Att mäta psykisk hälsa och ohälsa är svårt. Dels används olika registerdata som indikatorer på psykisk (o)hälsa, dels olika enkäter riktade till barn. Att göra statistik av känslor, upplevelser och attityder bygger ofta på självskattningar. Enkätundersökningar om psykisk hälsa utgår ofta från symptom på psykisk ohälsa liksom psykosomatiska skattningar. Barns och vuxnas tolkningar av sådana symptom kan vara olika. Enkäterna tar till exempel upp frågor kring delaktighet, självbild, nedstämdhet, trötthet samt oro och mobbning. **Läs mer** om Att mäta barn och ungas psykiska hälsa på sida 14.

### Vad påverkar barns psykiska hälsa?

Olika strukturella faktorer som till exempel en förskola med hög kvalitet och möjlighet till positiva fritidsaktiviteter påverkar den psykiska hälsan. En trygg anknytning under spädbarnsperioden utgör en skyddsfaktor för barnets psykiska hälsa, särskilt under förskoleåldern och tidig skolålder. Men anknytning kan även ske senare i livet. Båda föräldrarnas samarbete kring uppfostran är en annan viktig skyddsfaktor. Samhällsfunktioner som BVC, förskola, skola, ungdomsmottagningar är viktiga arenor för att arbeta med barns psykiska hälsa och kan också fungera kompensatoriskt för barn med problem till exempel med inlärning eller i hemmiljö. Kamratrelationers betydelse ökar med åldern och andra sociala nätverk har också stor betydelse för hur barn och unga mår. Att ha goda mentala, sociala och emotionella förmågor är ytterligare skyddsfaktorer, vilka kan tränas. **Läs mer** om Hälsans bestämningsfaktorer samt Risk- och skyddsfaktorer på sida 16 och om Arenor i bilaga 2 sida 35.

### Vad främjar barns och ungas psykiska hälsa?

Långsiktigt arbete som bygger på samverkan ger en god grund för att främja den psykiska hälsan och att kunna se behov av olika universella och riktade insatser. Utifrån kunskap om vad som främst påverkar barns psykiska hälsa lyfts olika risk- och skyddsfaktorer. Som de viktigaste faktorerna framhålls föräldrar, förskola, skola, fritid och kamrater, levnadsvanor samt framtidstro/arbete. Inom alla dessa områden görs insatser på olika nivåer inom olika verksamheter. Exempel är stöd till föräldrar, värdegrundsarbete och elevhälsans roll för en hälsofrämjande skolutveckling, att skapa förutsättningar för en positiv fritid och att utveckla uppföljningen från den obligatoriska skolgången till vidareutbildning och arbetsliv. På ett individuellt plan blir det allt viktigare för ungdomar att på olika sätt lära sig att hantera vardagliga frustrationer till exempel gapet mellan upplevda och reella livschanser. **Läs mer** om Hälsans bestämningsfaktorer samt Risk- och skyddsfaktorer på sida 16 och om Arenor i bilaga 2 sida 35.

## När är det ett problem att unga mår dåligt?

Det tillhör livet att må dåligt ibland. Men om flera indikatorer på psykisk ohälsa visar att barns och ungas välmående försämras är det ett problem. Ibland kräver detta behandlande åtgärder, men det behövs också hälsofrämjande och förebyggande insatser på en universell nivå för att förhindra att detta uppstår. Att ge kunskap om vad som är normalt och hur man kan hantera situationer när man mår psykiskt dåligt är ett exempel på en förebyggande insats. Vi vet att mindre insatser till många ger större effekt på folkhälsan än stora insatser till få. Att helt undvika att vissa individer drabbas av psykisk ohälsa är omöjligt, men färre kommer att drabbas av besvär om satsningar på strukturella och hälsofrämjande insatser genomförs. På lång sikt är detta därför både ekonomiskt och etiskt fördelaktigt ur ett samhällsperspektiv. **Läs mer** om Att mäta barns och ungas psykiska hälsa på sida 14 och om Systematiska insatser och metoder på sida 23.

## Vad vinner skolan på att arbeta för att främja psykisk hälsa?

Skolan är en viktig arena i ett hälsofrämjande arbete, då man når nästan alla barn. Skolans viktigaste roll är att utveckla elevens kompetenser, men det finns dubbelriktade samband mellan hälsa och lärande. Elever som mår bra har lättare att lära och nå godkända resultat. Det är svårt att motivera elever som av olika skäl mår dåligt eller har problem som påverkar inläringen. Elever som har svårt att lära riskerar också att må sämre. Skolan och dess personal kan i många sammanhang vara ett viktigt stöd för dessa elever och de som har problem i hemmet eller på andra sätt. Skolan får härigenom en viktig roll ur jämlikhetssynpunkt. Skolan är också lärarens och elevens arbetsmiljö där den psykiska hälsan intar en viktig del. **Läs mer** sida 38 om arenan Skola.

## Finns det en konflikt mellan skolans uppgift att lära ut och att se till att eleverna mår bra?

Skolans huvudsakliga uppgift är att lära ut. Kunskap är viktig för elevens välbefinnande och möjlighet att göra kloka val och lyckas, vilket i sin tur ökar förutsättningarna för barnets framtida hälsa. Samtidigt kan man säga att det viktigaste är att eleverna får kunskap och kan förstå att använda den. Hur kunskapen kan inhämtas beror dels på elevens begåvning, dels på hur eleven mår. Skolan ska också enligt skollag och läroplan ”främja alla elevers utveckling och lärande samt en livslång lust att lära. Utbildningen ska förmedla och förankra respekt för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande demokratiska värderingar som det svenska samhället vilar på” (Skollagen 2010:800). Det finns en konflikt i hur skolans och lärarnas tid används, men det finns också en nödvändighet att kunna hantera båda aspekterna, hälsa och lärande. Hur skolan ser på sitt ansvar, i relation till elevens, vad gäller skolframgång blir avgörande för olika vägval. Det är skolans ansvar att eleven når målen. Men om eleven inte får godkända betyg, är det då eleven eller skolan som har misslyckats? **Läs mer** om Hälsans bestämningsfaktorer samt Risk- och skyddsfaktorer på sida 16 och om arena Skola på sida 38.

## Vad ska man tänka på när man väljer metod?

- Behovet. Använd tillgänglig data och kunskaper för att ta reda på behov av insats.
- Målgruppen. Specificera målgruppen inom en viss arena. Vissa metoder eller åtgärder kan vara mer lämplig för en målgrupp än för en annan. Metoder kan också rikta sig till en hel grupp inom en arena (generella), medan andra enbart riktar sig till riskgrupper (riktade).
- Vilken bestämningsfaktor som är påverkbar inom en viss arena. Gäller det till exempel arbetsmiljö eller föräldrastöd eller gäller det sådant som bäst kan påverkas inom skolan eller ungdomsmottagningen?

- Kunskap om metoder. Använd tillgänglig information om metoder och använd i första hand de som har blivit utvärderade och visat positiv effekt. Metodens funktion är alltid beroende av det sammanhang den används i.
- Att välja metod tillsammans med utförare och målgrupp ökar möjligheten att lyckas med implementeringen. Hur metoden förankras är avgörande för att den kommer att användas.

**Läs mer** om Systematiska insatser och metoder på sida 23, Vid val av metod, tänk på... sida 26, och i bilaga 2 om Arenor sida 35.

### **Hur vet vi om det finns bevis för att en metod fungerar, vad är evidens?**

Med att en metod är evidensbaserad menas att det finns studier som vetenskapligt bevisat att den har effekt. Begreppet är inte oproblematiskt då det inte garanterar effekt i ett nytt sammanhang. Best practice är ett annat begrepp som används för att beskriva vilka metoder som har förutsättningar att lyckas. Best practice i folkhälsoarbete kan beskrivas som de processer och aktiviteter som i en given situation förväntas ge positiva effekter på hälsan, bland annat utifrån bästa tillgängliga kunskap och beprövade erfarenheter. **Läs mer** om Evidens och Best practice sida 20.

### **Är metoden bra för barnen utifrån etiska aspekter?**

Målet för de metoder som har utvecklats för att främja barns psykiska hälsa är att barn ska må bra och inte fara illa. Detta är centrala utgångspunkter både i etiska riktlinjer och i FN:s konvention om barnets rättigheter. Den senare lyfter jämlikhet, rätt till delaktighet och barnets bästa i första rummet. Ett av de nationella folkhälsomålen tar också sikte på barns och ungdomars uppväxtförhållanden. Ett särskilt område inom jämlikhet är jämställdhet mellan pojkar och flickor, där vi idag vet att olika metoder kan få olika utfall för olika kön. Barnets eget perspektiv måste beaktas. Det kan handla om dels att kulturanpassa metoder till svenska/lokala förhållanden, dels hur man använder riktade metoder som tagits fram för särskilda behov. **Läs mer** om Värdegrund, etik och förhållningssätt på sida 19 och Systematiska insatser och metoder på sida 23.

### **Vad krävs för att implementering av en metod ska lyckas?**

Har man bestämt vilken metod man vill tillämpa i en verksamhet är det viktigt att:

- verksamheten uppfattar den som en hjälp för det man vill uppnå
- metoden genomsyrar hela verksamheten. Detta gäller i synnerhet om metoden till stor del bygger på ett synsätt eller värdegrund och inte är strikt manualbaserad
- ledningen är tydlig med varför metoden ska genomföras både vid lansering och för vidmakthållandet. Förutsättningar för implementeringen (ekonomi, tid etc.) måste även finnas
- det bör finnas en beredskap i organisationen för att arbeta med metoden, vilket kan kartläggas till exempel genom Community Readiness Model
- utbildningen i metoden läggs upp och genomförs systematiskt samt att flera från ett arbetslag deltar i utbildningar samtidigt för att inte göra kunskapen sårbar
- kopplingen till andra metoder och program tydliggöra, om dessa understödjer varandra
- handledning och stöd, särskilt under första tiden, är centrala komponenter för att lyckas i genomförande och för att användarna ska följa metoden
- löpande följa upp metodens effekter.

**Läs mer** om Implementering av metoder på sida 26.

### **Hur vet man att man använder metoden rätt?**

Ofta används metoder och program på ett sätt som känns bekvämt för den/de som ska använda den. Man gör den till sin egen. Ibland används också bara vissa inslag/komponenter. Detta kan innebära att

eventuell evidens inte gäller då den specifika metoden är utvärderad i ett speciellt sammanhang. Det finns viss forskning som pekar på att förändring av metoden t.o.m. kan ge negativa effekter. Annan forskning visar samtidigt på att det är **hur** en insats genomförs som är det viktiga samt att vissa komponenter kan särskiljas och ge effekter. Metoden är också beroende av samspelet mellan utövaren och mottagaren. För att metodens upplägg ska följas, kvaliteten hållas och inte göra skada krävs någon form av kvalitetssäkring till exempel genom handledning eller vidareutbildning samt uppföljningar. Att undersöka och följa upp hur målgruppen upplever metoden är viktigt. **Läs mer** om Manual- eller temabaserade metoder på sida 23 och om Att följa upp metoden på sida 27.

### **Hur garanterar man att barnets rättigheter beaktas?**

Alla metoder är beroende av ett samspel mellan utförare och målgrupp. Det i sig gör att det alltid finns en risk att metoden kan användas felaktigt och till exempel riskerar stigmatisering. Lyhördhet för målgruppens respons är central. Full respekt för det enskilda barnet och dess rättigheter är viktigt då metoden används. Barnen får absolut inte känna sig kränkta. Det är viktigt att vara uppmärksam på att även evidensbaserade metoder kan vara negativa för vissa individer eller grupper till exempel ur ett jämställdhetsperspektiv. **Läs mer** om Värdegrund, etik och förhållningssätt på sida 19 och i bilaga 2 om arena Skola på sida 38.

### **Lönar det sig ekonomiskt att satsa på att främja barns psykiska hälsa?**

Vilka metoder och program som är ekonomiskt lönsamma vet vi i dagsläget inte så mycket om, men forskning pågår. Att det däremot i ett långsiktigt perspektiv lönar sig att främja barns psykiska hälsa vet vi. Insatser till många ger större effekt på folkhälsan än stora insatser till få. Att skapa förutsättningar för barn och unga att klara skolgången är lönsamt både ur ett individuellt hälsoperspektiv, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och framförallt ur ett etiskt perspektiv. **Läs mer** om Hälsoekonomi på sida 24.

# Fördjupning

## Definition av psykisk hälsa

Det finns ingen enhetlig definition av begreppet psykisk hälsa. Och att föreslå åtgärder för något som inte har en enhetlig definition är komplicerat. Psykisk ohälsa behöver inte vara den direkta motsatsen till psykisk hälsa. Faktorer som minskar den psykiska ohälsa behöver inte nödvändigtvis stärka den psykiska hälsan (4). När barn och unga svarar på enkäter får man en bild av hur de själva ser på begreppet, vilket är viktigt enligt Barnkonventionen. Nedan presenteras flera definitioner som olika verksamheter har tagit fram. Den första är på engelska och kommer från Världshälsoorganisationen:

Mental health is a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community (5).

**Världshälsoorganisationen:** Barn och ungdomars psykiska hälsa innebär förmågan att uppnå och behålla ett optimalt välbefinnande och sätt att fungera psykologiskt (5).

**Sveriges kommuner och landsting:** Psykisk hälsa är mer än frånvaron av psykisk ohälsa. Det handlar bland annat om att människor upplever sin tillvaro meningsfull, att de kan använda sina resurser, vara delaktiga i samhället och uppleva att de har förmåga att hantera livets normala motgångar (6).

**Centrum för folkhälsa:** Psykisk hälsa är att vara tillfreds med sina inre och yttre möjligheter att hantera sitt liv (7).

Att definitioner av psykisk hälsa kan skilja sig åt beror bland annat på olika utgångspunkter. De kan utgå från ett salutogent perspektiv där fokus är de faktorer som leder till och vidmakthåller hälsa. Detta perspektiv står i kontrast till det patogena som beskriver begreppet utifrån frånvaro av eller innebörden av psykisk ohälsa eller de faktorer som leder till sjukdom. Inom ett hälsofrämjande arbete är utgångspunkten det salutogena perspektivet och i ett preventivt arbete det patogena. I bilaga 1 finns ett urval av definitioner framtagna av olika organisationer.

Hur barn och unga ser på och definierar psykisk hälsa eller ohälsa kan skilja sig åt i olika åldrar och från de vuxnas syn. En studie visar att yngre barn kopplade psykisk hälsa till relationer till nära vuxna, kamrater och andra personer i omgivningen. Att ha bra relationer och kontakt med föräldrar och syskon, att ha nära vänner och vara någorlunda framgångsrik i skolan ansågs som positivt för psykisk hälsa (8). Negativa bestämningsfaktorer ansågs vara familjeproblem, brist på kamrater och mobbning samt dåliga skolprestationer (1, 8). Ungdomar relaterade känslor av nedstämdhet, stress och självförtroende till begreppet. Smärtsymtom som symtom på psykiska besvär förekom inte alls (8). Då en studie likställde psykisk hälsa med att det är härligt att leva så uppgav cirka 70 procent, av alla elever i årskurs 2 i gymnasiet, att det ofta är det (4).

En annan studie (9) undersökte unga vuxnas (18–28 år) uppfattningar om orsaker till dagens psykiska ohälsa. I svaren framkom fyra kategorier av orsaker:

- **Ideal**, att passa in i rådande normsystem rörande hur man ska vara liksom vad man ska göra och ha. Till exempel ”rätt utseende”, vara duktig, socialt lyckad och självständig.

- **Verklighet**, visade på en diskrepans mellan idealen och verkligheten, där man känner sig misslyckad om man inte når idealen.
- **Yttre och inre stabiliteten**, innefattade dels den osäkerhet många unga lever med idag, gällande till exempel bostad, ekonomi, framtid och relationer, dels den inre osäkerheten såsom dålig självkänsla och existentiell oro.
- **Brist på inre reflektion och stöd utifrån** gav en bild av att unga skulle vilja ha mer tid för reflektion och samtal om det inre livet och psykisk ohälsa.

### Att mäta barns och ungas psykiska hälsa

När vi uttalar oss om utveckling av barns psykiska hälsa i ett folkhälsoperspektiv baserar vi ofta det på dels olika registerdata, dels olika enkäter med fokus på psykisk ohälsa. Registerdata kan innehålla alltifrån tillväxtkurvor för små barn till antal besökande inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt självmordsförsök. Enkäterna som besvaras av barn och unga, främst från årskurs 6–9 och årskurs 2 i gymnasiet, har vanligen konstruerats för att svara på andra frågor än psykisk hälsa till exempel mobbning, alkohol och drogvvanor, men de har oftast olika bakgrundsfaktorer som påverkar beteende och hälsa. Enkäter genomförs både nationellt, regionalt och lokalt. Statistik kring bestämningsfaktorer som visat sig kunna påverka den psykiska hälsan som till exempel godkända betyg och ungdomsarbetslöshet används också.

I enkätundersökningar där man vill mäta barns och ungas psykiska **hälsa** ställs ofta frågor som ger information om olika symptom som tolkas som psykisk **ohälsa**. Exempel på frågor som ger svar på den psykiska ohälsan gäller: psykosomatiska besvär (huvudvärk, magont), nedstämdhet, nervositet, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, bristande välbefinnande och problemens påverkan på vardagslivet. Frågor om psykosomatiska besvär kan vara missvisande. Ett exempel är frågor om huvudvärk och magont, vilket ger svar på om barnet har haft ont i huvudet eller magen och inte orsaken till detta. Det finns å andra sidan studier som visar att unga söker vård för fysiska problem, men att psykiska besvär ofta kan ligga bakom. Fysiska symptom kan vara en viktig indikator för psykisk ohälsa.

Indikatorer som används på individnivå för att beskriva välbefinnande och positiv psykisk hälsa omfattar begrepp som känsla av delaktighet, engagemang, självbestämmande, autonomi och livskvalitet. Andra frågor kan gälla självbild, självuppfattning, självvärdering och självkänsla (10), samt även kontakt med föräldrar och kamrater och tillgång till andra vuxna att tala med vid behov.

Det finns faktorer som kan bidra till att enkätsvaren inte riktigt motsvarar det man egentligen vill mäta (validitet). Till exempel ger barn och unga inte lika beständiga svar som om frågorna hade ställts till vuxna, för vilka känslolivet ofta är mer stabilt över tid. Barns tidsuppfattning, beroende på ålder och mognad, kan också påverka svaren beroende på både hur frågan formuleras och när på året frågan ställs.

Ur ett barnrättsperspektiv är det angeläget att ställa frågor direkt till barn och unga. För att öka möjligheten för att barn ska förstå de frågor som ställs bör det i linje med Barnkonventionen bli vanligare att enkäter utformas tillsammans med barn. Ett exempel på detta är enkäten KidScreen, vilken ingår i den mätning av barns psykiska hälsa som gjordes av SCB och Statens folkhälsoinstitut år 2009 på samtliga barn i årskurs 6 och 9, även kallad "Grodan". "Grodan" mäter olika dimensioner av psykisk hälsa enligt följande (11) (frågorna är inte konstruerade för att tolkas enskilt, utan sammanvägt):

### Psykosomatiska besvär

Dimensionen grundar sig på PSP-skalan, som består av frågor kring olika psykosomatiska symtom. I dimensionen ingår åtta frågor, vilka handlar om koncentrationssvårigheter, sömnproblem, huvudvärk, magont samt om eleverna känner sig spända, har dålig aptit, är ledsna eller känner sig yra. Frågorna utgår från hur eleven har upplevt sin situation eller sina problem de senaste sex månaderna.

### Nedstämdhet

Dimensionen grundar sig på mätinstrumentet Kidscreen. I dimensionen ingår sex frågor som utgår från hur eleven upplevde sin situation i förra veckan. Frågorna handlar om huruvida de har känt sig pressade, ensamma, trötta på allt, känt sig nere, ledsna eller att allt de gör blir dåligt.

### Koncentrationssvårigheter

Dimensionen grundar sig på mätinstrumentet SDQ. I dimensionen ingår fem frågor, vilka handlar om huruvida eleverna är rastlösa och inte kan vara stilla länge, om de har svårt att sitta stilla eller jämt vill vrida och röra på sig, om de är lättstörda, om de har svårt att tänka sig för innan de gör olika saker samt om de kan göra klart det de arbetar med. Frågorna utgår från hur eleven har upplevt sin situation under de senaste sex månaderna.

### Bristande välbefinnande

Dimensionen kommer från mätinstrumentet Kidscreen. I dimensionen ingår fem frågor: (A) Var ditt liv bra? (B) Kände du dig nöjd med ditt liv? (C) Var du på gott humör? (D) Kände du dig glad? (E) Hade du kul? Frågorna utgår från hur eleven upplevde sin situation förra veckan.

### Problemens påverkan i vardagslivet

Dimensionen grundar sig på mätinstrumentet SDQ. Frågorna mäter i vilken utsträckning besvaren är störande i det vardagliga livet. I dimensionen ingår fem frågor. Den första frågan är: "Besväras eller oroas du av svårigheterna?". Sedan ställs frågor om svårigheterna stör vardagslivet inom följande områden: (A) hemma/i familjen, (B) med kamrater, (C) i skolarbetet, och (D) vid fritidsaktiviteter.

Här visas några exempel på mätningar (12):

**Tabell 2.** Fyra exempel på enkäter där frågor om barn och ungas psykiska hälsa ingår.

Namn	Nivå	Utförare
Mätning av barns psykiska hälsa "Grodan"	Nationell enkät. Totalundersökning av elever i årskurs sex och nio. Besvarar hur elever upplever sin hälsa. Frågor om bl a psykosomatiska besvär.	SCB och Statens Folkhälsoinstitut (FHI). Har genomförts vid ett tillfälle år 2009. (Se bilaga 1 för mer detaljerad information)
Skolbarns hälsovanor	(Inter-) nationell enkät. Frågor om bl a psykosocial hälsa, självförtroende, mobbing och relationer till föräldrar och kamrater.	FHI. Genomförs vart fjärde år, senast 2009/2010.
Stockholmsenkäten (motsvarande finns i även i andra län)	Regional enkät. Besvaras av elever i årskurs nio och andra gymnasieåret. Mäter symptom och indikatorer på barns psykiska hälsa, drogvänor, normbrytande beteende, risk- och skyddsfaktorer mm.	Stockholms Stad och Precens. Genomförs vartannat år i flera kommuner i Stockholms län.
Lokal uppföljning av ungdomspolitik (LUPP)	Kommunal enkät. Frågor om bl a inflytande, demokrati, arbete, hälsa, fritidsutbud, situationen i skolan, framtidsplaner.	Ungdomsstyrelsen utvecklare. Kommunalt genomförande.

Kungliga vetenskapsakademien (1) har gjort en stor genomgång av utvecklingen av den psykiska hälsan hos barn och unga i Sverige, där man också granskar tillförlitligheten i de mätningar som hade gjorts tills dess.

Måttmarknaden om barn [www.folkhalsoguiden.se/mattmarknad](http://www.folkhalsoguiden.se/mattmarknad) är en portal där man hittar ytterligare information kring barn och ungas hälsa och hur den kan mätas i form av:

- länkar till databaser med uppgifter om barn och unga
- indikatorer för barnhälsorapportering
- en sammanställning av enkätundersökningar samt frågeformulär i dess originalutformning
- länkar till rapporter med statistikuppgifter om barns och ungas hälsa
- en kartfunktion som visar resultat från "Grodan" på kommun/stadsdelsnivå i Stockholms län  
<http://folkhalsapakarta.se/barnounga.html>
- en Lathund för att tolka data utifrån "Stockholmsenkäten"  
<http://folkhalsapakarta.se/dokument.html>

### Hälsans bestämningsfaktorer

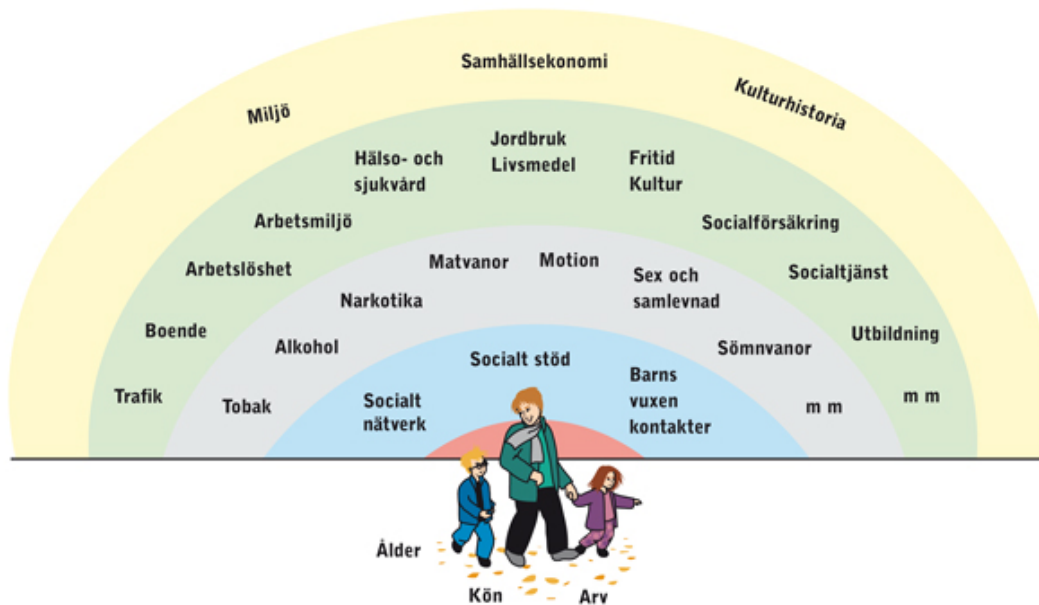
När vi mäter och försöker förstå barns psykiska hälsa är det viktigt att ställa det i relation till det som är normalt för utveckling i olika åldrar och vad som indikerar någon form av problem/ohälsa. Vissa indikatorer på självrapporterade psykiska besvär som till exempel att känna sig ledsen och nere eller att vara nervös, kan vara besvär som ingår i ett normalt liv, inte minst under tonåren. Sådana känslor kan ha en reell grund i oro inför framtiden, såsom föräldrars skilsmässa eller arbetslöshet.

Det finns ett samband mellan barnets nära omgivning, samhällsutvecklingen, hur barnet mår och hur dess självkänsla kan utvecklas. Inom folkhälsoarbete används ofta begreppet hälsans bestämningsfaktorer för att ge en bild av dessa samband. Bestämningsfaktorerna kan påverka hälsan negativt och positivt, vilket benämns som risk- och skyddsfaktorer. Om insatserna syftar till att reducera en riskfaktor kallas den ofta förebyggande. Om den istället bidrar till att stärka skyddsfaktor kallas den hälsofrämjande (se fördjupning nedan). Att ha kunskap om dessa olika synsätt är en viktig komponent för ett effektivt arbete.

Nedan visas en modell över hälsans bestämningsfaktorer utifrån ett barnperspektiv. Den yttersta halvcirkeln står för faktorer i omgivningen, nästkommande halvcirkel utgör barnets livsvillkor, därefter levnadsvanor/livsstil och innersta halvcirkeln utgör barnets sociala nätverk. Individens själv bär de opåverkbara faktorerna ålder, kön och arv. För att ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ska få effekt behövs en långsiktig och systematisk samverkan mellan aktörer på dessa olika nivåer.

De bestämningsfaktorer som under barnets uppväxt har särskild betydelse för den psykiska hälsan på olika nivåer är föräldrar, kamrater och sociala nätverk samt strukturella insatser som mödra- och barnhälsovård, förskola, skola och fritidsverksamhet (13). Se även nedan under Fördjupning kring några bestämningsfaktorer samt bilaga 2 om arenor.





**Figur 1.** Hälsans bestämningsfaktorer

Källa: Region Gotland. Bearbetad illustration efter Göran Dahlgrens och Margret Whiteheads original.

### Risikfaktorer och skyddsfaktorer

Risikfaktorer är de bestämningsfaktorer som ökar risken för psykisk ohälsa, problem eller riskbeteenden. Skyddsfaktorer är de faktorer som ökar individens möjligheter att bibehålla en positiv hälsa och är en motvikt till risikofaktorer. Det går sällan att identifiera en enskild risikofaktor som orsak till riskbeteenden eller psykisk ohälsa. Det är nästan alltid flera faktorer som samspelar med varandra. Ju större ansamling risikofaktorer, desto större risk för ohälsa. Ett sätt att påverka hälsan är att arbeta med risikofaktorerna. Genom att stärka skyddsfaktorerna runt individer kan risikofaktorernas betydelse också minskas.

Vissa faktorer är viktiga för alla barn, till exempel goda föräldrarelationer. Andra faktorer är särskilt betydelsefulla för barn i utsatta situationer med fler risikofaktorer i sin omgivning, till exempel en väl fungerande förskola eller att ha en förtrolig relation till någon utanför familjen.

### Mer om några bestämningsfaktorer

Det finns olika faktorer på **samhällsnivå** som kan påverka barn och ungas psykiska hälsa. Ofta nämns föräldrars socioekonomiska situation, hälsovård, utbildning, arbete, boende och fritidsaktiviteter. På samhällsnivå kan man arbeta för socialt kapital, trygghet och tillit, delaktighet och inflytande samt jämställdhet kopplat till mänskliga rättigheter. På samhällsnivå återfinns också fysisk planering och miljöfrågor och särskilda insatser för ett brotts-, alkohol- och drogforebyggande arbete.

**Levnadsvanor** är en annan bestämningsfaktor som kan påverka ungas psykiska hälsa och identitetsutveckling. Detta gäller till exempel kost och fysisk aktivitet kopplat till vikt samt alkohol, tobak och sex och samlevnad.

**En trygg anknytning** under spädbarnsperioden tillhör en av de viktigaste skyddsfaktorerna. Denna kan skapas i ett samspel mellan barn och föräldrar/annan omsorgstagare om dessa är lyhörda för

barnets behov och signaler samt har förmåga att bemöta dessa. Forskning visar att för barn där anknytningen under tidiga år har varit problematisk kan detta kompenseras senare i livet, både genom föräldrar, andra viktiga vuxna eller kamrater. En annan viktig faktor för psykisk hälsa är båda föräldrarnas samarbete kring uppfostran (14). Föräldrarnas **socioekonomiska situation** har ofta stor betydelse för barns liv och utveckling. Detta gäller framförallt föräldrarnas utbildningsnivå, ekonomi och bostadsområde. Barnhälsovård, föräldrastöd, hög kvalitet i förskola och skola samt ekonomiska transfereringar kan utjämna skillnader som olika hemmiljöer ger (15).

**Kamratrelationers betydelse** ökar med stigande ålder. Barn och ungas inflytande och sociala kompetens är viktiga. Men metoder där barn eller unga stödjer varandra utan vuxnas ledning är omdiskuterade. Studier har till exempel visat att riktade insatser där barn med höga nivåer av utagerande problem deltar i gemensamma gruppinterventioner kan ha negativ inverkan (16).

**Barns upplevelse av sitt sammanhang** har betydelse för hälsan och till exempel skolprestationer. En teori (17) använder begreppen ”känsla av sammanhang” (KASAM) vilket är ett salutogent perspektiv på hälsa och bygger på:

- Begriplighet, där det mesta som händer i livet går att förklara och förstå (förutsägbarhet, information, struktur och regelbundenhet)
- Hanterbarhet, där man har redskap att påverka omständigheter (resurser, tillgångar, rimlig belastning och påverkansmöjlighet)
- Meningsfullhet, där man är delaktig i de processer som skapar vardagen och livet (delaktighet, motivation, engagemang, mening, hopp, gemenskap och tillhörighet).

Teorin menar att dessa tre komponenter går att mäta och ju högre KASAM desto större chans till hälsa. Begreppets tillämpning är beroende av barnets ålder och mognad. Utvecklingen av KASAM är huvudsakligen baserad på en vuxen befolkning (17). För barn är begreppen begriplighet och hanterbarhet en grund för meningsfullhet (18).

Inom alla nivåer i modellen för hälsans bestämningsfaktorer (se sidan 15) används idag förhållandevis nya kommunikationskanaler såsom **Internet, sociala forum, mobiltelefoner och sms**. Framförallt används dessa mer och mer i sociala relationer och 92 procent av unga i åldern 16–24 år använder Internet dagligen (19). För en del unga kan internet vara ett socialt forum som föräldrarna inte ser eller deltar i. Ofta kan barnens kunskap om sidor eller forum som är populära att använda, överstiga de vuxnas. Det är dock viktigt att föräldrar är medvetna om och delaktiga i dessa kommunikationskanaler för att upptäcka eventuella negativa effekter (4). Internet innehåller självklart också positiva möjligheter, till exempel hemsidor som ger kunskap eller presenterar olika kognitiva övningar. Sociala medier kan också öka den sociala samvaron, vilket i sig är en hälsofrämjande faktor (15).

### **Exempel på skyddsfaktorer på individnivå (20)**

- Stödjande och samarbetande föräldrar och andra vuxna
- Ett stabilt humör.
- Begåvning utan några kognitiva svårigheter.
- Förmågan att fungera socialt med jämnåriga och vuxna.
- Öppenhet med att söka hjälp, be om råd och våga pröva andras lösningar om det behövs.

### **Exempel på riskfaktorer på individnivå (20)**

- Bristande språklig förmåga med svårigheter att sätta ord på tankar och känslor.
- Inlärningssvårigheter, framför allt läs- och skrivsvårigheter.
- Bristande självkontroll med en låg tolerans för frustrationer.
- Bristande social kompetens, svårt att få och behålla vänner.
- Bristande självförtroende och en negativ självuppfattning. (Hänger ofta ihop med depressiva känslor som en följd av tidigare misslyckanden.)

## **Värdegrund, etik och förhållningssätt**

Alla organisationer som arbetar med barn och unga bör ha utarbetat en gemensam värdegrund med utgångspunkt från ett hälsofrämjande perspektiv. Metoder som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga utgår ofta från att orsaken till en möjlig ohälsa finns hos individen och inte i samhället. Men när man överväger att introducera nya metoder ska man även fundera på möjliga strukturella förändringar för att främja hälsa.

Att överföra internationella metoder till Sverige medför inte nödvändigtvis att programmen får samma effekter. Detta kan bero på kulturella skillnader i värderingar och syn på barns rättigheter och uppfostran. Vissa metoder kan ibland innebära att barnet och dess behov inte respekteras. Strukturella åtgärder och generella metoder bidrar till att alla barn kan inkluderas. Genom generella metoder kan också skillnaderna minska mellan dem som har det bäst och sämst avseende psykisk hälsa (16). Att minska denna skillnad ger bästa hälsovinster i befolkningen på lång sikt (21). Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, är det folkhälsopolitiska målet i Sverige (3).

En fråga som diskuteras och bör diskuteras är avsikten med en metod. Är syftet att förbättra skolans arbetsmiljö, motverka mobbing eller att förebygga psykisk ohälsa? Vissa metoder riskerar att forma osjälvständiga individer genom att syfta till social anpassning. Föräldrarnas delaktighet i val av metod och föräldrars samtycke till deltagande kan stå i kontrast till barns rätt att ge synpunkter i frågor som berör dem. Då föräldrarna går in som ställföreträdare för barnet, kan en intressekonflikt mellan föräldrar, barn och skolan uppstå (16).

### **Etik, barnets rättigheter och barnets perspektiv**

Vid val och prioriteringar av insatser för att främja hälsa finns fem etiska principer att utgå från (22):

- Insatserna ska göra gott (godhetsprincipen)
- Insatserna ska inte skada (icke skada-principen)
- Insatserna ska utgå från att alla människor har lika värde (likavärdesprincipen)
- Insatserna ska respektera människors självbestämmande (autonomiprincipen)
- Insatserna ska främja rättvisa och göra största möjliga nytta med givna resurser (rättvisepprincipen eller behovs-/solidaritetsprincipen)

FN:s konvention om barnets rättigheter (23), gäller 0–18 år och är i linje med de etiska principerna. I Barnkonventionen lyfts barnets bästa och att detta särskilt ska beaktas. Fem artiklar i barnkonventionen är av särskild vikt i detta sammanhang:

- Barns rätt till likvärdiga villkor. Alla barn, utan åtskillnad, omfattas av barnkonventionens rättigheter. Alla barn är jämlika. Alla barn, har rätt att skyddas mot diskriminering på grund av sina föräldrars eller familjemedlemmars uttryckta åsikter eller tro (Artikel 2).
- Barns bästa ska alltid komma i främsta rummet. Detta gäller vid alla åtgärder som berör barn. Alla institutioner som har ett ansvar för vård eller skydd av barn ska uppfylla rådande normer gällande säkerhet, hälsa, personalantal, lämplighet och behörig tillsyn. Alla barn har rätt till omvårdnad och skydd som behövs för barnets bästa. För att uppnå denna artikel ska konventionsländerna vidta alla lämpliga lagstiftnings- och administrativa åtgärder som stödjer detta ändamål (Artikel 3).
- Alla barn har rätt till liv och hälsa och konventionsländerna ska till sin yttersta förmåga säkerställa barnets utveckling och överlevnad (Artikel 6).
- Barn har rätt att uttrycka sin åsikt i de frågor som berör dem. Barnets åsikt ska efterfrågas och barnet ska ha möjlighet att ta del av information på barnets nivå för att kunna uttrycka sin åsikt (Artikel 12).
- Alla barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa, sjukvård och rehabilitering. Ett förebyggande arbete ska bedrivas och utvecklas (Artikel 24).

Att utgå från ett barnperspektiv kan ha olika innebörder (24):

- Rättighetsperspektivet: barnkonventionens barnperspektiv och att barns bästa ska ges högsta prioritet
- Samhällets barnperspektiv: det generella barnperspektivet i ett samhälle som avspeglas i till exempel lagstiftning
- Vuxnas barnperspektiv: kan vara dels den professionellas kunskap ”barnkompetens”, dels den vuxnes syn på barndom, barndomens villkor och barnet
- Barnets perspektiv: varje barns syn på sitt eget liv och sin omvärld.

Den vuxnas barnperspektiv innebär inte samma sak som barnets eget perspektiv. Det är därför viktigt att också ta reda på vad barnet själv tycker för att anpassa både enkäter, beslut om insatser, utvärderingar och rapporteringar.

### **Evidens och Best Practice – definitioner och utgångspunkter**

De metoder som används för att främja hälsa kan ha olika stark evidens delvis på grund av de olika sätt som finns att göra bevisprövningen (olika forskningsdesigner). Det finns dock inte några forskningsresultat inom det samhällsvetenskapliga området som är helt invändningsfria eller definitiva. Evidens handlar om den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap vi har idag (25). Evidensbegreppet är ett begrepp som diskuteras inom olika myndigheter och används på olika sätt av olika avsändare. Om en metod sägs vara evidensbaserad måste vi fråga oss vad detta baseras på? För vad? I vilken kontext?

Kraven på tillförlitlighet som ställs kan innebära att vissa vetenskaper, däribland folkhälsovetenskapen, inte alltid kan studeras med den utvärderings-/forskningsdesign som anses ha bästa vetenskapliga värde. Högst värde har randomiserade kontrollerade studier (RCT) som är hämtad från det naturvetenskapliga synsättet. I en RCT tar en slumpmässigt utvald målgrupp del av en metod och

jämförs med en slumpmässigt utvald kontrollgrupp. Vanligen görs en förmätning, en eftermätning och en långtidsuppföljning (26). En risk med det naturvetenskapliga perspektivet är att effekten av till exempel olika kommunala insatser underskattas, då de inte är lika avgränsade som till exempel ett läkemedel (27).

Randomiserade kontrollerade studier inom bland annat folkhälsovetenskapen försvåras av de faktorer som, förutom insatsen, kan påverka resultatet. Vi kan till exempel aldrig garantera att en metod som implementeras på en BVC-mottagning ger samma effekt som det gjorde på en annan mottagning då det till exempel är andra föräldrar och barnmorskor som tillsammans, även de, bidrar till effekten. Det är svårt att konstanthålla andra påverkande faktorer (26). Detta gör att det krävs fler och väl genomförda vetenskapliga utvärderingar.

Det finns andra forskningsdesigner som kan mäta effekter av metoder, som dessutom kan vara mer lämpade vid hälsofrämjande insatser. För att dra slutsatser om att ett samband finns kan vi använda kvantitativ data. För att förstå varför sambandet finns krävs kvalitativa studier. Folkhälsovetenskapliga studier använder ofta tvärsnittsstudier, kvasi-experimentella studier och tidsserieanalyser (25).

Evidensbaserad folkhälsovetenskap bygger på att effektiva metoder ska kunna överföras till nya kontexter/sammanhang. Därav finns ett intresse av att ta reda på de viktigaste aktiva komponenterna i en metod. Detta kan göras genom metaanalyser eller systematiska litteraturöversikter. Översikter från olika genomförare kan visa olika resultat. Det kan bero på de inkluderingskriterier för studiedesign som genomföraren har. Två exempel är skillnaden i Statens folkhälsoinstituts (FHI) och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomgångar av föräldrastödsprogram och jämförelse av anti-mobbningprogram gjorda av Brottsförebyggande rådet (BRÅ) respektive Skolverket. I ett sådant läge kan pågående insatser fortsätta, i avvaktan på mer kunskap, men det är då viktigt att uppföljning sker för att få kunskap om metodernas genomförande, mottagande och effekt på den lokala arenan (28). FHI har ett regeringsuppdrag att utreda gradering av vetenskapliga underlag för att det ska bli enklare att identifiera och tolka vilka underlag som finns. Utredningen redovisas i december 2011.

När en metod ska överföras till ett nytt sammanhang kommer alltid frågan om den ursprungliga programdesignen ska behållas eller anpassas till det nya (25). Att en metod inte visar lika stark effekt i Sverige som den har gjort i andra länder kan bero på flera saker, däribland att utförarna kan ha olika bakgrund (ex. utbildningsnivå) och arbetssätt eller att det är olika kontext för barn i olika länder. Metoderna bör därför kulturanpassas, vilket kräver stora resurser och tid. Oavsett vilken studiedesign som använts för att undersöka effekter är det viktigt att vara medveten om att en evidensbaserad metod inte garanterar samma effekt i ett annat sammanhang. Att genomföra insatser som inte ger effekt eller möjligen ökar risk för stigmatisering eller är kontraproduktiva är både etiskt och ekonomiskt oförsvarbart.

Best practice är ett annat begrepp som används för att beskriva insatsers påverkan. Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete vid Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) ger följande definition ”Best practice i folkhälsoarbete är de processer och aktiviteter som i en given situation förväntas ge positiva effekter på hälsan.” Detta gäller utifrån bästa tillgängliga kunskap och beprövade erfarenheter där man väger ihop målgruppens och utförarens synpunkter med resultatet.

Ett par länder har skapat nationella riktlinjer för olika nivåer av Best practice. Här visas ett exempel från Nederländerna (29) som har upprättat fyra nivåer. För varje nivå ska kriterierna för nivån innan

vara uppnådda. Observera att det inte finns några liknande riktlinjer i Sverige idag. Motivet med att visa dessa riktlinjer är att visa på värdet av olika typer av studier och skapa möjlighet för val av metoder.

### **Nivåer i Best practice enligt Towards evidens-based, quality-controlled health promotion: the Dutch recognition system for health promotion interventions.**

#### **I Teoretisk ansats**

##### 1) Beskrivning av interventionen

- a. Tydliga slut- och delmål, helst i SMART format (Specifikt, Mätbart, Accepterat, Realistiskt, Tidsbestämt).
- b. Tydlig målgrupp och relevanta delmålgrupper.
- c. Interventionens metoder, strategier, aktiviteter och material finns beskrivna i detalj.
- d. Interventionens förfarande och tidsplan finns beskrivna.
- e. Interventionens ägande och stödsystem finns beskrivna.

##### 2) Teoretisk grund

- a. Vetenskapliga epidemiologiska analyser beskriver hälsofrågans relevans samt de bestämningsfaktorer och riskfaktorer, som definierar mål och målgrupper.
- b. Interventionens metoder, strategier och aktiviteter är lämpliga för och skräddarsydda utifrån mål och målgrupp, helst indikerade av publicerade vetenskapliga bevis.

##### 3) Extern giltighet och kvalitetssäkring

- a. Interventionen är möjlig att sprida, vilket indikeras av att det finns ett system för detta, som till exempel består av en handbok, protokoll, personalutbildning, etc.
- b. Det finns ett övervakningssystem för interventionens spridning och integritet.
- c. Interventionens och implementeringens kostnader beskrivs.

#### **II Trolig effektivitet**

##### 1) Bevis för effektivitet

- a. Minst
  - i. en studie som har genomförts i Nederländerna och har stark intern och extern validitet som indikerar interventionens effektivitet.
  - ii. eller, tre studier med lägre intern eller extern validitet, varav minst två studier har utförts i Nederländerna.
- b. Effektstorleken är rapporterad; effektstorleken är relevant och stämmer överens med interventionens mål.

#### **III Upprättad effektivitet**

##### 1) Bevis för effektivitet

- a. Minst.
  - i. två undersökningar utförda i Nederländerna som har stark forskningsdesign med hög intern och extern validitet.
  - ii. eller, en sådan studie som utförts i Nederländerna och två studier med stark forskningsdesign som utförts i andra länder.
- b. Effekter och effektstorlekar är relevanta och i överensstämmer med interventionens mål.

#### **IV Upprättad kostnadseffektivitet**

Villkor för denna nivå inte har fastställts ännu.

(Fritt översatt)

## Systematiska insatser och metoder

Olika metoder eller program får aldrig ersätta eller kompensera satsningar på ett strukturerat och långsiktigt arbete. Metoderna kan ses som ett hjälpmedel i det vardagliga arbetet. Även den bästa metod kan användas fel eller bli utan framgång om man inte har byggt upp ett systematiskt arbete som ger goda förutsättningar. Det gäller både ledarskap, värdegrundsarbete, systematiskt arbetsmiljöarbete och att inom skolan ha en helhetssyn på lärandemiljö och en hälsofrämjande skolutveckling. Sådant arbete måste vara ständigt pågående. I en god struktur kan metoder göra större nytta. Elevhälsan är ett exempel på strukturell insats som ska bidra till att skapa miljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa. I den aktuella skollagen anges att elevhälsan ska stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål (30).

### Generella och riktade metoder

Generella och riktade metoder är verktyg som understödjer det ordinarie och strukturerade hälsofrämjande arbetet. Detta kan genomföras på flera nivåer:

- Generella/ universella metoder som vänder sig till alla barn. Kallas hälsofrämjande arbete inom folkhälsoarbetet.
- Riktade/ selektiva metoder som vänder sig till vissa barn, en riskgrupp eller ett visst problem. Kallas förebyggande arbete inom folkhälsoarbetet.
- Riktade/ indikerade metoder utgör behandling eller andra stödjande åtgärder för barn med tydliga problem. Se tabell 5 i Bilaga 1, Definitioner.

En fördel med generella metoder är att de ger möjlighet för alla att delta. Genom generella metoder kan man därigenom få större effekt på befolkningsnivå. Detta kallas för preventionsparadoxen och kan även uttryckas: En mindre insats till många ger större effekt på folkhälsan än stora insatser till få (31). Ett problem med generella metoder är om den inte når eller passar alla individer, vilket då kan bidra till ökade skillnader mellan grupper.

För riktade metoder är det oklart om de kan vara stigmatiserande genom att peka ut vissa individer/grupper. På vilket sätt metoden erbjuds har rimligen betydelse för detta (16). Det rekommenderas inte att använda till exempel en riktad metod som generell, då den inte är avsedd eller utvärderad för detta.

Många verksamheter arbetar förebyggande för att främja barns psykiska hälsa. Socialstyrelsen har gjort en undersökning av hur många och vilka metoder som används inom olika verksamheter, se tabell 2.

**Tabell 3.** Antal metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Socialstyrelsen (2)

Verksamhet	Metod för tidig upptäckt	Metod för förebyggande arbete och tidig insats
Mödrahälsovård, barnhälsovård, skolhälsovård (universell och selektiv prevention)	11	23
Förskola och skola (universell och selektiv prevention)	0	31
Ungdomsmottagning (universell och selektiv prevention)	13	35
Socialtjänst (universell, selektiv och indikerad prevention)	6 *	57
Barn och ungdomsmedicinska mottagningar, barn och ungdoms-habilitering, barn och ungdomspsykiatriska verksamheter (indikerad prevention)	87	51

\* fick inte frågan om tidig upptäckt men ändå angett sådana metoder

## Manual- eller temabaserade metoder

Olika metoder kan ha olika karaktär och benämnas på olika sätt. Mest strikta och lättast att utvärdera är de så kallad manualbaserade metoderna där man följer olika tydliga steg/insatser. Mer öppna metoder kallas ibland temabaserade, vilka beskriver vissa moment/teman som ska gås igenom. Inom dessa finns möjlighet för tolkning och anpassning. Ännu rymligare för arenans/utövarens val av innehåll är till exempel värdegrundsarbete eller utformning av hälsoarbetet i skolan, som ibland kan vara inrymt i begreppet livskunskap (4). En kartläggning från 2007 visar att 21 procent av de tillfrågade gymnasieskolorna i Stockholms län använder sig av livskunskap som enskilt ämne. Olikheter finns även mellan skolor i vilka ämnesområden som tas upp, det kan variera allt från psykisk hälsa, sex och samlevnad till alkohol och andra droger. 42 procent uppgav att ämnet livskunskap fanns inbakat i andra ämnen (32).

## Metodtrohet

Många uppföljningar visar att användaren av metoder ofta inte följer den strikt, vilket innebär bristande metodtrohet. Ofta vill utövare göra den till "sin egen". Om metoden är utvärderad och det finns evidens för den så gäller inte evidensen om metoden görs om. Manualbaserade program som görs om till en egen variant har ibland visat sig ge mindre effekt. I Skolverkets granskning av metoder mot mobbning ifrågasätts manualbaserade program som kan uppfattas som att lärarens professionalitet och kunskap om "sina" elever inte har betydelse (33). Interventioner genomförs nästan aldrig perfekt och flera forskare argumenterar för att hitta den rätta balansen mellan metodtrogenhet och anpassning, en kompromiss kan vara att identifiera vilka inslag/ komponenter i interventionen som måste genomföras.

Faktorer som kan påverka metodens effekt, är relationer mellan användaren och målgruppen, till exempel relationer inom målgruppen liksom utövarens förmåga och sätt att hantera metoden. För att undvika stigmatisering krävs det att utövaren känner barnen och vet vilka som eventuellt känner sig utanför eller har det besvärligt (33).

Val och användning av en metod som involverar såväl elever som lärare, skolledning och övrig skolpersonal har vanligen större möjlighet att lyckas och bli integrerat i verksamheten (33).

## Hälsoekonomi

Barns och ungas hälsa kan främjas av många olika typer av insatser. Alla insatser har en kostnad och samhället har begränsade resurser. Med dessa utgångspunkter har det betydelse hur resurserna bäst kan satsas. Hälsoekonomiska beräkningar i form av till exempel hälsoekonomiska analyser kan synliggöra vilka insatser som har störst effekt i förhållande till sin kostnad. I Sverige har en studie (34), baserad på både internationella och svenska vetenskapliga studier, genomfört en hälsoekonomisk analys av generella kommunala insatser för barn och unga. Hälsoeffekterna av insatserna har beräknats utifrån förväntad reduktion av psykiska problem uttryckt i DALY<sup>a</sup>, funktionsnedsatta förlorade levnadsår. I Sverige finns en praxis att en rimlig kostnad för att vinna en DALY maximalt är 0,5 miljoner kronor. I studien ställdes de kommunala insatserna sedan i relation till insatser inom andra samhällsområden för att avgöra om de var kostnadseffektiva ur ett kommunalt perspektiv. I studien gjordes ett urval bland många möjliga insatser. De nio kommunala insatser som slutligen analyserades var:

---

<sup>a</sup> DALY: Disability Adjusted Life Years



1. Att erbjuda föräldrar regelbunden rådgivning under förskoleåren
2. Att erbjuda föräldrar strukturerade föräldragrupper under barnens förskoletid
- 3– 4. Att främja barnens känslomässiga utveckling med hjälp av pedagogiska metoder inom förskola och skola
5. Att öka den kommunala styrningen av skolan
6. Att ge eleverna ett ökat inflytande i skolan
7. Att öka personaltätheten inom förskolan
8. Att minska klassernas storlek i skolan till 15 elever per klass
9. Att utöka skolbarnomsorgen för barn i åldern 10–12 år.

De sex första insatserna visade sig i studien leda till hälsovinster utan kommunala nettokostnader. De tre sista insatserna hade påtagligt högre kostnader per vunnet DALY. Begränsningar i denna typ av beräkningar finns dels i insatsens utformning, dels i att tillgången på studier är begränsad.

Generellt sätt kan man säga att universella metoder hör till de med lägst kostnad per individ och de indikerade metoderna till de med högst kostnad per individ. Detta illustreras i Figur 2 nedan.



**Figur 2.** Den uppochnervända triangeln representerar kostnad per individ. I den rättvända triangeln anges ungefärliga andelar av befolkningen som nås av insatsen (35).

Både ur ett samhällsekonomiskt och etiskt perspektiv är effektiva hälsofrämjande insatser och insatser på alla preventionsnivåer av intresse. I Sverige finns i dagsläget inte några beräkningar av hur kostnadseffektiva metoder för att främja barns psykiska hälsa är (16).

Förutom studien ovan som gjort kostnadsberäkningar av kommunala insatser i Sverige finns beräkningar som jämför kostnaderna av universella och indikerade insatser. Eller med andra ord beräkningar som jämför kostnader för förebyggande arbete med behandlande insatser och de samhällsekonomiska konsekvenserna av ohälsa. En beräkning visar att kostnaden för en missbrukare under en trettioårsperiod kan uppgå till omkring 12–15 miljoner kronor (differensen beror till stor del på hur kostnaderna diskonteras). För samma kostnad kan stödjande utbildning ges till mellan cirka 3400–6900 barns föräldrar med syfte att utveckla deras kompetens och sätt att bemöta sina barn (36).

## Vid val av metod, tänk på...

Behov av strukturella och generella satsningar bör övervägas så att ett metodval inte blir ett tillfälligt alibi. Det är lätt att tro att en metod ska lösa alla problem eller i alla fall de mest synliga. När ett behov på arenan eller hos målgruppen finns, är ett första steg att göra en behovsanalys och specificera målen för metoden. Vilket problem är det man vill komma åt? Utifrån detta kan man sedan söka kunskap för valet av metod. Viktigt är sedan att specificera målgrupp och genom vilka arenor man kan nå den. Sedan bör man ta reda på information om de metoder som finns, om de har blivit utvärderade, vad utvärderingarna säger och i första hand använda de som visat effekt för det man vill åtgärda och på rätt nivå. Såväl etiska och praktiska avvägningar bör göras. Det kan gälla resurser, organisationens mottaglighet och möjlighet till implementering.

## Implementering av metoder

För att en implementering ska lyckas finns ett par grundläggande utgångspunkter. För det första måste det behov som insatsen syftar till att uppfylla också uppfattas som ett behov av de aktörer som kommer att involveras i arbetet. Om det gör det, finns möjlighet till förändring. Därefter ska beslut fattas om vilken metod som är mest lämpad för att uppfylla målet för den önskade förändringen. För att undvika problem vid metodvalet är det en fördel att involvera utförarna och målgrupp redan på planeringsstadiet, till exempel skolpersonal och elever (37). Det är även viktigt att ledning och organisation är redo att ta sig an en ny metod (läs mer om community readiness nedan). Forskning (37) visar också att metoden är lättare att implementera om den:

- Har relativa fördelar i relation till andra insatser.
- Överensstämmer med rådande normer och arbetssätt och är lättanvänd.
- Går att testa i mindre skala.
- Snabbt ger synbara resultat.
- Går att anpassa till lokala omständigheter.
- För utövarna ger generaliserbar kunskap till andra områden.

Vid implementeringen är det en fördel om kombinationer av flera insatser sker samtidigt för att sprida metoden, till exempel genom utbildning, information och återkoppling till berörda aktörer. Det är likväl viktigt att resurser, både organisatoriska (till exempel i form av stöd från ledningen) och ekonomiska tilldelas för att metoden ska accepteras och att feedback ges under hela implementeringens gång. Stöd och handledning är viktiga komponenter för kvalitén i metodens genomförande (37).

Det finns flera verktyg som kan användas när nya insatser ska starta, planeras, implementeras, och följas upp. Några exempel på verktyg presenteras nedan och fler finns på [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

- Hälsokonsekvensbedömningar (HKB) har utvecklats i många olika former såväl internationellt som inom Sverige. Syftet med en HKB är att granska olika förslag utifrån ett folkhälsoperspektiv innan ett beslut tas. Målet med att genomföra en HKB är att uppskatta hälsoeffekter av en föreslagen åtgärd och effekternas fördelning i befolkningen.
- Community Readiness Model (CRM) beskriver en organisations förändringsbenägenhet i nio steg. Stegen beskriver hur medveten och redo en organisation och dess ledande aktörer är att börja arbeta med ett specifikt ämnesområde. För att få svar på vilket steg en organisation befinner sig på genomförs intervjuer med personer som har en överblick över det arbete som bedrivs i organisationen inom ämnesområdet. Alla intervjuer poängbedöms för att ge en samlad bedömning av förändringsbenägenheten. Nuläget, mål och strategier för hur

organisationen kan öka sin förändringsbenägenhet återförs därefter till organisationen så att lämplig åtgärd kan vidtas.

- Jämlikhetsverktyget och Checklistan för jämlikhet i hälsa kan användas i planering av en hälsofrämjande insats. Syftet med verktyget är att vara till stöd för att belysa jämlikhetsperspektivet då insatser som påverkar människors hälsa planeras eller nyligen har startat. Genom att analysera de metoder som ska användas, hjälper verktyget och checklistan till att medvetandegöra:
  - om och hur den planerade insatsen påverkar hälsan i olika grupper i befolkningen
  - om och hur de metoder som används påverkar nuvarande hälsoskillnader
  - insatsens långsiktighet och betydelsen av uppföljning samt feedback till politiker, berörda tjänstemän och målgrupp
  - hur den planerade insatsen kan kompletteras eller utvecklas för att främja jämlikhet i hälsa i befolkningen (Utvecklad vid avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete vid KFA).
- Processbeskrivningsmallen är tänkt att användas för systematisk beskrivning av folkhälsoarbete. Den kan användas i sin helhet eller i lämpliga delar, efter användarens behov. Mallen är indelad i delarna projektplan, genomförande och uppföljning. Även för detta verktyg finns en checklista som kan användas som stöd för att planera, genomföra, följa upp och utvärdera samt beskriva folkhälsoarbetet (Utvecklad vid avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete vid KFA).
- Mall för utvärderingsstöd. Det är viktigt att följa upp hur insatser har påverkat hälsan hos olika grupper. Mallen kan användas som ett stöd i planeringen av en utvärdering eller uppföljning av folkhälsosatsningar. Mallen ger möjligheter att strukturera uppföljningen/ utvärderingen, beakta perspektivet jämlikhet i hälsa i uppföljningen/utvärderingen och stödja användandet av indikatorer för att följa det folkhälsoarbete som bedrivs (Utvecklad vid avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete vid KFA).

## Att följa upp metoden

Uppföljningar och utvärderingar kan göras på olika sätt beroende på vad man är intresserad av att få reda på. Det kan handla om att stämna av att man är på rätt väg, att korrigera eventuella brister eller att följa upp effekten av insatsen. Under pågående arbete kan man både upptäcka om man följer metoden och om eventuella avvikelser bör korrigeras.

Uppföljning/ utvärdering kan göras genom intervjuer, enkäter, observationer eller data av annat slag. Fokus kan läggas på (26):

- Måluppfyllelse. Har metoden uppnått de mål som sats innan implementeringen? Här mäts inte effekter, enbart om målet har uppfyllts.
- Effekt. Vilken effekt har metoden gett?
- Process. Vilka framgångsfaktorer finns och vilka svårigheter har uppstått vid implementeringen och genomförandet av metoden? Här görs en analys av dessa och hur de kan påverka slutresultatet. Även implementerings- och genomförandeprocessen beskrivs.
- Kostnadseffektivitet. Är metoden försvarbar ur ett ekonomiskt perspektiv? För att kunna mäta detta krävs att man har dokumenterat insatsen ur detta perspektiv.

I tabell 4 visas kortfattat skillnader mellan uppföljning och utvärdering. För att göra en mer kvalificerad utvärdering rekommenderas att forskningsinstitutioner kopplas till insatsen – redan innan den påbörjas.

**Tabell 4.** Jämförelse av uppföljning och utvärdering (38).

	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
<b>Vem styr vad som ska utvärderas?</b>	Administrativa beslut om inbyggda kontroller i systemet	Politiska och administrativa beslut
<b>Vilket kunskapsintresse och mål?</b>	Instrumentell kunskap och beskrivningar för att kontrollera och kunna rätta till fel	Etisk kunskap för bedömning av meriter, förtjänster, utveckling, lärande
<b>När aktualiseras problemet/ uppdraget?</b>	Fortlöpande	Tillfälligt, vid behov av djupare granskning av en fråga
<b>Hur länge pågår undersökningen?</b>	Utan tidsgräns	Bestäms av uppdragsgivaren
<b>Vilka metoder används?</b>	Inbyggda system/rutiner i verksamheten	Vedertagna metoder och tekniker

Källa: Delar av tabell 2 i boken: Utvärdering – mer än metod. Tankar och synsätt i utvärderingsforskning. En översikt.

## Referenser

---

- <sup>1</sup> Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C, Hägglöf B. (2010) *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet.
- <sup>2</sup> Socialstyrelsen (2008) *Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting*.
- <sup>3</sup> Socialdepartementet (2008) *Regeringens proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik*.
- <sup>4</sup> Forsell Y., Airaksinen E., Dishede Y. (2009) *Tio åtgärder för att främja unga vuxnas psykiska hälsa, Fokusrapport 2009* Stockholms läns landsting, Kommunförbundet Stockholms län
- <sup>5</sup> Världshälsoorganisationen (2005) *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*
- <sup>6</sup> Sveriges kommuner och landsting (2010) *Modellområdesprojektet*
- <sup>7</sup> Centrum för folkhälsa (nu Karolinska Institutets folkhälsoakademi). Ej publicerad.
- <sup>8</sup> Gustafsson, J.-E., Allodi M. Westling, Alin Åkerman, B. Eriksson, C., Eriksson, L., Fischbein, S., Granlund, M., Gustafsson, P. Ljungdahl, S., Ogden, T., Persson, R.S. (2010). *School, learning and mental health: a systematic review*. Stockholm: The Royal Swedish Academy of Sciences, The Health Committee
- <sup>9</sup> Åsbring, P. (2010) *Unga vuxna beskriver orsaker till psykisk ohälsa*. Psykisk hälsa, 27-32(1)
- <sup>10</sup> Westling Allodi M. (2010) *Pojkars och flickors psykiska hälsa i skolan: en kunskapsöversikt*. (SOU 2010:79) Utbildningsdepartementet, Delegationen för jämställdhet i skolan
- <sup>11</sup> Statens folkhälsoinstitut (2011) *Hälsan hos barn och unga med funktionsnedsättning*. (Rapport 2011:08)
- <sup>12</sup> Greitz B., Åberg G., Larsson N. (2010) *Hur frågar vi barn om deras hälsa och livsstil? Sammanställning av undersökningar om barn hälsa, livsstil och levnadsförhållanden*. Karolinska Institutets folkhälsoakademi
- <sup>13</sup> Stockholms läns landsting (2006) *Barns hälsa och miljö i Stockholms län 2006*. Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
- <sup>14</sup> BUF-gruppen (Barn, ungdomar och folkhälsa) Friedl A., Greitz B., Juvall T., Kark M., Post A., Sjölander C., van den Tempel J., Alin Åkerman B., Åberg G., Backman L. (2009) *Barnen i folkhälsorapporterna. Hur mår barn och unga vuxna i Stockholms län?* (KFA-rapport 2009:02) Karolinska Institutets folkhälsoakademi
- <sup>15</sup> Bremberg S., Eriksson L. (2010) *Investera i barns hälsa*. Statens folkhälsoinstitut och Gothia förlag
- <sup>16</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010) *Program för att förebygga psykisk hälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt*.
- <sup>17</sup> Antonovsky A. (2005) *Hälsans mysterium*.
- <sup>18</sup> Skolverket (2010) *"Inget slår en skicklig lärare" En dokumentation av sex konferenser 2010 – tio föreläsares perspektiv*.
- <sup>19</sup> Findahl O. (2010) *Svenskarna och internet*. .SE (Stiftelsen för Internetinfrastruktur)
- <sup>20</sup> www.kunskapsguiden.se (2011) Socialstyrelsen i samverkan med Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens folkhälsoinstitut, Sveriges kommuner och landsting samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

- 
- <sup>21</sup> Statens folkhälsoinstitut (2008) *Utjämnade hälsoskillnaderna inom en generation. Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna. Sammanfattning*. Världshälsoorganisationen, Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer för hälsa. Översättning Statens folkhälsoinstitut
- <sup>22</sup> Socialdepartementet (1996) *Regeringens proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*
- <sup>23</sup> Regeringskansliet (2006) *Mänskliga rättigheter. Konventionen om barnets rättigheter*. UD info
- <sup>24</sup> Sigtuna, Upplands-Bro och Upplands Väsby kommuner (2010) *Konferensmaterial. Folkhälsokonferens. Delaktighet och inflytande bland barn och unga. Barnombudsmannen presentation*.
- <sup>25</sup> Browson R.C., Fielding J.E., Maylahn C.M. (2009) *Evidence-based public health: A fundamental concept for public health practice*. Annu. Rev. Public health. 175-201(30)
- <sup>26</sup> Naidoo J. Wills J. (2003) *Health promotion. Foundations for practice*. Second edition.
- <sup>27</sup> Bremberg S. (2007) *Hälsoekonomi för kommunala satsningar på barn och ungdom. En metod för att uppskatta nyttan i förhållande till kostnaden för olika insatser*. (FHI 2007:4) Statens folkhälsoinstitut.
- <sup>28</sup> Statens folkhälsoinstitut (2010) <http://www.fhi.se/Om-oss/Vetenskaplig-forankring/Skillnader-mellan-SBU-och-Folkhalsoinstitutet/> (Hämtad 2011-10-05)
- <sup>29</sup> Brug J. van Dale D., Lanting L., Kremers S., Veenhof C., Leurs M., van Yperen T., Kok G. (2010) *Towards evidens-based, quality-controlled health promotion: the Dutch recognition system for health promotion interventions*. Health education research, 25(6):1100-1106
- <sup>30</sup> Skollagen 2010:800
- <sup>31</sup> Janlert U. (2000) *Folkhälsovetenskapligt lexikon*.
- <sup>32</sup> Olsson Y. (2007) *Livskunskap. En kartläggning av Stockholms gymnasieskolor*. (2007:2) Psykisk hälsa - barn och unga. Centrum för folkhälsa. Stockholms läns landsting
- <sup>33</sup> Skolverket (2011) *Utvärdering av metoder mot mobbning* (Rapport 353)
- <sup>34</sup> Statens folkhälsoinstitut (2009) <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Kommunala-insatser---effekter-pa-halsa-i-relation-till-kostnaderna-/> (Hämtad 2011-10-05)
- <sup>35</sup> Sveriges kommuner och landsting (2009) *Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa* (Rapport S2007/5696/HS) Sveriges kommuner och landsting
- <sup>36</sup> Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen, Skolverket (2004) *Tänk långsiktigt. En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykisk hälsa*.
- <sup>37</sup> K. Guldbbrandsson (2007) *Från nyhet till vardagsnytta – om Implementeringens mödosamma konst* (FHI 2007:20) Statens folkhälsoinstitut.
- <sup>38</sup> Karlsson O. *Utvärdering – mer än metod. Tankar och synsätt i utvärderingsforskning. En översikt*. Stockholm, Svenska kommunförbundet.

# Bilagor

## Bilaga 1. Definitioner och ordförklaringar

**Arena** i det hälsofrämjande arbetet talar man om olika arenor där människor samlas och kan nås och påverkas till ett mer hälsosamt liv. Ex. skolan, arbetsplatsen eller affären (Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon, 2000).

**Best practice** i folkhälsoarbete är de processer och aktiviteter som i en given situation förväntas ge positiva effekter på hälsan, bland annat utifrån bästa tillgängliga kunskap och beprövade erfarenheter (Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete, Karolinska Institutet).

**Community Readiness Model** (CRM) beskriver en organisations förändringsbenägenhet i nio steg. Stegen beskriver hur medveten och redo en organisation och dess ledande aktörer är att börja arbeta med ett specifikt ämnesområde.

**Evidens** är bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap. Observera att begreppet används på olika sätt inom olika vetenskaper.

**Evidensbaserad praktik** definieras som den professionelles förmåga att integrera bästa tillgängliga evidens, brukarens erfarenheter och önskemål samt den egna expertisen. I beslutsprocessen sammanförs information från dessa tre kunskapskällor. (Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/omevidensbaseradpraktik>).

**Evidensbaserat folkhälsoarbete** är förebyggande och hälsofrämjande arbete byggt på bästa tillgängliga kunskap baserat på aktuell forskning och beprövad erfarenhet. I arbetet med att ta fram ”bästa tillgängliga kunskap” läggs särskild tonvikt vid processen att hitta relevant forskning i litteraturen, metoder för att värdera forskningens kvalitet liksom på frågan att studera för folkhälsan relevanta problem. (Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon, 2000).

**Friskfaktorer** (skyddsfaktorer) är en beteckning på förhållande som leder till att hälsan förbättras eller att man undgår ohälsa. Faktorerna är statistiskt förknippade med god hälsa, men det behöver inte säkert finnas ett orsakssamband (Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon, 2000).

**Förebyggande** arbete/insatser (prevention) är inriktade på att undvika sjukdom och kan bedrivas på olika nivåer i samhället. För att beskriva dessa nivåer används olika begrepp inom olika yrkeskategorier (Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Socialstyrelsen 2008).

**Tabell 5.** Begrepp och termer för förebyggande eller hälsofrämjande insatser.

Målgrupp	Hälso- och sjukvård	Socialtjänst	Skola/Förskola	Nya begrepp
Alla barn	Primärprevention	Generellt förebyggande arbete	Främjande	Universell prevention
Riskgrupper	Sekundär-prevention	Riktade förebyggande insatser	Förebyggande	Selektiv prevention
"Drabbade" barn	Tertiärprevention	Stöd- och behandlingsinsatser	Åtgärdande	Indikerad prevention

**Generella insatser/metoder** riktar sig till hela befolkningen eller grupper utan att ta hänsyn till riskfaktorer för ohälsa.

**Hälsans bestämningsfaktorer** är faktorer som har ett samband med vår hälsa. Dessa brukar åskådliggöras i en figur där faktorerna delas in i fem grupper: individuella faktorer, sociala kontakter, levnadsvanor, livsvillkor och faktorer i omgivningen.

**Hälsofrämjande arbete/insatser** kan rikta sig till alla individer i befolkningen eller till vissa målgrupper och syftar till att främja hälsa och välmående genom att fokusera på frisk- och skyddsfaktorer. Detta är inte samma sak som sjukdomsförebyggande arbete, där man arbetar för att förhindra sjukdom genom att fokusera på riskfaktorer. Se figur på sidan 15

**Implementering**, att införa och sätta i bruk nya idéer (Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon, 2000).

**Indikerade insatser/metoder** riktar sig till de som har ett problem eller en sjukdom. Utgör oftast behandling eller rehabilitering.

**Jämlikhet**, begreppet betecknar alla människors lika värde. Jämlikhet är viktigt att beakta i planering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Ojämlikhet i hälsa beror på sociala bestämningsfaktorer, en skillnad mellan grupper i samhället som går att minska. Insatserna kräver en anpassning efter dessa skillnader. I planering av insatser är målgruppernas deltagande central för att lyckas. Jämlikhet inkluderar begreppet jämställdhet.

**Metod**, arbetssätt som finns beskrivna i riktlinjer/manual eller liknande, som gör det möjligt för andra att upprepa metoden/arbetssättet i sitt arbete. Inom olika verksamheter används olika begrepp för det som i den här skriften kallas metod, till exempel insats, program, manualbaserad metod eller arbetssätt. Här används begreppet såsom Socialstyrelsen gjort i sin inventering av de metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn inom olika verksamheter. Där som här, diskuteras begreppet utifrån termer av hur man gör för att förverkliga uppställda mål. (Socialstyrelsen, 2008-126–50)

**Patogenes**, de mekanismer genom vilken en orsak leder till sjukdom (Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon, 2000). Perspektivet som används i ett sjukdomsförebyggande arbete.

**Psykisk hälsa** har ingen enhetlig definition. På nästa sida anges några exempel (se även Att mäta psykisk barn och ungas hälsa på sidan 12)



Psykisk hälsa innebär att vara tillfreds med sina inre och yttre möjligheter att hantera sitt liv (Centrum för folkhälsa).

Psykisk hälsa är mer än frånvaron av psykisk ohälsa. Det handlar bland annat om att människor upplever sin tillvaro meningsfull, att de kan använda sina resurser, vara delaktiga i samhället och uppleva att de har förmåga att hantera livets normala motgångar. Sveriges kommuner och landsting – modellområdesprojektet.

Om man jämför psykisk hälsa med att det är härligt att leva så är det cirka 70 procent av eleverna i årskurs 2 i gymnasiet som ofta anser det (Fokusrapport - Tio åtgärder för att främja unga vuxnas psykisk hälsa, 2009).

Psykiska hälsa (barn och ungdomars) förmågan att uppnå och behålla ett optimalt välbefinnande och sätt att fungera psykologiskt. (Världshälsoorganisationen 2003, 2005)

**Prevention**, se förebyggande arbete.

**Primärprevention**, utgör sjukdomsförebyggande insatser som riktar sig till hela befolkningen, insatserna riktar sig ofta mot kända riskfaktorer.

**Riktade insatser/metoder** riktar sig till grupper i befolkningen med en förhöjd risk för ohälsa.

**Riskfaktorer** är faktorer som innebär en ökad risk för att uppvisa ohälsa, sjukdom, skada, ogynnsamt hälsobeteende etc. Faktorerna kan omfatta egenskaper hos individen eller i omgivande miljö. De kan antingen vara medfödda eller förvärvade. En riskfaktor innebär dock inte att den alltid orsakar ohälsa, enbart att det rent statistiskt är förenligt med en ökad risk för ohälsa (Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon, 2000).

Omständigheter hos en individ eller i dennes omgivning som ökar sannolikheten för ohälsa och problemutveckling (Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla. SOU 2008:131).

**Salutogenes**, den mekanism som leder till hälsa (Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon, 2000). Perspektivet används i ett hälsofrämjande arbete.

**Sekundärprevention**, utgör sjukdomsförebyggande arbete som riktar sig till riskgrupper i befolkningen, d.v.s. grupper som har en förhöjd risk att drabbas av en sjukdom.

**Selektiva insatser** riktas till grupper som utifrån någon riskfaktor har en större risk för ohälsa eller sjukdom.

**Skyddsfaktorer** är faktorer som tycks skydda för uppkomst av ohälsa och sjukdom, utan att det därför säkert finns ett orsakssamband mellan faktorn och förhindrandet av sjukdom (Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon, 2000).

Omständigheter som minskar risken för ohälsa och problemutveckling och som kan motverka eller kompensera för riskfaktorer (Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla. SOU 2008:131).

**Strukturella insatser/ åtgärder**, handlar bland annat om att skapa stödjande miljöer och långsiktiga satsningar på hälsa. Det kan till exempel utgöras av att bygga säkra vägar till skolorna, öka barn och ungas inflytande i samhället, förhindra brott genom belysning, servera näringsriktiga måltider och prioritera fysisk aktivitet i skolan, skapa tobaksfria miljöer och stödja föräldrar i sina relationer till sina barn och ungdomar.

**Tertiärprevention**, utgör behandling eller rehabilitering för den som drabbats av ohälsa för att ohälsotillståndet inte ska försämrats.

**Universella insatser** riktar sig till hela befolkningen och syftar till att minska riskfaktorer för ohälsa och öka skyddsfaktorer.

## Bilaga 2. Arenor

Aktörer som kan arbeta för barns psykiska hälsa finns inom olika verksamheter/arenor. När en kommun ska satsa på att främja barns psykiska hälsa är det viktigt att inte enbart se till metoder eller program som den enda möjliga insatsen. Det går även att genomföra strukturella förändringar, till exempel genom att arbeta med arenans värdegrunder eller öka samverkan med andra arenor. Nedan beskrivs kortfattat några arenors ansvar och möjliga målgrupper främst ur ett folkhälsoperspektiv.

### Mödrahälsovård

**Målgrupp, storlek:** Mödrahälsovård bedrivs vid mödravårdscentraler (MVC). Dessa besöks av 99 procent av alla blivande mödrar i Sverige (39).

**Verksamhetens mål/riktlinjer:** Hälsövård under graviditeten innebär att stödja en naturlig process, genom att stärka det friska och förebygga, uppmärksamma och lindra missförhållanden av medicinsk, social och psykisk karaktär som har betydelse för barnet, den blivande modern och familjen. Mödrahälsovården ska ge goda förutsättningar för ett ansvarstagande föräldraskap genom psykosocialt stöd (40).

**Arbetsätt:** Enskilda besök/samtal, föräldrastöd i grupp och screening. MVC genomför även hälsokontroller och fosterdiagnostik (39).

**Hälsofrämjande/ förebyggande arbete:** MVC arbetar bland annat med rådgivning och samtal om levnadsvanor som påverkar modern och fostret under graviditeten, till exempel bruk av alkohol och tobak, kost, fysisk aktivitet, vikt samt påfrestningar/stress. I samtal om dessa levnadsvanor används ofta metoden Motiverande samtal (MI). För att så tidigt som möjligt kunna upptäcka riskbruk av alkohol används screeningformuläret AUDIT.

Ytterligare hälsofrämjande insatser som MVC arbetar med är förlossningsförberedande föräldrakurser och föräldrastöd. Syftet med föräldrastödet är att främja barnets hälsa och utveckling samt att stärka föräldrars förmåga att möta det väntade barnet (41).

För barns psykiska hälsa är det särskilt viktigt att samspelet med och anknytningen till modern eller annan omsorgsgivare fungerar. Detta påverkar både barnets kognitiva och emotionella utveckling. Moderns egna psykiska hälsa både under graviditeten och spädbarnstiden kan påverka anknytningen. MVC arbetar för att under graviditeten upptäcka depression, nedstämdhet och andra psykiska sjukdomstillstånd och kan i detta arbete samverka med bland annat mödrahälsovårdens psykolog, vårdcentral, vuxenpsykiatri, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och barnhälsovård (42).

## Barnhälsovård

**Målgrupp, storlek:** Barnhälsovården erbjuder alla föräldrar med barn upp till sex år kontakt med dem via landets barnavårdscentraler (BVC). Mer än 99 procent av alla föräldrar vänder sig till dit, vilket ger cirka 3 miljoner besök per år (43).

**Verksamhetens mål/riktlinjer:** Barnhälsovårdens mål är att främja barns hälsa, trygghet och utveckling. Målen kan uppnås genom att stödja föräldrar i ett aktivt föräldraskap, uppmärksamma barns och föräldrars behov av insatser och att upptäcka och att erbjuda insatser för att förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn. Barnhälsovården bedrivs enligt anvisningar i ”Nationell metodbok för barnhälsovården” (44).

**Arbetsätt:** Enskilda besök/samtal, hembesök samt föräldrastöd i grupp. BVC ger råd och samtalsstöd till föräldrar samt genomför hälsoundersökningar och ger vaccinationer till barnet (39). Hembesök för förstagångsföräldrar är unikt för BVC och ger goda förutsättningar för föräldrastödsinsatser (45). BVC kan ingå som en del i familjecentraler tillsammans med mödrahälsovård, socialtjänst och öppen förskola. Barnhälsovården erbjuder också socialkurativa insatser i samverkan med socialtjänsten. En rapport från Socialstyrelsen visar de positiva effekterna av familjecentraler då familjen får bättre hjälp, de samlade resurserna utnyttjas effektivare, man vinner tid och stödinsatser kan sättas in tidigare samt att barnperspektivet förstärks (46). Under år 2007 fanns 21 familjecentraler i Stockholms län. På grund av ändrade ekonomiska villkor inom Stockholms läns landsting minskade antalet till 16 stycken under 2008 varav 9 inom norra och 7 inom södra, samma antal bedömdes finnas år 2009 (45).

**Hälsofrämjande/ förebyggande arbete:** Från slutet av 1990-talet började man använda strukturerade metoder i arbetet på BVC. Detta gäller bland annat metoder med syfte att främja anknytningen mellan föräldrar och barn. Anknytning påverkas av föräldrarnas samspel med barnet, till exempel förmåga att tolka barnets signaler. Det är ganska vanligt att drabbas av depression både under och efter graviditeten (ca 10–15 procent). Förutom att modern själv inte mår bra kan samspelet med barnet påverkas. BVC arbetar förebyggande genom att erbjuda nyblivna mödrar att fylla i det så kallad EPDS-formuläret (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Vid behov erbjuder BVC hjälp till samtalsstöd. Andra metoder som används för att främja barns psykiska hälsa är "Vägledande Samspel", "Från första början" samt spädbarnsmassage (39). Som en del av hälso- och sjukvården arbetar BVC även med ett alkoholförebyggande arbete inom Riskbruksprojektet. Syftet är att få föräldrarna att fundera över hur deras alkoholvanor påverkar barnen (46).

## Förskola

**Målgrupp, storlek:** År 2009 var 86 procent av alla barn i åldern 1–5 år inskrivna i förskolan (47). I förskolan kan en stor del av barnen i denna ålder nås av insatser, vilket ger en möjlighet att verka för det folkhälsopolitiska målet att skapa en god hälsa för hela befolkningen.

**Verksamhetens mål/riktlinjer:** I förskolans läroplan (48) har värdegrund och uppdrag samt mål och riktlinjer för förskolans verksamhet formulerats. Målen och riktlinjerna finns uppdelade inom områdena: normer och värden, utveckling och lärande samt barnets inflytande.

**Arbetsätt:** Värdegrunder, strukturerat arbetsätt och metoder.

**Hälsofrämjande/förebyggande arbete:** Att det finns förskolor är i sig en hälsofrämjande insats, då de på olika sätt ger möjlighet att öka jämlikhet i hälsa genom att utjämna skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Tack vare förskolan kan till exempel båda föräldrarna arbeta tidigt i barnens liv, vilket ger ökade familjeresurser. Förskolan ger även barnen möjlighet att tidigt utveckla relationer till flera vuxna och andra barn (39). Den har också en viktig roll i att stödja barn med särskilda behov.

Det finns belägg för att samband mellan psykisk hälsa och skolprestation följer individen från tidiga skolår och upp i ungdomsåren. Därför är förskolans verksamhet och de tidiga åren i skolan särskilt viktiga för barns kunskapsutveckling och psykiska välmående. En förskola med hög pedagogisk kvalitet har visat sig vara viktigt för barns läsförmåga och matematiska färdigheter (49). En förutsättning för förskolans positiva effekter på barns hälsa är bland annat en barncentrerad pedagogik och personalens utbildning. Studier visar att en hög andel förskolelärare minskar förekomst av inlärningsproblem och främjar barnens språkutveckling. Studier visar också att barns emotionella, sociala, kognitiva utveckling och koncentrationsförmåga främjas av fri och ostrukturerad lek samt lek i naturlig utomhusmiljö (39).

I ett förebyggande arbetet med psykisk ohälsa är ett värdegrundsarbete centralt, metoder kan användas som komplement. I en nationell sammanställning (50) över metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa i förskolan rapporterades 10 olika metoder: KOMET, COPE, Vägledande samspel (ICDP), MarteMeo, De otroliga åren, Aktivt föräldraskap, Friends kamratstöd, Från första början, Stegvis och Föräldrakraft. Flera är föräldrastödsprogram.

Våren 2010 publicerade Socialstyrelsen fem skrifter (51) om hur förskolan och skolan kan arbeta med barn som visat tecken på psykisk ohälsa: ”Barn med ADHD och andra beteendeproblem”, ”Ledsna barn”, ”Barn med autism, Aspergers syndrom och andra autismspektrumtillstånd”, ”Blyga och ängsliga barn” samt ”Barn som utsätts för fysiska övergrepp”.

## Skola

**Målgrupp, storlek:** Alla barn har en rättighet och skyldighet att få skolutbildning upp till årskurs 9. Skolan är en arena där i princip alla barn och unga kan nås av olika insatser, vilket ses som en naturlig arena för hälsofrämjande arbete i ett jämlikhetsperspektiv. Statistik från SCB visar att nästan alla unga går vidare till gymnasium efter grundskolan. År 2009 var det drygt 90 procent i åldern 16–18 år som studerade på gymnasienivå (52).

**Verksamhetens mål/riktlinjer:** I Skollagen 2010:800 anges bland annat att: Utbildningen ska vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet (1 kap. 5 §). Alla elever har rätt att utvecklas så långt som möjligt utifrån sina egna förutsättningar (1 kap. 4 §). Utbildningen ska utformas så att alla elever tillförsäkras en skolmiljö som präglas av trygghet och studiero (5 kap.).

**Arbetsätt:** Värdegrunder, strukturerat arbetssätt, elevhälsa och metoder.

**Hälsofrämjande/förebyggande arbete:** Att unga går ut skolan och gymnasiet med fullständiga betyg tillhör en av de viktigaste skyddsfaktorerna för psykisk hälsa längre fram i livet. Utan fullständiga betyg är det i dagsläget mycket svårt att ta sig in på arbetsmarknaden. I skolan utgör trivsel en skyddsfaktor för psykisk hälsa och en lugn och trygg atmosfär har betydelse för denna. I skolan utvecklar barn sin självbild i samspel med andra barn och vuxna. De utvecklar också styrkor att hantera motgångar och personliga färdigheter som har betydelse för den psykiska hälsan. Konceptet Hälsofrämjande skolutveckling strävar efter att få en helhetssyn på hälsoarbetet i skolan. Här lyfts skolans fysiska och psykosociala arbetsmiljöarbete, kunskap om hälsofrågor och det dubbelriktade sambandet mellan hälsa och lärande.

Skolk och mobbning visar i många studier stark samvariation med psykisk ohälsa och utgör därmed riskfaktorer. Skolk kan ses både som en riskfaktor för psykisk hälsa och som ett symptom på negativ inställning till skolan. Andra aktuella hälsofrågor med koppling till psykisk hälsa är alkohol, narkotika, tobak samt fysisk aktivitet och övervikt.

Elevhälsan är ett exempel på en strukturell insats som ska bidra till att skapa miljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa samt elevernas utveckling mot utbildningens mål (2 kap. 25 §). I skollagen anges att elevhälsan ska bedriva ett förebyggande och hälsofrämjande arbete. Värdefullt är därför om skolsköterskan har folkhälsovetenskaplig kompetens. Eleverna ska dessutom ha tillgång till skolläkare, psykolog och kurator (53). Det finns ett stort värde i att integrera elevhälsan i skolans övriga arbete, då den till exempel har möjligheter att bidra med kunskap om allt från en helhetssyn på arbetsmiljöfrågor till att upptäcka barn som behöver särskilda stödinsatser.

I en nationell sammanställning (50) över metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa i skolan rapporterades en förekomst av 26 olika metoder. Bland de vanligaste förekommande är: KOMET, COPE, Vägledande samspel, Friends kamratstöd, SET och EFFEKT (ÖPP). Socialstyrelsen och Skolinspektionen har riktat kritik mot en del av dessa metoder, då de inte är evidensbaserade (se bilaga 4 kring effekter av olika metoder och program enligt SBU.)

I faktarutorna ges korta sammanfattningar kring risk- och skyddsfaktorer utifrån nyligen publicerade kunskapsöversikter. Mer information om hälsofrämjande arbete i skolan ges även tidigare i denna skrift.

## FAKTARUTA

### Skolprestation och psykisk hälsa - kunskapssammanställning

Kungliga vetenskapsakademien (KVA) presenterade år 2010 en litteraturöversikt (54) över samband mellan skolprestationer och psykisk hälsa. Denna visade att skolprestation och psykisk ohälsa har en ömsesidig påverkan som kan leda till positiva eller negativa spiraler. Bra skolprestationer kan leda till god självkänsla. Låg självkänsla och utagerande beteende kan leda till sämre skolprestationer.

KVA menar att en förskola som håller hög kvalitet är mycket viktigt för att förebygga tidiga skolvårigheter som sin tur påverkar den psykiska hälsan. Särskilt läs- och skrivsvårigheter kan ge negativa effekter, skolan bör därför ha metoder för och kunskap som kan underlätta denna inläring. Läger eleven ner mycket tid på skolarbete utan att förbättras ökar risken för försämrad psykisk hälsa. Svårigheter i tidig skolålder tenderar att vara stabila över tid, men kan minska då eleven byter skolnivå. Goda skolresultat har positiva effekter på självuppfattning. Bland äldre skolbarn är sambandet mellan svag skolprestation och psykisk ohälsa starkare hos flickor än pojkar (49).

En enkät genomförd i skolor i Stockholm visar att skolklimatet har betydelse för den psykosociala hälsan. Att vara utsatt för mobbning är den aspekt som var mest förknippad med mest negativa effekter på hälsa. En annan studie visar att gott skolklimat, höga förväntningar på eleverna, låg förekomst av mobbning, goda relationer med lärare och ett starkt pedagogiskt ledarskap var faktorer som förknippades med elevers välbefinnande (55).

En internationell översikt, med resultat från mer än 52 000 studier och data från ungefär 200 miljoner elever, presenterar vilka faktorer som har störst betydelse för elevers studieresultat. Den mest betydelsefulla faktorn visade sig vara elevernas bedömning av sig själva (self-reported grades). Vidare visar översikten:

- att samspelet mellan lärare och elev är centralt
- att undervisning inte bara handlar om att lära ut utan att skapa en positiv känsla för fortsatt kunskapsinhämtning
- att det är betydelsefullt att fortlöpande skaffa sig kunskap om elevernas lärande
- att lärare behöver vara passionerat engagerade i sin undervisning (56).



## FAKTARUTA

### Anti-mobbningprogram - kunskapssammanställning

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) och Skolverket har publicerat rapporter (57, 58) där effektgivande komponenter i anti-mobbningprogram presenteras. Det finns skillnader i genomförandet mellan dessa två sammanställningar. BRÅ:s rapport bygger på den mest omfattande internationella och nationella genomgången av alla utvärderingar av anti-mobbningprogram som har gjorts. Skolverkets rapport är den mest omfattande nationella utvärderingen av ett antal program som används i Sverige.

Skolverkets rapport: Alla skolor som var med i utvärderingen använde flera program, vilket gjorde det omöjligt att utvärdera effekten av ett enskilt program. Skolverket ger heller inte några rekommendationer om vilka program man bör använda. Rapporten bygger på en utvärdering av komponenter i programmen och visar på både framgångsfaktorer och det faktum att vissa komponenter har visat på negativa effekter, att mobbning har ökat.

Förutsättningar för framgång är ett systematiskt arbete där insatserna är genomtänkta, används i kombination med varandra och där det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning. Viktigt är också att det finns en hela-skolan-ansats där all personal är delaktig och involverad. Andra framgångsfaktorer är att eleverna har varit delaktiga i valet av metod och skolans aktiviteter samt arbetet med att skapa ett gott skolklimat. Det finns en skillnad mellan vilka insatser som hjälper flickor och pojkar, samt vilka som minskar social respektive fysisk mobbning.

De effektivaste insatserna mot mobbning är att:

- elever medverkar aktivt i det förebyggande arbetet mot mobbning, uppföljning/utvärdering av elevernas situation genomförs regelbundet
- det finns kooperativa lag, ex. antimobbingteam, trygghetsgrupp
- det finns åtgärder för mobbare och mobbade
- personalen har fått utbildning som ökar deras förståelse för mobbning och kränkningar

BRÅ:s rapport: Systematiska anti-mobbningprogram är effektiva instrument för att minska mobbning. Rapporten visar att de viktigaste komponenterna för att minska antalet *mobbare* är: föräldrautbildning, ökad tillsyn på skolgårdar, disciplinära åtgärder, skolkonferenser, information till föräldrar, klassrumsregler, ledarskap i klassrummet och utbildningsvideor. De viktigaste komponenterna för att minska antalet *mobbade* är: utbildningsvideor, disciplinära åtgärder, arbete med elever som kamratstödjare, föräldrautbildning, arbetsgrupper med experter och ökad tillsyn av skolgårdar.

Ingen komponent kunde förknippas med en ökning av mobbning. Man påpekar även att programmen tar tid att implementera och att implementeringsarbetet är avgörande för programmets effekt.

## FAKTARUTA

### Metoders effekter - kunskapssammanställning

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) publicerade 2010 en systematisk litteraturoversikt över internationella och nationella program som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn (59). SBU inkluderade program som ska förebygga utagerande eller inåtvända problem såsom ångest, depression och självskadebeteende. I rapporten konstateras att det i Sverige används ett hundratal olika program. Där graderas också programmens evidens på en fyra-gradig skala. Som bäst ansågs sju program ha ett begränsat vetenskapligt stöd (andra gradens bevisstyrka), vilket i forskningssammanhang anses ganska starkt. I Sverige används fyra av dessa program; Triple P, De otroliga åren, Family Check-Up och DISA (DISA är en svensk version av Coping with stress (CWS), men CWS har visat effekt som indikerad metod, medan DISA används som generell metod). Dessa fyra metoder hade dock inte utvärderats i svenska studier enligt de utvärderingskriterier som SBU ställde.



## Fritid

Fritiden spelar en viktig roll för unga och syftar bland annat till att unga inom samhällets fritidsaktiviteter ska ha tillgång till inflytande och genom aktiviteterna uppmuntras att delta i ett demokratiskt samhälle samt till att förbättra sin hälsa (60). På sin fritid ägnar sig barn i skolåldern främst åt läxor och skolarbete, internetanvändning och idrott. Yngre barn ägnar sig främst åt lek (47). Ytterligare en dimension är barn och ungas samvaro och relationer med kamrater och jämnåriga.

Genom att erbjuda fritidsaktiviteter för barn och unga bidrar samhället till möjligheter att utveckla individuella egenskaper som främjar psykisk hälsa samt att utveckla hälsa utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Detta gäller till exempel socialt engagemang, socialt kapital, ökad fysisk aktivitet, problemlösningsförmåga, nyfikenhet att utveckla nya förmågor och stärkt självförtroende. Det finns dock skillnader mellan hur organiserade och oorganiserade fritidsaktiviteter kan påverka hälsan (61). Forskning och statistik visar att det finns stora socioekonomiska, kulturella och geografiska skillnader i utnyttjande av fritidsaktiviteter och hur man utnyttjar sin fria tid. Nedan redovisas framförallt utnyttjandet efter ålder och kön. Tabellerna visar resultat från en undersökning presenterad i Barnombudsmannens rapport Upp till 18.

**Tabell 6.** Föräldrars svar på frågan: Vad gör ditt barn oftast på fritiden/efter skolan?  
Max fem alternativ skulle anges av föräldern.

Barn 5-9 år	Sysselsättning	Procent
1	Leker	80
2	Tittar på tv eller dvd	65
3	Träffar kompisar (ej på nätet)	65
4	Är med familjen	59
5	Spelar datorspel/tv-spel	52
6	Gör läxor/skolarbeten	40
7	Sport	37
8	Använder internet	21
9	Lyssnar på musik	15
10	Läser böcker/tidningar	15

Källa: Medierådet (2010) Småungar & Medier

**Tabell 7.** Barn i ålder 9-16 år besvarar frågan: Vad gör du oftast på fritiden/efter skolan?  
Max fem alternativ skulle anges.

Barn 9-16 år	Flickor	Procent	Pojkar	Procent
1	Gör läxor, skolarbeten	74	Spelar dator-/tv-spel	72
2	Träffar kompisar	62	Gör läxor, skolarbeten	65
3	Använder internet	58	Använder internet	59
4	Håller på med någon sport	54	Håller på med någon sport	55
5	Tittar på tv eller dvd	48	Träffar kompisar	54
6	Är med familjen	42	Tittar på tv eller dvd	45
7	Umgås på sociala sajter	37	Är med familjen	34
8	Lyssnar på musik	35	Lyssnar på musik	29
9	Läser böcker och tidningar	24	Umgås på sociala sajter	19
10	Spelar dator-/tv-spel/Hjälper till hemma	20	Hjälper till hemma	17

Källa: Medierådet (2010) Ungar & Medier

Texten som följer är en sammanfattning utifrån flera undersökningar av ungas fritidssysselsättningar presenterade av Ungdomsstyrelsen i rapporten Ung idag 2010.

### ***Motion och idrott***

Drygt 90 procent av unga i åldern 7–19 år och drygt 70 procent av 20–29-åringarna motionerade minst en gång i veckan 2009. Andelen som 2009 tävlade eller tränade var 68 procent bland 7–14-åringar, 44 procent bland 15–19-åringar och 20 procent bland 20–29-åringar (60).

### ***Kultur***

Vanligaste kultursysselsättningen är att gå på bio, som 90 procent av 16–23-åringarna hade gjort minst en gång de senaste 12 månaderna under 2006/07. Därefter kommer att läsa böcker som tre fjärdedelar hade gjort. Drygt hälften hade gått på konsert och till ett bibliotek, en knapp tredjedel hade gått på teater och en lika stor andel på konstmuseum. Bland unga i åldern 13–25 år har nästan 70 procent någon gång under de senaste 12 månaderna ägnat sig åt bild, musik, skrivande, dans eller teater på sin fritid. Flest har ägnat sig åt bild, följt av musik och skrivande. Förutom det har nästan hälften ägnat sig åt slöjd eller hantverk (62).

### ***Föreningsliv***

Av flickor i åldern 10–18 år brukar 21 procent vara delaktiga i någon fritidsaktivitet som inte innefattar idrott och där en vuxen är ledare, varje vecka. Motsvarande andel för pojkar är 16 procent (63). En tredjedel av unga i åldern 16–25 år uppgav 2006/07 att de under de senaste 12 månaderna varit på möte i en förening (60).

### ***Internet, sociala medier, TV och spel***

Internet, mobiltelefoner och sms är kommunikationskanaler som används allt mer, framförallt i sociala relationer. Omkring 84 procent av de unga använder internet dagligen (64). Här finns inga sociala skillnader enligt FHI:s enkätundersökning ”Skolbarns hälsovanor” där enkättagarna är 11, 13 och 15 år (65). I samma undersökning ställdes frågan ”Hur många timmar om dagen använder du vanligtvis en dator till att skicka e-post, chatta, göra läxor eller surfa på nätet på din fritid?” där drygt 25 procent svarade att de använder datorn tre timmar eller mer på vardagar och drygt 45 procent svarar att de använder dator en till två timmar (65). Till positiva möjligheter med internet hör till exempel hemsidor som ger kunskap och presenterar olika kognitiva övningar. Sociala medier kan öka den sociala samvaron, vilket i sig är en hälsofrämjande faktor. För att upptäcka eventuell negativ påverkan är det viktigt att föräldrar är medvetna om och delaktiga i barnens användning av dessa kommunikationskanaler (64).

I undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” framkommer också att cirka 35 procent spenderar tre timmar eller mer framför tv:n på vardagar. Cirka 15 procent ser lite eller inget på tv och majoriteten, cirka 50 procent, spenderar 1–2 timmar vid tv:n. På frågan ”Hur många timmar om dagen spelar du vanligtvis data eller tv-spel på din fritid?” svarade 37 procent att de spelar en till två timmar per dag och 28 procent att de spelar tre timmar eller mer (65).

## Hemmet, föräldrar och kamrater

Hemmiljöer och föräldrar är de viktigaste risk- och skyddsfaktorerna för mindre barns psykiska hälsa. Kamratrelationernas betydelse ökar sedan med åldern och vissa studier har visat att kamrater har en större betydelse för tonåringens socialiseringsprocess än föräldrarna. Föräldrar ”bär på” faktorer som har betydelse för barns utveckling, dessa är framförallt utbildningsnivå, ekonomi och boendeområde. Strukturella insatser på samhällsnivå har möjlighet att utjämna skillnader mellan olika hemmiljöer som dessa faktorer ger. Möjlighet till förskola är ett exempel som innebär att båda föräldrarna kan arbeta, vilket i sin tur skapar bättre familjeekonomi. Vidare kan transfereringssystem såsom barnbidrag och bostadsbidrag utjämna skillnader. Andra faktorer i hemmiljön som kan påverka den psykiska hälsan är till exempel missbruk och konflikter (39).

Undersökningar har visat att många föräldrar efterfrågar kontakter och möjligheter att med andra föräldrar diskutera frågor som tillhör föräldraskapet. Utifrån dessa behov har olika föräldrastödsinsatser startats (66). Föräldrastöd är en form av programverksamhet för föräldrar med syfte att främja en god relation till deras barn. På sikt förväntas barnens fysiska och psykiska hälsa främjas, utvärderingar av sådana insatser pågår.

Föräldrastöd kan ges på olika nivåer och erbjudas av flera olika aktörer beroende på barnets ålder. Stödet kan rikta sig till alla föräldrar (generella insatser) eller till grupper som riskerar ohälsa (riktade insatser). Insatserna kan både ges i grupp eller individuellt. Utgångspunkten för programmets innehåll är till stor del föräldrarnas egna frågeställningar, intressen och önskemål (66).

I en rapport från Stockholms läns landsting (67) ges en sammanfattning av internationella studier av föräldrastödsprogram visar att de indikerade programmen (riktade till föräldrar med ohälsa eller barn med ohälsa) ger positiva, men inte långsiktiga effekter. Uppföljningar kan behövas. Program som arbetade med samspelsövningar gav större effekt om de enbart arbetade med att stärka föräldrarnas lyhördhet än om programmen kombinerade lyhördhet med fler komponenter. Programmen var minst lika effektiva om de hade fem mötesträffar eller färre, som om de hade fler än fem träffar. Programkomponenter som innebar positiva effekter för barnet var om föräldern hade ett positivt samspel och var konsekvent i samspelet. Det spelade ingen roll om programmet var manualbaserat eller inte.

I en undersökning gjord bland högstadiel elever i Stockholms län påvisas samband mellan föräldrarelation och kamratrelationer. Unga med en trygg relation till sina föräldrar hade även oftast trygga kamratrelationer. Flickor rapporterade oftare en stabil trygg relation till sina kompisar än pojkar. Skoltrivsel var starkt relaterad till föräldra- och kamratrelationer i alla årskurser och för båda könen, där elever med en trygg föräldra- respektive kamratrelation hade konsekvent högre skoltrivsel (68).

## Ungdomsmottagning

**Målgrupp, storlek:** Ungdomsmottagningar kan besökas av personer från cirka 12-13 år upp till cirka 20-25 år. Antalet personer i Sverige i dessa åldrar uppgick vid årsskiftet 2009/10 till cirka 1 570 000 (69). Det finns ingen officiell statistik över antalet besök på ungdomsmottagningar. Den statistik som finns tillgänglig samlas in av intresseföreningen Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM). År 2009 rapporterade 40,7 procent av föreningens 226 medlemsmottagningar totalt cirka 208 000 besök, där ungefär hälften utgjordes av återbesök. 85,5 procent av besöken gjordes av flickor och 14,5 procent av pojkar (70).

Den internetbaserade ungdomsmottagningen, [www.umo.se](http://www.umo.se) (se nedan), besöktes under en nio-månaders period åren 2008–2009 av cirka 830 000 personer varav 580 000 förstagångsbesökare (71).

**Verksamhetens mål/riktlinjer:** Ungdomsmottagningar är ett frivilligt åtagande för kommuner och landsting. Organisation, bemanning, innehåll och tillgången till mottagningar varierar därför. FSUM har tagit fram ett policyprogram för mottagningarnas verksamhet. Där anges att den bör omfatta områden som: Sexualitet och samlevnad, psykologiska och psykosociala frågeställningar, identitetsutveckling, psykisk hälsa och ohälsa, kulturrelaterade frågeställningar, livsstilsfrågor och allmänmedicinska frågeställningar (72).

**Arbetsätt:** Enskilda samtal, samtalsstöd i grupp och föräldrastöd. Samverkan med bland annat socialtjänst, skola/elevhälsa och barn- och ungdomspsykiatri förekommer (72).

**Hälsofrämjande/förebyggande arbete:** Unga och unga vuxna är särskilt utsatta gällande sexuell och reproduktiv ohälsa i jämförelse med andra åldersgrupper. Den sexuella hälsan har ett starkt samband med psykiskt välmående. I en undersökning av vilka metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga rapporterar ungdomsmottagningar metoder på universell, selektiv och indikerad nivå. Flera av metoderna är dock främst avsedda för behandling av identifierade problem (indikerad prevention).

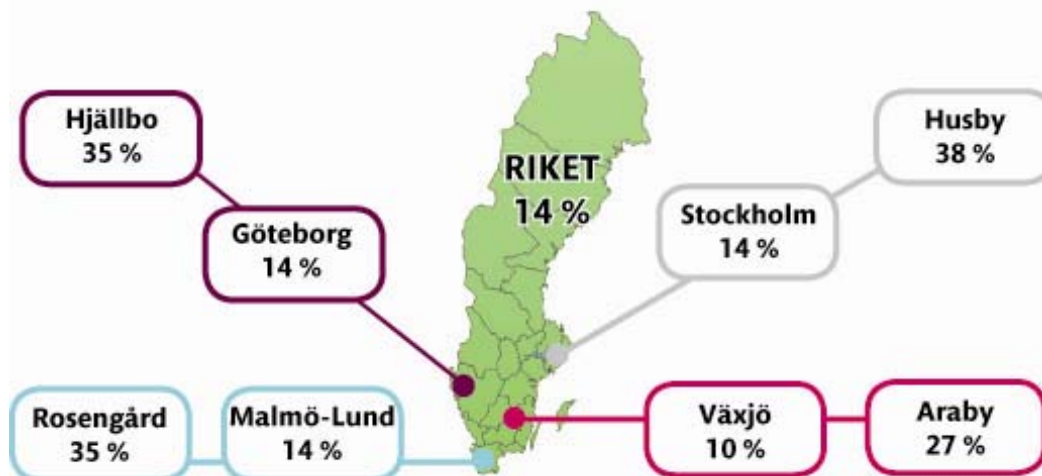
De vanligaste metoderna som används är Motiverande samtal (MI), samtalsstöd/samtalsbehandling, kartläggningsarbete bland annat med hjälp av självskattningsformulär, värderingsövningar och studiebesök i skolor. Ett antal mottagningar rapporterade även arbete med samtalsstöd i grupp med hjälp av: Depression in Swedish Adolescents (DISA), MI, Aggression Replacement Training (ART) och kognitiv beteendeterapi (72).

[www.umo.se](http://www.umo.se) tillhandhåller information inom många olika ämnen, bland annat Alkohol, Våld och Att ta hjälp. På hemsidan går det även att ställa anonyma frågor som besvaras av en barnmorska, sjuksköterska, kurator, psykolog, dietist eller läkare. Av besöksstatistiken framgår att en större målgrupp använder [umo.se](http://www.umo.se) än besöker ungdomsmottagningar (70).

## Inför arbetslivet

Unga på väg ut i arbetslivet är snarare en målgrupp än en arena. Anledningen till att den tas upp i denna bilaga är att målgruppen innebär en särskild utmaning för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som bör ske i samverkan mellan olika aktörer och där kommunen har ett uppföljningsansvar.

**Målgrupp, storlek:** Enligt SCB var 84 700 personer arbetslösa i åldern 20–24 år 2009. Samma år fanns knappt hälften av alla personer i 18–25 år inom utbildningsväsendet, bland annat på universitet och högskolor (69). Mellan åren 2007 och 2008 skedde enligt SCB en ökning av antal individer som varken arbetar eller studerar, från cirka 85 000 till cirka 102 000 individer i åldern 16–25 år (73). 20 000 av dessa var 16–19 år. Figuren nedan visar på högre förekomst i vissa boendeområden.



**Figur 3.** Andel i åldern 20–25 år som under 2006 varken arbetat eller studerat. Hela riket, lokala arbetsmarknadsområden samt fyra fokusområden. Procent.  
Kommentar: Uppgifter för Rosengård och Malmö-Lunds lokala arbetsmarknadsområde är redovisade med hänsyn till invånare som 2006 haft sin huvudarbetsgivare i Danmark enligt uppgifter från Öresundsbanken. Uppgifter för Husby är korrigerade för utbytes- och mastersstudenter boende i området. Fritt efter: Fokus 08

Källa: Fokus 08 En analys av ungas utanförskap. Ungdomsstyrelsens skrifter 2008:9. Ungdomsstyrelsen 2008

En rapport från Ungdomsstyrelsen visar att en del av de som varken arbetar eller studerar befinner sig i följande ”aktiviteter”: statliga arbetsmarknadsåtgärder, kommunalt stöd/åtgärder, egen omvårdnad av barn, egen sjukdom eller funktionsnedsättning. En del pendlar också mellan dessa aktiviteter i olika långa tidsperioder. Av de totalt cirka 20 000 bland 16–19 åringarna fanns ingen kunskap om vad drygt 60 procent av dem gjorde. Även i ålderskategorin 20–25 år utgör denna grupp den största, motsvarade cirka 30 procent (73).

**Hälsofrämjande/ förebyggande arbete:** Utmaningar för det hälsofrämjande arbetet beror dels på den del i denna grupp som saknar en uppenbar arena för ett förebyggande arbete, dels det faktum att samtidigt som deltagandet i högre utbildning har ökat markant under de senaste femton åren har andelen unga (16–24 år) med psykiska problem, oro, ångslan eller ångest tredubblats sedan 80-talet. Sverige är i detta avseende unikt. En förklaring till den ökade andelen med psykiska problem kan vara en upplevelse av en påfrestande livssituation. Svårigheten att få ett arbete kan vara en orsak till detta (39).

Att främja den psykiska hälsan för målgruppen ”inför arbetslivet” ligger på många areners ansvar och samverkan är en förutsättning för framgång. Framförallt gäller det att minska ungdomsarbetslösheten. Att klara grundskola och gymnasieskolan är till stor del en förutsättning för att få ett arbete idag. Åtgärder måste sättas in för dem som har riskerar att inte klara skolgången och övergången till arbetslivet (39). I dag ligger ansvaret på skolan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten, ansvarsfördelningen är oklar. I skollagen 2010:800 (29 kap. 9 §) finns bestämmelser om ”Information om icke skolpliktiga ungdomar”. I denna anges att kommunen ska hålla sig informerad om vad ungdomar som inte har fyllt 20 år och inte fullgjort sin skolplikt har för sysselsättning, för att kunna erbjuda dem lämpliga individuella åtgärder. Detta omfattar inte de ungdomar som har avslutat gymnasieskolan.

### *Utbildningsväsendet*

Bland de unga vuxna som efter gymnasiet studerar vidare kan ett hälsofrämjande arbete bedrivas inom utbildningsväsendet. En rapport (74) som Sveriges Förenade Studentkårer (SFS) presenterade 2008 ger en bild av hur studenter upplever sin situation och vad de anser att lärosäten bör förbättra. Några korta sammanfattande utdrag ur rapporten – intressanta utifrån hälsosynpunkt – ger bilden av att:

- Ungefär hälften av alla studenter som har funderat på att hoppa av sina studier anger stress vid sidan av sina studier som den vanligaste anledningen till detta.
- 40 procent av de som behövt stöd under sin studietid har inte fått det.
- Studenter anser att lärosäten satsar för lite på stöd för att hänga med i undervisningen.
- En närmare koppling till arbetslivet anges vara den viktigaste faktorn för att känna en större arbetsglädje/ studiemotivation.

På denna arena kan strukturellt förebyggande arbete bedrivas i form av studentstöd av studenthälsa och studie- och karriärvägledning i samarbete med institutioner.

Gällande studenthälsan står det i Högskoleförordningen att: Högskolorna skall ansvara för att studenterna har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande, som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa (75). Det finns inte några riktlinjer för hur studenthälsan ska bedrivas och studenthälsan är därmed uppbyggd på olika sätt runt om i landet samt inrymmer olika professioner. Vanligen arbetar dock sjuksköterskor och kuratorer på studenthälsan. Mindre vanligt förekommande är läkare, psykologer och folkhälsovetare.

## Referenser bilaga 2

---

- <sup>39</sup> Bremberg S., Eriksson L. (2010) *Investera i barns hälsa*. Statens folkhälsoinstitut och Gothia förlag.
- <sup>40</sup> Stockholms läns landsting (2011) *Regelbok för barnmorskemottagning/mödravårdscentral*, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting.
- <sup>41</sup> Stockholms läns landsting (2007) *Basprogram för vård under graviditet*. Mödrahälsovårdsöverläkare och Samordnande barnmorskor, Stockholms läns landsting
- <sup>42</sup> Stockholms läns landsting (2009) *Tvärprofessionella samverkansteam kring psykisk skörhet/sjukdom under graviditet och tidigt föräldraskap*.
- <sup>43</sup> Blennow M. *Tidiga insatser mot psykisk ohälsa inom barnhälsovården*.  
<http://www.slf.se/upload/16642/2PPTVIEWMB.pdf> (Hämtad 2011-05-06)
- <sup>44</sup> Socialstyrelsen (2009) *Barnhälsovårdens metoder att förebygga psykisk ohälsa hos barn - En nationell inventering*. (2009-126-160)
- <sup>45</sup> Stockholms läns landsting (2010) *Barnhälsovård - Årsrapport 2009*. Barnhälsovården i Stockholms län, Stockholms läns landsting
- <sup>46</sup> Socialstyrelsen (1996) *Barn i fokus - slutrapport*. (SoS-rapport 1996:19)
- <sup>47</sup> Barnombudsmannen (2010) *Upp till 18 – fakta om barn och ungdom*. (Barnombudsmannen rapporter 2010:01)
- <sup>48</sup> Skolverket (2010) *Läroplan för förskolan Lpfö 98*, reviderad 2010.
- <sup>49</sup> Kungliga Vetenskapsakademien (2010) *Uttalande konferens KVA 26-28 April 2010 Skola, lärande psykisk hälsa och School, learning and mental health*.
- <sup>50</sup> Socialstyrelsen (2008) *Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – En internationell inventering*. (2008-126-50)
- <sup>51</sup> Socialstyrelsen (2010) Fem publikationer om hur förskola och skola kan arbeta med barn som visar tecken på psykisk ohälsa. <http://www.socialstyrelsen.se>
- <sup>52</sup> Statistiska Central Byrån
- <sup>53</sup> Skolverket (2011) *Elevhälsan i skollagen*.
- <sup>54</sup> Gustafsson, J.-E., Allodi M. Westling, Alin Åkerman, B. Eriksson, C., Eriksson, L., Fischbein, S., Granlund, M., Gustafsson, P. Ljungdahl, S., Ogden, T., Persson, R.S. (2010). *School, learning and mental health: a systematic review*. Stockholm: The Royal Swedish Academy of Sciences, The Health Committee
- <sup>55</sup> Ahrén J. C. (2010) *Skolan och ungdomars psykosociala hälsa*. (SOU 2010:80) Delegationen för jämställdhet i skolan.
- <sup>56</sup> Sveriges kommuner och landsting (2011) *Synligt lärande. Presentation av en studie om vad som påverkar elevers studieresultat*.
- <sup>57</sup> Alvant P. (2009) *Effekter av anti-mobbingsprogram – vad säger forskningen?* Brottsförebyggande rådet.
- <sup>58</sup> Skolverket (2011) *Utvärdering av metoder mot mobbning*. (Rapport 353)
- <sup>59</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010) *Program för att förebygga psykisk hälsa hos barn. En systematisk litteraturoversikt*.
- <sup>60</sup> Ungdomsstyrelsen (2010) *Ung idag 2010*.
- <sup>61</sup> Landstinget Sörmland (2009) *Trygga och goda uppväxtvillkor – en grogrund för psykisk hälsa*.
- <sup>62</sup> Ungdomsstyrelsen (2011) *Kulturutövande har stor betydelse i ungas liv*. Artikel.  
<http://www.ungdomsstyrelsen.se/art/0,2072,8833,00.html> (Hämtad 2011-05-10)
- <sup>63</sup> Statistiska centralbyrån (2009) *Barns fritid. Levnadsvanor Rapport 116*.

- 
- <sup>64</sup> Forsell Y., Airaksinen E., Dishede Y. (2009) *Tio åtgärder för att främja unga vuxnas psykiska hälsa, Fokusrapport 2009* Stockholms läns landsting, Kommunförbundet Stockholms län
- <sup>65</sup> Statens folkhälsoinstitut (2011) *Skolbarns vanor inom fysisk aktivitet, tv-tittande och datoranvändning. Trender och sociala skillnader 2001–2010. Delresultat från undersökningen om Skolbarns hälsovanor.* (FHI, A 2011:6)
- <sup>66</sup> *Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla.* (SOU 2008:131)
- <sup>67</sup> Bokedal C., (2010) *Barns och ungdomars hälsa - en uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser.* Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting.
- <sup>68</sup> Heinemans N., Lindberg L. (2010) *Högstadielärares föräldra- och kamratrelationer: samband med hälsa och levnadsvanor.*, (KFA-rapport 2010:5) Karolinska Institutets folkhälsoakademi
- <sup>69</sup> Statistiska central byrån, [www.scb.se](http://www.scb.se), befolkningsstatistik.
- <sup>70</sup> Förening för Sveriges Ungdomsmottagningar. [www.fsum.org](http://www.fsum.org)
- <sup>71</sup> Socialstyrelsen (2009) *Ungdomsmottagning på Internet. Slutredovisning av ett regeringsuppdrag.*
- <sup>72</sup> Socialstyrelsen (2009) *Ungdomsmottagningarnas metoder för att förebygga psykisk ohälsa. En nationell inventering.*
- <sup>73</sup> Ungdomsstyrelsen (2011) *Unga som varken arbetar eller studerar – hur många är de och vad gör de?* (Skrifter från Temagruppen Unga i arbetslivet 2011:1)
- <sup>74</sup> Sverige förenade studentkårer (2008) *Klara dig själv – SFS rapport om studenters möjlighet att fullfölja studierna.*
- <sup>75</sup> 1 kap. 11 § högskoleförordningen



### Bilaga 3. Metod och verksamheter enligt UPP-centrum, Socialstyrelsen

I tabellen nedan presenteras de metoder som UPP-centrum i en nationell sammanställning har identifierat i olika verksamheter (76).

**Tabell 8.** Metoder som används inom olika verksamheter för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.

Metod	Verksamheter där metoden används
KOMET (Kommunikationsmetod, Komet)	Förskola, skola, skolhälsovård, barnhälsovård, ungdomsmottagningar, socialtjänst, barn och ungdomsmedicinska mottagningar, barn och ungdomshabilitering samt barn och ungdomspsykiatri
COPE (Community Parent Education Program)	Förskola, skolhälsovård, barnhälsovård, ungdomsmottagningar, socialtjänst, barn och ungdomshabilitering samt barn och ungdomspsykiatri
ART (Aggression Replacement Training)	Skolhälsovård, ungdomsmottagningar, socialtjänst, barn och ungdomshabilitering samt barn och ungdomspsykiatri
MI (Motivational Interview)	Skolhälsovård, mödrahälsovård, barnhälsovård, ungdomsmottagningar och socialtjänst
Vägledande samspel (International Child Developmental Program, ICDP)	Förskola, skola, barnhälsovård, ungdomsmottagningar och socialtjänst
MarteMeo	Förskola, barnhälsovård, ungdomsmottagningar, socialtjänst samt barn och ungdomshabilitering
De otroliga åren (Incredible Years, OÅ, Webster Stratton)	Förskola, skolhälsovård, socialtjänst, barn och ungdomshabilitering samt barn och ungdomspsykiatri
Aktivt föräldraskap (Active parenting)	Förskola, barnhälsovård, ungdomsmottagningar och socialtjänst,
KBT (Kognitiv Beteende Terapi)	Ungdomsmottagningar, socialtjänst, barn och ungdomshabilitering, barn och ungdomspsykiatri
rePulse	Ungdomsmottagningar, socialtjänst, barn och ungdomshabilitering, barn och ungdomspsykiatri
Stödsamtal	Ungdomsmottagningar, socialtjänst, barn och ungdomshabilitering, barn och ungdomspsykiatri
DISA (Depression in Swedish Adolescents)	Skolhälsovård, ungdomsmottagningar och socialtjänst
Friends kamratstöd	Förskola, skola och skolhälsovård
Psykodynamisk korttidsterapi	Socialtjänst, barn och ungdomshabilitering, barn och ungdomspsykiatri
SET (Social emotionell träning)	Skola, skolhälsovård och socialtjänst
Systemisk/interaktionistisk familjeterapi	Ungdomsmottagningar, socialtjänst, barn och ungdomspsykiatri
ÖPP (Örebro Preventionsprogram) (nu: EFFEKT)	Skola, skolhälsovård och socialtjänst

<sup>76</sup> Socialstyrelsen (2008) *Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.* (2008-152-50)

## Bilaga 4. Metoder och program utifrån preventionsnivå

Program utan \* eller \*\* har antingen inte uppfyllt inklusionskriterierna (har ej utvärderats med RCT i minst 6 månader) i SBU:s genomgång av program som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn, eller så saknar programmet effekt. Inget av programmen har utvärderats i en svensk RCT-studie under minst sex månader (77).

**Tabell 9.** Olika metoders och programs inriktning och dokumenterade effekter. Fritt efter SBU.

Universella metoder		Selektiva metoder		Indikerade metoder	
Namn	Inriktning	Namn	Inriktning	Namn	Inriktning
Good behavior game**	Utagerande problem – skolintervention	Triple P*	Utagerande problem – föräldrastöd	Family Check-Up*	Utagerande problem
FRIENDS**	Inåtvända problem – skolprogram	De otroliga åren*	Utagerande problem – föräldrastöd	Coping Power**	Utagerande problem – skolprogram
skolKOMET	Utagerande problem – skolintervention			Coping with Stress*** (CWS, se DISA)	Inåtvända problem
DISA (översättning och anpassning av CWS)	Inåtvända problem	COPE	Utagerande problem	COPE	Utagerande problem
SET		Komet	Utagerande problem – skola, föräldrar	Förstärkt Komet	
StegVis	Utagerande problem	CAP (svenska versioner Ersta vändpunkt och Bojen)	Barn från utsatta miljöer	CAP (svenska versioner Ersta vändpunkt och Bojen)	Barn från utsatta miljöer
Connect		Tonårskraft	Barn till missbrukande föräldrar	Tonårskraft	Barn till missbrukande föräldrar
Aktivt föräldraskap		Trappan	Barn som bevittnat våld i hemmet	Trappan	Barn som bevittnat våld i hemmet
Vägledande samtal (ICDP)				Beardslees familje-intervention	Inåtvända problem
Föräldrakraft (barn 3–6 år)		Föräldrakraft (barn 11–14 år)			

\*Programmet har begränsat vetenskapligt stöd för effekt i internationella studier. Används i Sverige.

\*\*Programmet har begränsat vetenskapligt stöd för effekt i internationella studier. Används ej i Sverige.

\*\*\*Evidens för effekt på annan preventionsnivå än avsedd i internationella studier. Används i Sverige.

<sup>77</sup> SBU (2010) Program för att förebygga psykisk hälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt.

## Bilaga 5. Lästips för ytterligare fördjupning

### Böcker

- Grundämnet. En bok med kunskap, idéer och inspiration för hälsa, lärande och utveckling i förskola och skolan. Ur ett folkhälsoperspektiv. Örebro läns landsting, kommunerna i norra Örebro län. Strands Grafiska, Örebro. Första upplagan oktober 2010
- Välfärdslandets gåta. Varför mår inte barnen lika bra som de har det? Lindblad F. Lindgren C. Carlssons bokförlag, 2009

### Rapporter

- Barns och ungas hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. FHI 2011:14. Strömberg, Stockholm 2011
- Det är väl ändå mig det handlar om?! Centrum för folkhälsa, Folkhälsoforum, 2002:1
- Förebygg för barnens skull. Om SBU:s utvärdering av program mot psykisk ohälsa hos barn. Fagerström Å. SBU. Elanders, 2011
- Geografiska och sociala skillnader i ångest och depression bland ungdomar i Stockholms län, Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2010:16
- Går det att förklara varför ungdomars psykiska hälsa är bättre i vissa skolor? En studie av skyddsfaktorer i olika skolmiljöer. Centrum för Barn- och Ungdomshälsa, 2000:2
- Hur kan man främja skolelevers psykiska hälsa? Centrum för folkhälsa, 2005:1
- Jämlikhet och hälsa i skolan, Centrum för folkhälsa, 2003:1
- På rätt spår Sörmland – Checklista för lokal uppföljning och kvalitetssäkring av förutsättningar för psykisk hälsa för barn, unga och unga vuxna 0–25 år. Landstinget Sörmland, Folkhälsocentrum, sektionen för folkhälsoarbete, 2009
- Upp till 18 – fakta om barn och ungdom. Barnombudsmannen och Statiska centralbyrån 2010

### Internet

- Modellområdesprojektet Sveriges kommuner och landsting <http://modellomraden.skl.se/>
- Projekt Noll självmord i Stockholms län – ett sätt att förverkliga nollvisionen, HSN-förvaltningen

## **Bilaga 6. Medverkande kommunala folkhälsostateger och samarbetspartners**

Hanna Lind, Botkyrka kommun

Inger Dahlberg, Haninge kommun

Daniel Öhman och Nina Mautner Granath, Nacka kommun

Catherine Forsberg, Nynäshamns kommun

Marja Salakari och Kerstin Alksten, Sigtuna kommun

Karin Hägglund, Sundbybergs kommun

Kajsa Björnson, Södertälje kommun

Helene Hagberg, Upplands Väsby kommun



ISBN 978-91-86313-84-5

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**