

LISA HELLSTRÖM &
LINDA BECKMAN

ATT FRÄMJA HÄLSA OCH FÖREBYGGA OHÄLSA BLAND UNGDOMAR

En nationell och internationell kartläggning
över initiativ och insatser



Ett samarbete mellan:



**ATT FRÄMJA HÄLSA OCH FÖREBYGGA PSYKISK
OHÄLSA BLAND UNGDOMAR: EN NATIONELL OCH
INTERNATIONELL KARTLÄGGNING ÖVER INITIATIV OCH
INSATSER**

Institutionen för Skolutveckling och Ledarskap
Malmö universitet

© Lisa Hellström, 2020

ISBN (Malmö) 978-91-7877-110-3 (pdf)

DOI 10.24834/isbn.9789178771103

LISA HELLSTRÖM &
LINDA BECKMAN

**ATT FRÄMJA HÄLSA OCH
FÖREBYGGA OHÄLSA
BLAND UNGDOMAR**

En nationell och internationell kartläggning över
initiativ och insatser

Malmö universitet, 2020
Fakulteten för Lärande och samhälle

INNEHÅLL

FÖRORD	9
REKOMMENDATIONER	11
INTRODUKTION	13
Den här rapporten	16
Bakgrund: Ungas psykiska hälsa	17
Metod	21
SVERIGE OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA	22
Övergripande ansvar och nationella riktlinjer	22
Nationella satsningar och initiativ för ungdomars psykiska hälsa - ett urval	27
Exempel på specifika insatser	33
Sammanfattning Sverige	39
NORGE OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA	41
Övergripande ansvar och nationella riktlinjer	41
Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval	43
Exempel på specifika insatser	46
Sammanfattning Norge	48
DANMARK OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA	49
Övergripande ansvar och nationella riktlinjer	49
Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval	54
Exempel på specifika insatser	56
Sammanfattning Danmark	58
FINLAND OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA	59
Övergripande ansvar och nationella riktlinjer	59
Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval	62
Exempel på specifika insatser	64
Sammanfattning Finland	66

ISLAND OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA	67
Övergripande ansvar och nationella riktlinjer	67
Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa ett urval	69
Exempel på specifika insatser	70
Sammanfattning Island	72
STORBRITANNIEN OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA.....	74
Övergripande ansvar och nationella riktlinjer	74
Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval	77
Exempel på specifika insatser	78
Sammanfattning Storbritannien	79
AUSTRALIEN OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA	81
Övergripande ansvar och nationella riktlinjer	81
Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval	85
Exempel på specifika insatser	85
Sammanfattning Australien.....	88
KANADA OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA.....	89
Övergripande ansvar och nationella riktlinjer	89
Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval	90
Exempel på specifika insatser	92
Sammanfattning Kanada	93
FRÄMJANDE OCH FÖREBYGGANDE INSATSER- VAD FUNKERAR?	94
INTERNATIONELLA KUNSKAPSÖVERSIKTER	97
Övergripande resultat från internationella kunskapsöversikter	97
Faktorer av betydelse för framgångsrika insatser	106
Utvärderade program.....	108
ARBETSMARKNADSPOLITISKA INSATSER	116
DISKUSSION	119

Arbetet i Norden, Storbritannien, Australien och Kanada	119
Internationella kunskapsöversikter- vad fungerar?.....	122
SLUTSATSER.....	129
REFERENSER.....	131

FÖRORD

Sedan 1980-talet har larmrapporterna om att unga mår psykiskt dåligt ökat nationellt såväl som i övriga västvärlden. Ungas psykiska ohälsa är en av våra största folkhälsoutmaningar och bör tas på största allvar. Unga uppger att de upplever psykiska besvär i större utsträckning och de konsumerar mer sjukvård och psykofarmaka för dessa symtom. Dock har förekomsten av allvarigare psykiska sjukdomar, som till exempel schizofreni inte ökat och merparten av de unga har en positiv framtidstro.

Mind publicerade år 2018 forskningsöversikten Unga mår allt sämre – eller? i samarbete med Länsförsäkringar med syftet att öka kunskap och medvetenhet om frågan samt nyansera debatten om ungas psykiska hälsa då det finns en risk att alarmistiska budskap påverkar unga negativt. Rapporten konstaterar att det finns flera skäl till att allt fler unga uppger psykiska besvär.

Vi har fått ett öppnare samtalsklimat, som gör att många unga är bättre på att signalera när livet är kämpigt. Att öppet kunna tala om sina problem bidrar också till att fler får hjälp inom vården. Forskningsöversikten visade också att det idag finns en tendens att försöka hitta lösningarna till dåligt mående hos individen och att det riskerar att ge en slagsida åt behandling och medikalisering.

Att unga allt oftare upplever psykiska besvär signalerar att vi också behöver uppmärksamma de förändrade livsförutsättningar som unga har idag och stärka ungas förmåga att hantera tillvaron. Unga behöver närvarande och medmänskliga vuxna som utgår från den ungas behov och som lyssnar. Rapporten lyfter även vikten av att unga som behöver vård för sina psykiska besvär bör få ett mycket snabbare, mer individanpassat och koordinerat stöd.

Denna internationella kartläggning, som genomförts av forskare vid Malmö universitet, bygger på en av rekommendationerna i föregående rapport genom att fokusera på initiativ för att utveckla barn och ungas färdigheter att hantera livets upp- och nedgångar och lära känna sina behov, styrkor och sårbarheter.

Många länder genomför insatser för att främja barn och ungas psykiska hälsa och välbefinnande. I Sverige finns inte något motsvarande nationellt initiativ och psykisk hälsa är inte heller tydligt framskrivet i läroplanen.

För att barn och unga ska utvecklas till kompetenta och välmående vuxna, behöver de få de förutsättningar som krävs. Skolan är en bra plats för att ge en jämlik tillgång till livsviktig kunskap. Vi vet också att en god fysisk och psykisk hälsa bidrar till en fungerande skolgång och till livskvalitet i stort.

Med denna internationella kartläggning vill vi sprida kunskap om initiativ och insatser samt lärdomar som man bör ta hänsyn till vid utveckling av arbetet för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga. Rapporten är också tänkt som ett underlag till dialog med beslutsfattare.

Vi anser att alla barn och unga i Sverige bör få lära sig mer om konsten att vara människa och hur de kan hjälpa sig själva och andra att må bra, fysiskt och psykiskt, i den livssituation de befinner sig i, nu och i framtiden. Detta arbete ligger i linje med Agenda 2030, FN:s globala mål för en hållbar utveckling, främst mål 3 God hälsa och välbefinnande och mål 4 God utbildning för alla.

Kristina Ström Olsson
Hälsostrateg Länsförsäkringar

Karin Schulz
Generalsekreterare Mind

REKOMMENDATIONER

Med denna rapport vill vi förmedla hopp till unga, öka kunskapen, medvetenheten och minska skammen kring psykisk ohälsa. Unga uttrycker själva att de vill ha mer kunskap om psykisk hälsa och skolan lyfts ofta som en bra plattform. Många unga vet inte vart de ska vända sig för att få hjälp med psykiska besvär och de har behov av att bli lyssnade på. Närvarande vuxna som lyssnar behövs, dock saknar många vuxna kunskap om psykiska besvär och diagnoser kopplat till psykisk ohälsa.

Psykisk hälsa bland unga är en viktig samhällsfråga som de senaste åren har fått mer uppmärksamhet i samhällsdebatten. Flera satsningar har gjorts av civilsamhällesaktörer och offentliga aktörer. Samtidigt visar den internationella kartläggningen att det är svårt att påvisa långsiktiga effekter av alla de satsningar som görs. Det kan finnas flera orsaker till detta. Det finns dock insatser som verkar mer lovande och här finns en möjlighet för beslutsfattare att göra skillnad för ungas psykiska hälsa. Förutom att bespara unga onödigt lidande är dessa insatser ofta samhällsekonomiskt kostnadseffektiva, eftersom de på sikt leder till minskat vårdsökande och bättre förutsättningar för unga att klara skolan och i förlängningen arbetslivet. Sådana satsningar går även i linje med Barnkonventionen artikel 24 om alla barns rätt till bästa möjliga hälsa, som sedan 2020 är lag i Sverige.

Utifrån kartläggningen har vi följande rekommendationer

1. Rusta unga med färdigheter om psykisk ohälsa

Unga bör få tillgång till de kunskaper och färdigheter som enligt forskning visat sig lovande för att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa. Internationellt ges flera av dessa insatser inom ramen för skolan. De behöver utveckla sina färdigheter i hur man tolkar och förstår sina egna känslor och sin kropp och vad som är vanlig livssmärta, hur man kan hantera den och när man behöver kontakta vården. Därför bör ett nationellt initiativ som når alla barn tas för att främja barn och ungas kunskap och färdigheter om psykisk hälsa för att rusta dem för livet. Det bör även inkludera information om vart man kan vända sig om man behöver ytterligare stöd eller vård. Unga ska vara delaktiga i utformningen av ett sådant initiativ.

2. Ge vuxna kunskap och verktyg om psykisk hälsa – för att underlätta stöd till unga

Barn och unga behöver närvarande vuxna som har förmågan att lyssna, fånga upp och vägleda dem. Det är inte ovanligt att vuxna i barns och ungas närhet upplever osäkerhet och saknar kunskap om psykiska besvär och diagnoser. Därför behöver vuxna, framförallt föräldrar och yrkesverksamma som jobbar nära unga, få bättre kunskap och verktyg för hur de ska möta unga på ett bättre sätt. Satsningar på att höja föräldrars kunskap om psykisk hälsa bör göras, exempelvis i form av föräldrastödsprogram och folkbildning. Lärare bör även ges grundläggande kunskaper om psykisk hälsa inom ramen för lärarutbildningen.

3. Insatser bör följas upp under en längre tid

Insatser för att främja psykisk hälsa bör planeras, implementeras och utvärderas med långtidsuppföljningar (>12 månader). Detta för att bättre kunna bedöma de långsiktiga effekterna och för att kunna utveckla och anpassa insatserna efterhand.

INTRODUKTION

Centrala begrepp

I denna rapport framkommer några begrepp som centrala. Definitionen av dessa begrepp beskrivs i följande stycke.

Coping

Coping är en psykologisk term som beskriver vilken strategi en person använder sig av för att hantera situationer som upplevs stressande eller besvärande på något sätt. Man kan säga att vår värdering av våra känslor och hur det påverkar vårt välmående avgör vilken copingstrategi vi använder. Detta skiljer sig mellan individer beroende på personlighet, hur vi uppfattar situationen och benägenheten att använda copingstrategier. Eftersom källor till vad som framkallar stress är olika i olika åldersgrupper är ålder också avgörande för vilken copingstrategi som blir vald (Lazarus & Folkman, 1984).

Evidens

I sammanhanget ”evidensbaserad vård” respektive ”evidensbaserad praktik” är evidens det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga observationer, vilka ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet så att de sammantaget kan anses utgöra ’bästa tillgängliga bevis’ i en viss fråga. Evidens kommer av latinets *evidentia*, som betyder ”tydlighet” (SBU, 2020).

”Hela skolan ansats” (Whole school approach)

En Hela skolan-ansats är exempel på en universell insats som involverar all skolpersonal, ledning, elever, vårdnadshavare i arbetet mot t.ex. psykisk ohälsa (WHO, 2020).

Hälsofrämjande och förebyggande insatser

Hälsofrämjande insatser innebär att arbeta med friskfaktorer för att uppnå generella hälsovinster. Insatserna riktar sig till alla och kan ge effekter på en rad olika hälsoproblem. Hälsofrämjande insatser är till exempel att all personal medverkar till att utveckla barnens och elever-

nas känsla för samhörighet, solidaritet och ansvar. Det främjande arbetet är en del av verksamhetens fortgående uppgifter och bör därför inte drivas som ett enskilt projekt eller bestå av enstaka tillfälliga insatser utan som en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det förebyggande arbetet arbetar med riskfaktorer och att minimera risken för att problem ska uppstå och kan t.ex. omfatta en kartläggning av verksamheten för att identifiera riskområden (Skolverket, 2012).

Livsfärdigheter/Life Skills

Det engelska begreppet Life Skills är en beteckning på de förmågor som vuxna samhällsmedborgare förväntas ha. På svenska används begreppen "livsfärdigheter" eller "livskunskap". Europeiska kommissionen har föreslagit att begreppet i dokument som används i kommissionsarbetet ska översättas som "färdigheter som utgör komplement till den akademiska utbildningen". Livsfärdigheter handlar bland annat om, enligt EU-kommission, att fatta beslut, att lösa problem, kreativt tänkande, tänka kritiskt, kunna byta perspektiv, kommunicera effektivt, bygga relationer med andra människor, ha självkänsla/inlevelseförmåga, i samtal visa respekt och inte förkasta argument, visa empati/medkänsla, ha anpassningsförmåga- vara balanserad i krävande situationer (stress, trauma och förlust), -ha ett strukturerat system för att uppnå uthållighet, och förmåga att hantera kriser (motståndskraft/resilience) (European Commission Life Skills, 2020).

Resiliens

Resiliens kan beskrivas som en återhämtningsförmåga, förmåga att klara svåra omständigheter eller påfrestningar, eller förmåga att övervinna svårigheter (Psykologilexikon, 2020b). När det handlar om en individ beskriver resiliens hur pass bra hon är på att handskas med kriser, förändringar och stress utan att brytas ner av dem. Resiliens ingår som en viktig förmåga i ungas livsfärdigheter/life skills (European Commission Life Skills, 2020).

Psykisk ohälsa

Enligt Folkhälsomyndigheten (2020) omfattar psykisk ohälsa flera olika tillstånd, med olika allvarlighetsgrad och varaktighet: från mildare och övergående besvär, till långvariga tillstånd som kraftigt påverkar funktionsförmågan. Begreppet kan alltså omfatta allt från lättare tillstånd av oro eller nedstämdhet till svåra psykiatriska tillstånd som bör behandlas av hälso- och sjukvården, såsom depression, ångestsyndrom eller schizofreni. Det kan ibland vara svårt att skilja psykiska besvär från vanliga känslottringar. Psykiska besvär är dock mer ihållande än tillfälliga, övergående känslor. De psykiska besvären kan påverka funktionsförmågan i olika grad, beroende på typ och omfattning. För att räknas som besvär ska de inte vara så omfattande att en diagnos kan ställas.

Psykoedukation

Psykoedukation/psykopedagogik avser riktad information i olika former till personer med psykiska eller sociala problem, vanligen också till deras familjer, om problemens natur. Objektiv kunskap kan då bidra till ett sakligt sätt att se på sina egna reaktions- och handlingsätt. Det ska kunna minska oro och ångest och ge en bas för behandling med andra metoder (Psykologlexikon, 2020a).

Randomiserade Kontrollerade Studier (RCT-studier)

Randomisering innebär att man slumpmässigt fördelar studiedeltagarna mellan olika behandlingsalternativ, insatser eller diagnostiska test. Fördelen med randomisering är att slumpförfarandet ska leda till att alla andra faktorer än behandlingen ska fördelas lika på de båda grupperna. Skillnaden i effekt mellan försöks- och kontrollgrupperna är då sannolikt bara beroende på behandlingen (SBU, 2017, s. 46.)

Kvasiexperimentell design

Om studien är experimentell med kontrollgrupp men där deltagarna inte randomiseras till experiment- och kontrollgrupperna handlar det om en icke-randomiserad experimentell studie. Denna designtyp kallas även kvasiexperimentell och kan också ge en indikation om orsakssamband (Shadish m.fl., 2002).

Den här rapporten

Denna rapport syftar till att samla kunskap om initiativ och insatser för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland unga i åldersgruppen 16-25 år. Detta genom att belysa exempel på insatser som används nationellt och internationellt (i ett urval av länder). Vi har i första hand sökt utvärderade insatser men även insatser som inte alltid har blivit systematiskt utvärderade och kunnat påvisa positiva effekter har inkluderats.

Den här rapporten är indelad i två större avsnitt I den första delen av rapporten beskrivs exempel på insatser i de utvalda länderna Norge, Danmark, Finland, Island, Storbritannien, Australien och Kanada som liknar den svenska kontexten i mångt och mycket och utifrån det är förhoppningen att vi kan dra lärdom av detta arbete.

Arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa kan genomföras på många olika arenor och nivåer. Många av förutsättningarna för detta arbete bestäms på regeringsnivå genom vilka myndigheter som utför arbetet med barn och ungas psykiska hälsa och hur sjukvården är organiserad. Dessa förutsättningar presenteras kortfattat i denna rapport för varje land under rubriken *Övergripande ansvar och nationella riktlinjer*. Under denna rubrik presenteras också skolans ansvar samt exempel på olika frivilligorganisationer som arbetar med psykisk ohälsa. Arbetet kan i sin tur genomföras på samhällsnivå där nationella satsningar och tidsbegränsade insatser kan riktas mot ungdomar generellt eller som riktade insatser mot sårbara grupper. I denna rapport presenteras insatser på samhällsnivå under rubriken *Nationella satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa*. Slutligen kan insatser genomföras på skolnivå, familjenivå eller individnivå. Här ingår föräldrastöd, insatser via sjukvård och psykiatri samt skolbaserade insatser. Ett urval av dessa insatser presenteras under rubriken *Exempel på specifika insatser*, för varje land. Den här översikten är på intet sätt uttömmande i den mening att allt gott som görs redovisas, utan de exempel som vi visar är just ett axplock på goda exempel. Vi är medvetna om att det görs mycket mer lokalt som den här rapporten inte tar upp.

Insatser när det gäller ungas psykiska hälsa kan genomföras av en rad olika aktörer och i olika sektioner. Med *universella* preventionsprogram

avses insatser som riktas till alla barn och ungdomar inom en viss population utan hänsyn till det enskilda barnets eller familjens speciella behov eller risknivå. *Selektiva* insatser riktar sig till grupper med barn och ungdomar som befinner sig i omständigheter som, enligt den vetenskapliga litteraturen, ökar risken för psykisk ohälsa. *Indikerade* insatser riktar sig till barn som redan uppvisar symtom på psykisk ohälsa och därför bedöms vara i riskzonen för att utveckla bestående eller allvarliga beteendeproblem (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering [SBU], 2010). I rapporten kommer insatser som bedrivs universellt, selektivt och indikerat inom sektionerna vård, arbetsmarknad och skola att beskrivas. Den psykiska hälsan påverkas av många olika faktorer och kan indirekt stärkas genom satsningar på att förbättra skolans lärmiljö, lärares arbetsmiljö, samverkan mellan olika aktörer, osv.

Den andra delen av rapporten är en bred kunskapsöversikt med olika interventioner som syftar till att främja psykisk hälsa bland unga i åldern 16–25 år. Denna del avgränsas således inte till specifika länder. När det gäller unga över 18 år handlar mycket av dessa insatser om olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder. De senaste åren har flera systematiska kunskapsöversikter om utvärderade interventioner för att främja barn och ungas psykiska hälsa publicerats. Utifrån den kunskap som redan finns har vi för den här rapporten valt att beskriva resultaten från redan publicerade kunskapsöversikter inom området. Sammanställningen syftar till att identifiera eventuella interventioner, arenor och nivåer samt inriktning (teoretisk utgångspunkt) som verkar lovande för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga.

Bakgrund: Ungas psykiska hälsa

Bilden om barn och ungas mående visar inga entydiga svar. Den självrapporterade psykiska ohälsan ökar både nationellt och internationellt. Värst drabbade är unga kvinnor. Generellt uppger var fjärde ung svensk i åldern 16–24 år nedsatt psykiskt välbefinnande. Den ökade psykiska ohälsan gäller framförallt symtom som nedstämdhet, sömnsvårigheter och olika former av smärta och värk, vilka har beskrivits som tecken på stress (SOU

2006:77; SBU, 2010). I Skolbarns Hälsovanor 2017/18 framkom att andelen som uppgav minst två psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan var 62 procent bland flickorna och bland pojkarna 35 procent (ålder 15 år) (Folkhälsomyndigheten, 2018). Diagnostiserad psykisk ohälsa hos barn i åldern 10–17 år har ökat med över 100 procent på tio år. För unga vuxna, 18–24 år, är ökningen närmare 70 procent. Sverige rapporterar högre andel unga med psykisk ohälsa än övriga nordiska länder. Att den ökade självrapporterade psykiska ohälsan ökat mer i Sverige än i övriga Norden under åren 1990-2010 kan förklaras av sämre skolresultat för åldersgruppen 15 år samt en högre andel arbetslösa i åldern 15-24 år (Bremberg, 2015). Emellertid tenderar graden av psykiska problem att avta vid övergången till gymnasieskolan, efter att ha ökat ganska stadigt under grundskolan (NOVA, 2014). Det är också intressant att notera att könsskillnader i prevalensen av psykisk hälsa förändras under puberteten. Före puberteten är det fler pojkar än flickor som uppger psykisk ohälsa, ofta beteendeproblem, och som också behandlas för dessa. Men efter puberteten dominerar flickorna rapporteringen av ökande känslomässiga problem (Mykletun et al. 2009). Sveriges regering och riksdag har vidtagit åtgärder i form av satsningar på psykiatri och skolans elevhälsoarbete, men det verkar dock inte vara tillräckligt.

Samtidigt visar undersökningar att många svenska ungdomar idag rapporterar gott psykiskt välbefinnande och att allvarliga psykiatriska diagnoser inte ökat nämnvärt. En rapport från organisationen Mind visar att alarmerande budskap och en ökad individualisering av ungas mående kan påverka ungas självbild och framtidstro negativt vilket kan bidra till fokus på vård istället för prevention (Mind, 2018). Det kan också bidra till en uppfattning bland unga att de är särskilt sårbara och därför kanske inte är i stånd att ta itu med de svårigheter de möter i sin vardag. I en del fall handlar det om strategier för att hantera helt normala känsloreaktioner. Unga som har en vuxen som lyssnar på dem upplever mindre oro inför framtiden (Mentor Sverige, 2017). Rapportförfattarna menar att nyckeln till att ge ungdomar framtidstro ligger i möten, oavsett om de sker fysiskt eller digitalt. Det handlar om att vara där unga är och skapa förutsättningar för dessa möten, både mellan unga och vuxna med också unga sinsemellan. En rapport från Socialstyrelsen (2019a) visar dock att många barn och unga i Sverige inte vet var de ska vända sig för att få stöd och hjälp om de upplever psykisk ohälsa. Rapporten visar också att många

regioner rapporterar att de egna verksamheterna själva inte alltid vet vilken aktör som ansvarar för vad när det gäller stöd och vård till unga med psykisk ohälsa. Det är därför viktigt att arbeta för att underlätta för barn och unga att hamna rätt i vård- eller omsorgssystemet redan från början (Socialstyrelsen, 2019a).

Skolans arbete med psykisk hälsa

Det finns ett växande samhällsproblem med att allt fler barn och unga idag hamnar i omfattande skolfrånvaro. Skolplikten är en av hörnstenarna i det svenska utbildningssystemet och en förutsättning för att fullgöra skolplikten och nå utbildningens mål är att eleverna är närvarande. Frånvaro samvarierar med större risk för utanförskap, skolavhopp, senare arbetslöshet, psykiska besvär, missbruk och andra riskbeteenden. En stimulerande och meningsfull skolgång samt tidiga insatser är det mest effektiva sättet att förhindra problematisk frånvaro (SOU 2016:94).

Sedan 2010 finns begreppet Elevhälsa inskrivet i den svenska skollagen (2010:800). Elevhälsan har ett uttalat hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för att arbeta för att främja elevers lärande, utveckling och hälsa. För att möta detta uppdrag anges i skollagen att elevhälsan ska omfatta kompetenserna skolhälsovård (skolläkare och skolsköterska), kurator, skolpsykolog samt personal med specialpedagogisk kompetens. I Elevhälsan möts därmed kompetenser med grund i olika teorier och utgångspunkter. I Sverige har Elevhälsan således fått en betydande roll i arbetet med elevers psykiska hälsa. När det svenska tvärprofessionella elevhälsoteamet förändrades och skrevs in i skollagen var det som följd av regeringens utredning Från dubbla spår till Elevhälsa (SOU 2000:19). Det framhölls att lärande, hälsa och skolmiljö hänger intimt samman, och beslutet blev en sammanhållen elevhälsa som därmed inkluderar skolhälsovården (Hjörne & Säljö, 2008).

Psykisk hälsa är inte tydligt framskrivet i läroplanen, trots att det står i skolans uppdrag att de genom omsorg, omtanke och generositet ska förbereda eleverna för ett aktivt deltagande i samhällslivet genom att främja deras allsidiga personliga utveckling. Då främjandet av psykisk hälsa inte explicit ingår i läroplanen är det i dagsläget upp till varje kommun att integrera initiativ för att främja ungas psykiska hälsa. Goda exempel finns i både Finland och Kanada som båda integrerat psykisk hälsa i skolsche-

mat för att öka barns och ungas kunskap och förståelse för sin egen psykiska hälsa (2018/19:566 Barn och ungas psykiska hälsa). I februari 2020 publicerade Folkhälsomyndigheten en systematisk litteraturöversikt som ger stöd för att faktorer som rör relationer i skolan, barnens skolprestationer och undervisningens innehåll, i form av kunskapshöjande insatser inom området psykisk hälsa, kan ha betydelse för förekomsten av inåtvända psykiska problem bland barn i skolåldern (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Livet efter skolan

Arbetslöshet och utanförskap bland unga som lämnar skolan och ska ta sig in på arbetsmarknaden är en oro och risk för psykisk ohälsa (SOU, 2018:11). En avslutad gymnasieutbildning har således kommit att bli en inträdesbiljett till arbete. Konsekvenserna av att inte slutföra en gymnasieutbildning är betydligt större än tidigare. I Sverige är det dock drygt en tredjedel av alla elever som inte avslutar sin gymnasieutbildning inom tre år, och så har det sett ut under lång tid. Det krävs betydligt fler tidiga och samordnade insatser med fokus på att underlätta ungas väg genom utbildningen. Det behöver dessutom finnas fler olika vägar till en fullföljd utbildning och till etablering, även för dem som av olika skäl inte har fullföljt sina gymnasiestudier. Det behöver också finnas en tydligare koppling mellan utbildning och arbete än vad som finns i dag (SOU, 2018:11). Under 2017 var det omkring 127 600 unga i Sverige som varken arbetade eller studerade i åldern 15–29 år, varav 71 400 var i åldern 15–24 år. Trots omfattande insatser de senaste 10 till 15 åren minskar inte gruppen i tillräcklig omfattning. Jobbgarantin för ungdomar är en EU-strategi och sedan 2013 ett åtagande av alla medlemsstater för att hantera ungdomsarbetslöshet som säkerställer att alla ungdomar under 25 år får ett konkret erbjudande av god kvalitet inom fyra månader efter det att de lämnar formell utbildning eller blir arbetslösa. Ett kvalitetserbjudande definieras som ett jobb, lärlingstjänst, praktik, eller fortbildning och kan anpassas till varje individuellt behov och situation. Sedan 2014 har fler än 5 miljoner ungdomar varje år deltagit i jobbgarantin, varav 3.5 miljoner har deltagit i någon form av aktivitet (European Commission, 2020).

Den pågående debatten om ungas psykiska hälsa rör frågor om hur unga mår och vad som görs för att stärka ungas psykiska hälsa och rusta dem inför framtiden. Denna rapport hoppas kunna belysa detta vidare.

Metod

Informationssökning

Information om de olika ländernas arbetssätt har inhämtats via olika sökmotorer på internet, via myndigheters officiella hemsidor och i vissa fall har frågor ställts till kontaktpersoner vid myndigheter och organisationer i Sverige och i andra länder. För beskrivningarna av ländernas övergripande riktlinjer och nationellt ansvar har rapporter utgivna av Nordic Centre for Welfare and Social Issues varit till stor hjälp. Via de olika ländernas myndigheter och organisationer har information om nationella, regionala och lokala initiativ och insatser kunnat identifieras. I den mån det har varit möjligt har sedan vidare information om specifika projekt sökts via sökmotorer på internet och i olika forskningsdatabaser.

Kunskapsöversikterna har sökts fram via internet och olika myndigheters hemsidor. Artiklar har sökts fram via google scholar och databaser vid Karlstads universitet.

Avgränsningar

Den här rapporten har avgränsats utifrån följande kriterier:

- Fokus har varit på initiativ och insatser som riktar in sig på att främja psykisk hälsa och/eller minska mild till måttlig psykisk ohälsa. Det betyder att initiativ och insatser som i första hand riktar in sig på t.ex. beteendeproblem, mobbning, allvarlig psykisk ohälsa och suicid inte primärt har beaktats. Dock har ändå insatser, som fallit inom ramen för senast nämnda utfall, och som verkar lovande tagits med i beskrivningen.
- Åldersgruppen 16-25 år har inkluderats. I de fall insatser och litteraturoversikter inkluderat ett åldersspann med yngre ungdomar har även dessa inkluderats.
- I första hand har fokus legat på att beskriva lovande insatser och vad som fungerar, men i flera fall är det viktigt att tydliggöra vad som tenderar att inte fungera.

SVERIGE OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA

Övergripande ansvar och nationella riktlinjer

Socialstyrelsen

I Sverige har Socialstyrelsen det övergripande ansvaret för att tillhandahålla lika hälso- och välfärdstjänster till alla svenska medborgare. Socialstyrelsen säkerställer goda hälso- och sjukvårdstjänster genom att arbeta med förordningar, kunskap och statliga bidrag, utarbeta riktlinjer, utöva tillsyn och uppföljningar och genomföra utvärderingar. Socialstyrelsen arbetar med att stödja forskning om effektiva metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga och att göra kunskapen tillgänglig. De arbetar också för bättre samverkan mellan de professioner som i sitt arbete möter barn och unga med tecken på psykisk ohälsa. Tidigt stöd för ungdomar ingår i den nationella strategiplanen för tillhandahållande av psykiatrisk vård och behandling (Socialstyrelsen, 2019b).

Primärvården

Primärvården ansvarar för medborgare i alla åldrar och tillhandahåller därför den första raden av psykiatritjänster för ungdomar och unga vuxna. Primärvården har ett stort antal familjecentraler och kliniker som erbjuder barn, ungdomar och deras familjer psykosocial hjälp. Psykisk ohälsa, såsom lätta till måttliga former av depression, ångest besvär eller annan psykisk ohälsa undersöks och behandlas huvudsakligen inom primärvården. När specialistbehandling behövs hänvisas patienten till specialistvården. En stor utmaning är att tillgängligheten till primärvård varierar kraftigt i olika delar av landet, särskilt för barn och ungdomar. På vissa ställen i landet ligger ansvaret för barn och ungas psykiska hälsa helt på specialistvården (Sommer, 2016a).

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

I Sverige är BUP en del av specialistvården. BUP arbetar med barn och ungdomar upp till 18 år och ibland tills de är 25 år. I Sverige kan barnet eller den unga personen själv eller via en förälder bli hänvisad till BUP. Om barnet har fyllt 18 år måste han eller hon söka hjälp själv. Hänvisning från en allmänläkare krävs inte. BUP tar emot barn och ungdomar som

bedöms ha det största behovet av hjälp. Om en specialist har bedömt att en vuxen behöver hjälp från psykiatri ska hjälp ges senast 90 dagar efter bedömningen. För barn är motsvarande dagar 30.

I samband med *Psykiatireformen 1995* överfördes mycket av ansvaret för att följa upp personer med psykisk ohälsa till kommunerna. Landstinget (primärvård och psykiatri) och kommunerna har tillsammans med *Försäkringskassan* och *Arbetsförmedlingen* ansvar för att rehabilitera personer med psykisk ohälsa (Sommer, 2016a).

Socialtjänsten

Socialtjänsten finns i varje kommun i Sverige och har till uppgift att ge stöd och hjälp till de som bor i kommunen. Socialtjänsten ska verka för att barn och unga växer upp under trygga förhållanden. I arbetet med barn som far illa är Socialtjänsten skyldiga att samverka med bland annat hälso- och sjukvården, skolan och polisen. På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen och Barnombudsmannen tagit fram information om socialtjänsten (soc) för barn och unga. Anledningen var att många barn och unga inte känner till soc, vad de gör och på vilket sätt de kan hjälpa och stötta. För att kunna ta fram information om sådant som unga undrar över har Barnombudsmannen träffat drygt 165 killar och tjejer mellan 4 och 18 år. Resultatet blev "Koll på Soc" (www.kollpasoc.se), där det finns information som har tagits fram tillsammans med barn och unga. Materialet är faktagranskat av Socialstyrelsen, som även driver webbplatsen (Socialstyrelsen, 2019c).

Sveriges kommuner och Regioner (SKR)

SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet, samt att fungera som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. SKR och regeringen har under flera år haft överenskommelser om satsningar inom området psykisk hälsa. Ett mål för arbetet är att förbättra och samordna insatserna för barn och ungas psykiska hälsa. Uppdrag Psykisk Hälsa är resultatet av en sådan tidigare överenskommelse (SKR, 2020).

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor

Med uppdrag från regeringen har denna statliga myndighet ansvar för att följa upp unga människors levnadsvillkor och det civila samhällets förutsättningar. Myndigheten ansvarar också för att följa upp riksdagens och regeringens mål för nationell ungdomspolitik, d v s ”Alla ungdomar mellan 13 och 25 år ska ha goda livsvillkor, makt att forma sina liv och ha inflytande över samhällsutvecklingen” (Regeringsproposition 2013/2014). Ungdomspolitiken är sektorsövergripande och berör många områden som utbildning, arbete, inflytande, hälsa, fritid och kultur. Ungdomspolitiken är bindande för myndigheter och vägledande för kommuner och landsting. Den nationella ungdomspolitiken utgår från barnkonventionen och de mänskliga rättigheterna och blir på så sätt även tvingande för kommunerna (Sommer, 2016a).

Folkhälsomyndigheten (FHM)

FHM är en nationell kunskapsmyndighet med uppdrag att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot olika former av hälsohot. En god folkhälsa strävar efter att vara så bra som möjligt och så jämlikt fördelad som möjligt. Regeringen har ett långsiktigt mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. För att uppnå denna ambition måste jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet tydliggöras och genomsyra folkhälsoarbetet på alla nivåer. I rollen som nationell kunskapsmyndighet ligger ett ansvar att sprida kunskap om och inspirera till användning av verksamma insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa bland barn och unga. Uppföljning av barn och ungas hälsa över tid och hur faktorer som påverkar hälsan förändras över tid är ytterligare ett ansvarsområde där datainsamlingar och analyser av dessa är viktiga instrument. Som exempel kan nämnas undersökningen Skolbarns Hälsovanor och den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på Lika Villkor (Folkhälsomyndigheten, u.å.).

Elevhälsan

Skolan är den plats som möter flest barn och unga och här finns också goda möjligheter att arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa bland unga. I den svenska skollagen (25 §) har lagstiftningen för elevhälsans del tydliggjort sambandet mellan lärande och hälsa genom att markera att elevhälsans uppgift både är att stärka skolans hälsofrämjande och

förebyggande arbete och att stödja elevens utveckling mot utbildningens mål (2010:800). Enligt lagen ska eleverna ha tillgång till medicinsk, psykosocial, psykologisk och specialpedagogisk kompetens. Socialstyrelsen och Skolverket har tagit fram vägledningsdokument för den samlade elevhälsan, men fortfarande finns ett stort tolkningsutrymme för vad elevhälsan kan göra för barns och ungas psykiska hälsa. Det innebär att insatser för psykisk hälsa kan se mycket olika ut mellan kommuner och mellan skolor. Variationen syns också i den faktiska tillgången till elevhälsans professioner, vilket bland annat uppmärksammats av Skolinspektionen (2017). I Sverige är elevhälsan ofta den första kontakt som tas när ett skolbarn upplever psykisk ohälsa och som vid behov slussar vidare till primärvården.

Ungdomsmottagningen

Ungdomsmottagningen är en lättillgänglig, kostnadsfri kommunal tjänst för ungdomar och unga vuxna (12 – 23 år). Förutom skolans organisation elevhälsan är Ungdomsmottagningen den organisation som oftast kommer i kontakt med ungdomar som upplever livskriser och psykisk ohälsa. Mottagningens huvudsakliga aktiviteter är förebyggande och inkluderar behandling av ungdomar med psykologiska, sociala, eller sexuella problem som oönskade graviditeter eller sexuellt överförda infektioner (Sommer, 2016a).

Frivilligorganisationer (ett urval)

BRIS (Barnens Rätt i Samhället) är en av Sveriges ledande barnrättsorganisationer som arbetar för ett bättre samhälle för barn. Med barnkonventionen som grund stöttar BRIS barn i utsatta situationer, mobiliserar samhället och påverkar beslutsfattare för ett samhälle där varje barn känner till sina rättigheter och där barnets rättigheter tillgodoses. BRIS har stödlinjer för barn under 18 år som vill prata med en kurator om oro för sig själv eller någon de känner, vuxna som vill prata om oro kring sina eller någon annans barn upp till 18 år, samt för idrottsledare (www.bris.se).

MIND har sedan 1931 arbetat för psykisk hälsa och är en ideell förening som skapar forum där personer kan stödja varandra med syfte att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa genom att erbjuda medmänskligt stöd, sprida kunskap och bilda opinion. Mind startade Föräldralinjen 1996, vilken bemannas av yrkesutbildade psykologer och socio- nomer. År 2012 lanserades nya stödverksamheter: webbtjänsten Självmordsupplysningen samt stöddinjen Äldrelinjen. Mind har mötesplatser på nätet (Mind forum) där unga anonymt kan prata om livet när det känns svårt genom att dela med sig, ge och få stöd, läsa fakta om psykisk ohälsa samt läsa andras berättelser (www.mind.se).

SUICIDE ZERO är en partipolitisk och religiöst obunden, medlemsstyrd ideell organisation som sedan 2013 arbetar för att radikalt minska antalet självmord. Suicide zero arbetar mot en nollvision för suicid i Sverige genom att bilda opinion och påverka beslutsfattare, öka kunskapen om suicid samt minska stigma runt psykisk ohälsa. Suicide zero håller utbildningar där de går igenom fakta och myter om suicid, lär ut hur man identifierar varningstecken för psykisk ohälsa och hur man kan stötta någon som mår dåligt. Genom podden "Självmordsöverlevarna" lyfts berättelser från personer som varit nära att ta sina liv men överlevt (www.suicidezero.se/).

TILIA är en ideell organisation som sedan 2012 arbetar för ungas psykiska hälsa. Tilia erbjuder en lättillgänglig stödverksamhet för unga med syfte att finnas där samt ge information som för övrigt saknas i samhället, ett så kallat "mellanting". Tilia riktar sig till unga som känner ångest, oro och stress samt till de som har självkritiska tankar och låg självkänsla och behöver stöd för ökad psykisk hälsa. Genom förändringsarbete syftar Tilia även till att skapa utrymme för ungas egna röster och att dessa ska vara en självklarhet i det offentliga rummet samt utbildar vuxna att vara den förändring unga behöver (<https://teamtilia.se/>).

Nationella satsningar och initiativ för ungdomars psykiska hälsa - ett urval

Under 2000-talet har flera nationella satsningar gjorts för att utveckla insatserna för barn och ungas psykiska hälsa. Bland annat har tillgängligheten till den specialiserade barnpsykiatri ökat, samt stödet av uppbyggnaden av en första linje som kan ge tidiga insatser när barn och unga visar tecken på, eller risk för, psykisk ohälsa (SKL, 2017). Under skolåren har skolan och elevhälsan ansvar för att arbeta med elevers psykiska hälsa, men många hamnar utanför den dag de lämnar skolans verksamhet. Under 2017 var det omkring 127 600 unga som varken arbetade eller studerade i åldern 15–29 år. För unga som varken arbetar eller studerar lyckas samhället många gånger inte erbjuda ett långsiktigt och samordnat stöd. Att kunna ge stöd till unga som av olika skäl hamnat utanför arbete och studier är viktigt för att underlätta deras inträde på arbetsmarknaden och förebygga utanförskap och psykisk ohälsa (SOU 2018:11).

Samverkan för ungdomar som varken arbetar eller studerar

Utbildningsdepartementet och Arbetsmarknadsdepartementet samarbetar i frågan om ungdomar som inte är i utbildning eller anställning (NEET¹). År 2015 beslutade Regeringen att tillsätta en särskild utredare, som skulle fungera som en nationell samordnare, med uppdrag att främja förbättrad samverkan mellan myndigheter, kommuner, landsting och organisationer på nationell, regional och lokal nivå avseende insatser för unga som varken arbetar eller studerar (Dir. 2015:70). Utredningen antog namnet "Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar". Syftet med åtgärderna var att förbättra villkoren för dessa unga människor att delta aktivt på arbetsmarknaden och i samhället. Ungdomar med psykisk ohälsa var en prioriterad grupp inom NEET-strategin (Utbildningsdepartementet, 2015b). För att förhindra att ungdomar hamnar i NEET och hjälper de som befinner sig i NEET att komma tillbaka till utbildning och arbete framhölls behovet av att stärka samarbetet mellan relevanta aktörer. Utredarens uppgift var därför att främja samarbete mellan myndigheter,

¹ Not in Education, Employment or Training

kommuner, landsting och organisationer på nationell, regional och lokal nivå om åtgärder för NEET. I utredarens delbetänkande *Det handlar om oss - unga som varken arbetar eller studerar* lämnades ett förslag och åtta bedömningar med stor betydelse för denna målgrupp. För närmare beskrivning av denna utredning se SOU 2018:11. Ytterligare insatser är t ex *Delegationen för unga och nyanlända till arbete (Dua)* som ska främja samverkan mellan kommun och Arbetsförmedling samt utveckling av nya samverkansformer. Syftet är att bidra till minskad ungdomsarbetslöshet och effektivisering av nyanländas etablering i arbetslivet. Uppdraget ska slutredovisas 2021.

Kommissionen för jämlik hälsa

Regeringen tillsatte i juni 2015 en kommission för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar (Dir. 2015:60). Till grund för kommitténs uppdrag låg regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Kommissionens bedömning gällande inriktningar för att skapa jämlika förutsättningar för barn löd: “Ojämlighet i livsvillkor och möjligheter mellan olika familjer bidrar till att barn har skilda förutsättningar att utvecklas under det tidiga livet. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att skapa, stötta, och stärka en god start i livet och jämlika uppväxtvillkor, så att alla barn får grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla kognitiva, emotionella, sociala och fysiska förmågor. Viktiga förutsättningar för det är:

- en jämlik mödra- och barnhälsovård,
- en likvärdig förskola av hög kvalitet, samt
- metoder och medel som sätter barnets bästa i centrum” (SOU 2017:47, sidan 79).

Uppdrag Psykisk Hälsa

Uppdrag Psykisk Hälsa är resultatet av en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om riktade insatser för att förbättra vården och omsorgen för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik (Socialdepartementet 2015). Syftet med överenskommelsen är

att stimulera en förbättring och förstärkning i verksamheterna och bidra till ökad tillgänglighet och jämlikhet. Tanken är att om alla verksamheter i kommuner, regioner och civilsamhället synkroniserar sina insatser utnyttjas resurserna mer effektivt och resultaten för barn och unga och deras familjer blir bättre. Inom Uppdrag Psykisk Hälsa bedrivs satsningar för att förbättra, stödja och samordna insatser för barn och ungas psykiska hälsa, bl.a., Sociala investeringar, SIP (Samordnad Individuell Plan för barn), Första linjen, Elevhälsan, Ungdomsmottagningar och BUP.

Den första överenskommelsen gällde tillgängligheten till BUP och hur kommuner och Landsting arbetar med insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Arbetet hade namnet *Barnlåget* och visade att det fanns behov av en synkroniserad "första linje" för tidiga insatser för barns och ungas psykiska hälsa. Modellområdesprojektet pågick under åren 2009 – 2011 och hade som syfte att synkronisera skolans, socialtjänstens och landstingens insatser. Målet var att ta fram olika modeller för en "första linje" för barn och unga som behöver hjälp med lindriga tillstånd av psykisk ohälsa (se SKL, 2015a för beskrivning av dessa modeller). Resultaten från modellområdesprojektet identifierade ett antal grundfaktorer för att få synkroniserade insatser till stånd. I det nya utvecklingsarbetet som pågick mellan 2011 – 2014, **Psynk**, arbetade man vidare med just dessa frågor. Ett exempel var vikten av ett gemensamt beslutande organ där både kommun och regioner finns representerat med flera verksamheter; skola, socialtjänst, primärvård och specialistvård. Ett 50-tal kommuner och landsting medverkade i projektet och resulterade i att fler kommuner idag arbetar med första linjen.

Första linjen

Första linjen kallas alla de verksamheter och funktioner som tar emot barn och unga som visar tidiga tecken på att må psykiskt dåligt - oavsett vad problemen beror på. Fokus ligger på själva insatserna, inte på vilken aktör som genomför dem eller hur arbetet är organiserat. Insatser i första linjen ska ges med en helhetssyn på psykisk hälsa och barnet och den ungas situation. Det innebär att första linjen ska kunna erbjuda stöd och hjälp oberoende av om skälen är psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska. Idag finns ingen tydlig reglering om vad som ska göras i olika verksamheter eller av olika huvudmän när det gäller första linjen. Det innebär att olika landsting och kommuner har olika lösningar för hur

man organiserar insatser på första linjen. I alla kommuner och landsting finns verksamheter som på olika sätt arbetar för barns och ungas psykiska hälsa. Verksamheternas uppdrag brukar antingen ha tyngdpunkt på det främjande och förebyggande arbetet – till exempel elevhälsan – eller på stödjande och behandlande insatser – till exempel BUP. Många landsting har fattat beslut om att låta barnhälsovården, primärvården eller specialistpsykiatrin utföra första linjens insatser för psykisk hälsa. I praktiken ges insatserna inte sällan av flera verksamheter, även om någon del av organisationen har ett mer uttalat uppdrag. På frågan om vilka kommunala verksamheter som har uppgifter inom första linjen för barns och ungas psykiska hälsa brukar elevhälsa, socialtjänst och verksamheter med delat huvudmannaskap, såsom familjecentraler eller ungdomsmottagningar, nämnas (Uppdrag Psykisk Hälsa, u.å.a). I en rapport från Socialstyrelsen (2019a) framkommer att tillgängligheten till första linjen varierar stort i landet. Regionerna redovisar själva förbättringsområden när det gäller första linjen. Det handlar bl.a. om att förtydliga kontaktvägar, höja personalens kompetens och att möjliggöra internetbaserade behandlingar.

Satsning på elevhälsobaserad modell för första linjen

Inom ramen för Uppdrag Psykisk Hälsa bedrivs flera olika projekt som fokuserar på elevhälsans arbete, bland annat att undersöka om det går att förstärka elevhälsan och göra den till en första linje-verksamhet i samverkan med socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En elevhälsobaserad modell innebär att skolan, elevhälsan, socialtjänsten och vården arbetar tillsammans för att erbjuda förebyggande och tidiga insatser med elevhälsan som den gemensamma arenan. Det är en modell som få kommuner har testat men som kan vara ett bra sätt att arbeta med lättillgängliga och kvalitativa insatser till barn, unga och deras föräldrar. Att ge tidiga insatser på skolan som arena innebär att barnen och de unga inte behöver förflytta sig från skolan, utan den kompetens som barnet eller den unge behöver istället kommer till skolan. I arbetet med att ta fram och testa elevhälsobaserade modeller kommer en viktig del vara att säkerställa att det främjande arbetet får en central roll i elevhälsans arbete. Under hösten 2018 genomfördes en satsning bland tio områden (kommuner med respektive landsting/region) för att ta fram modeller för en elevhälsobaserad modell för tidiga insatser. Arbetet med dessa modeller kan följas på Uppdrag Psykisk Hälsa:s hemsida (Uppdrag Psykisk Hälsa, u.å.b)

Nationella Självskadeprojektet

Detta är ett projekt under Uppdrag Psykisk Hälsa (u.å.c) som samordnar nationella insatser inom psykisk hälsa. I Nationella Självskadeprojektet arbetar medarbetare inom alla landsting och regioner tillsammans med forskare och personer med egen erfarenhet för att personer med självskadebeteende ska få ett gott bemötande, adekvat vård och rätt insatser oavsett var man söker vård. Nationella Självskadeprojektet initierades av Socialdepartementet och SKR (f.d. SKL) år 2011 som en särskild satsning riktad mot barn och unga. Sedan starten har Nationella Självskadeprojektet hunnit initiera, genomföra och samordna en rad olika insatser och delprojekt (SKL, 2015a).

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa

I en slutrapport från Socialstyrelsen gällande överenskommelserna mellan staten och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018, beskrivs det arbete som kommuner och regioner genomfört under dessa år (Socialstyrelsen, 2019a). Genom överenskommelserna om stöd till riktade insatser för barn och unga samt vuxna inom området psykisk hälsa fördelades under perioden 2016-2018 totalt 950 miljoner kronor till kommuner för att bedriva utvecklingsarbete inom området. 250 miljoner fördelades till regioner som en särskild satsning på barn och unga.

Kompetenshöjande satsningar för personalen och satsningar på specifika arbetsmetoder är de aktiviteter som flest kommuner valt att redovisa som utvecklingsarbete. Kompetenshöjande satsningar inkluderar t.ex. utbildningar, föreläsningar och deltagande på konferenser. Hälften av de kompetenshöjande insatserna har utgjorts av utbildningar som fokuserar på specifika arbetsmetoder, arbetsmodeller, arbetssätt eller förhållnings-sätt. Övriga satsningar fokuserar på en mer generell kunskapsökning om psykisk hälsa eller ohälsa. Några enstaka exempel handlar om kompetenshöjning gällande specifika målgrupper som exempelvis barn, "hemmasittare" och hbtq-personer eller sakområden såsom missbruk, samsjuklighet eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Den metod som oftast förekommer i de beskrivna exemplen är Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA), som är inriktad på att höja kunskapen om psykisk ohälsa

och på att förebygga suicid (se mer utförlig beskrivning av MHFA på sidan 84). Ytterligare metoder för suicidprevention fokuserar på integrerade vårdformer samt vård- och stödsamordning, t.ex. Assertive Community Treatment (ACT och RACT), Samordnad Individuell Plan (SIP), Vård- och stödsamordning (VOSS) och Case Management (CM). En del kommuner har fokuserat på att erbjuda tidiga insatser genom olika former av samverkan mellan exempelvis socialtjänsten och skolan eller förskolan för att tidigt fånga familjer i behov av stöd eller öka skolnärvaron. Drygt hälften av kommunerna beskrev satsningar inom området psykisk hälsa som fokuserar på förebyggande arbete, informations- och kunskapsspridning (inklusive information om var befolkningen kan söka hjälp), tidig upptäckt och insatser i ett tidigare skede. Till stor del är satsningarna i denna grupp aktiviteter inriktade på suicidförebyggande arbete genom storskaliga utbildningar i MHFA-metoden, till både profession och allmänhet, liksom annat suicidpreventivt arbete.

Ungefär en fjärdedel av de satsningar som skett i kommunerna handlar om samverkan på olika sätt, mellan huvudmän, brukarorganisationer och olika aktörer på ett mer övergripande strategisk eller ett organisatorisk plan. Ett exempel på detta är att socialförvaltningen och barn- och utbildningsförvaltningen har utökat samarbetet och samverkan via "Prevention-såret", vilket innebär att så kallat "ungdomsstöd" är ute i alla klasser i årskurserna 6 till 9 och arbetar tematiskt med förebyggande och främjande insatser. Ett annat exempel är ett samverkansprojekt mellan skola och socialtjänst vid orosanmälningar gällande barn, där syftet är att tidigt göra familjerna delaktiga för att synliggöra och tillgängliggöra stödinsatser i ett tidigare skede. För fler exempel se Socialstyrelsens rapport (2019a).

Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Arbetsmarknadsutbildning är yrkesinriktade utbildningar som syftar till att öka de arbetssökandes möjligheter att få ett arbete samt att underlätta för arbetsgivarna att få arbetskraft med lämplig kompetens. Utbildningen varar normalt som längst sex månader. Under 2017 fick Arbetsförmedlingen i uppdrag av regeringen att redovisa bättre resultat i övergången till arbete efter avslutad arbetsmarknadsutbildning. I uppdraget betonas att det är viktigt att anpassa utbildningarna till arbetsgivarnas behov, för att kunna öka effekten av programmet. Endast de arbetssökande

som bedöms kunna få och behålla ett arbete efter genomförd utbildning får delta. I Arbetsförmedlingens strategi för matchning till jobb genom utbildning lyfts därför behoven av att i större utsträckning än tidigare anpassa arbetsmarknadsutbildningarna utifrån arbetsgivarna behov (Arbetsförmedlingen, 2017).

Jobbgaranti för ungdomar

I Sverige är målgruppen för detta EU- initiativ ungdomar från 16 till 24 år som har registrerats som arbetslösa arbetssökande hos Arbetsförmedlingen i minst 90 dagar de senaste fyra månaderna. Ungdomar med särskilda behov (t.ex. psykisk ohälsa) kan skrivas in i programmet tidigare och behöver således inte vänta i 90 dagar. Jobbgarantin för ungdomar är ett program som består av individuellt utformade insatser och stöd, kombinerat med att de unga samtidigt aktivt söker jobb. Målet är att erbjuda ungdomar möjligheter som kan leda dem så snabbt som möjligt att få ett jobb eller gå in i utbildning som kan leda till sysselsättning. Exempel på insatser är studie- och yrkesvägledning, jobbsökaraktiviteter med coaching, praktik, utbildning i upp till sex månader, stöd och rådgivning vid tanke om att starta eget företag, arbetslivsinriktad rehabilitering, eller arbetsträning på en arbetsplats. Ungdomar kan vara inskrivna i jobbgarantin maximalt 15 månader (Arbetsförmedlingen, u.å.a).

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Ungdomar som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning och/eller en historik av ohälsa kan i upp till sex månader delta i arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för jobbgarantin för ungdomar. Insatserna inom arbetslivsinriktad rehabilitering kan vara av vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande karaktär och anpassas individuellt så att deltagaren kan delta i jobbgarantin på samma villkor som gäller för övriga arbetssökande (Arbetsförmedlingen, u.å.b).

Exempel på specifika insatser

På förfrågan av Kungliga Vetenskapsakademien och UPP-centrum (Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa) vid Socialstyrelsen tog Statens beredning för medicinsk och social utvärdering fram rapporten *Pro-*

gram för att förebygga psykisk ohälsa hos barn (SBU, 2010). SBU:s rapport visade att många insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos barn används i Sverige. Inget av dem har dock utvärderats med RCT-design med minst sex månaders uppföljning (bl.a. KOMET, COPE, SET, Steg-Vis, Beardless familjeintervention, Connect och DISA). Läs mer om resultatet från SBU:s litteraturöversikt på sidan 112.

Family check-up (FCU)

FCU är en modell för att stödja och vägleda föräldrar. Den syftar till att minska barns beteendeproblem genom att stärka föräldrars strategier och ledarskap i familjen och riktar sig till familjer med barn mellan 2 och 17 år. Metoden bygger på en korttidsintervention som handlar om att minska bråk för att få ett trevligare klimat hemma, skapa fungerande rutiner i vardagen, skapa ett bättre samarbete med skolan, sätta hälsosamma gränser och hitta fler positiva stunder med familjen. Metodens teoretiska förankring hämtas från social inlärningsteori, kognitiv beteendeterapi, systemisk familjeterapi och ekologisk utvecklingsteori (Ghaderi et al., 2018). FCU används av verksamheter som arbetar med barn och deras familjer, t.ex. socialtjänsten, elevhälsan och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Modellen innehåller en kartläggning som tydliggör familjens styrkor och utvecklingsområden och som motiverar och ökar familjens engagemang. Tillsammans sätts mål upp som möter varje familjs unika behov. FCU hjälper föräldrar att stärka sitt föräldraskap i praktiken genom att de får kunskaper om, och får öva på, positiv uppmärksamhet, kommunikation och gränssättning. Mer än 20 års forskning på FCU i USA visar på positiva resultat för hur barn och tonåringar mår och uppför sig. Forskning visar också att symtom på depression minskar hos föräldrar som deltar i FCU, vilket även kan påverka barnens psykiska hälsa positivt. I Sverige har FCU implementerats i Västra Götalandsregionen av Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. En svensk studie av FCU publicerades 2018 med positiva utfall gällande barnens beteendeproblem och hemsituation. Effekterna kvarstod vid uppföljning ett och två år efter behandling (Ghaderi et al., 2018).

Första Hjälpen till Psykisk Hälsa (“Mental Health First Aid”, “MHFA”)

The Mental Health First Aid Training and Research program (MHFA), som på svenska fått namnet Första hjälpen till psykisk hälsa, kommer ursprungligen från Australien (Kitchener & Jorm, 2002) och baseras på psykoedukation. Se utförligare beskrivning om programmet i avsnittet om Australien, sidan 84.

Youth Aware of Mental Health, YAM

I Stockholms län genomförs nu YAM – en hälsofrämjande och preventiv insats med syftet att förbättra den psykiska hälsan och minska självmordshandlingar hos skolelever. YAM har under tre års tid genomförts som en pilot och som ett forskningsprojekt på 163 skolor med 10 000 elever (årskurs 7–8) i Stockholmsområdet. Utbildningen leds av instruktörer utbildade av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) och skolornas personal deltar inte vid dessa tillfällen. En publicerad artikel beräknas komma under våren 2020. Se mer utförlig beskrivning av YAM på sidan 112.

PALS

PALS- Sverige är en anpassning av det amerikanska skolomfattande programmet SWPBS (*School Wide Positive Behavior Support, SWPBS*). För närmare beskrivning av PALS upplägg, se sidan 109. I Sverige har PALS sedan 2010 implementeras i Västra Götalandsregionen på skolor i Marks kommun, Ale kommun, Ulricehamns kommun och i Göteborgs Stad. Implementeringen görs med stöd av Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa, som också utbildar PALS-instruktörer som i sin tur handleder PALS-team ute på skolorna. I dagsläget har ca 20 instruktörer utbildats som i sin tur implementerat PALS på 32 skolor i Sverige. Utbildningen till PALS-instruktör omfattar 1.5 år där det ingår utbildning och handledning. Instruktörerna introducerar PALS vidare till skolpersonal parallellt med sin utbildning och får också handledning i detta. I PALS ingår tre moduler där modul ett är implementering på generell nivå och modul två och tre sker på indikerad nivå. Implementeringen av modul ett måste vara uppfylld innan efterföljande moduler kan påbörjas. Alla aktuella PALS-skolor i Västra Götalandsregionen befinner sig för närvarande i modul ett, som beräknas ha en implementeringstid på ca 3–5 år. Enligt ansvariga på Utvecklingscentrum (personlig kontakt, 2020) är utmaningarna att vara

uthållig för att dra nytta av det systematiska och övergripande upplägget som insatsen bygger på. I metodmanualen finns det verktyg för systematisk bedömning, beslutfattande, planering och utvärdering av insatsens olika åtgärder och metoder. Utöver dessa används även kvalitativa uppföljningar av Utvecklingscentrum för att fånga upp PALS-instruktörers och PALS-teamens upplevelser och behov av att stärka implementeringsprocessen.

Tidiga och förebyggande insatser till barn och unga - exempel på samverkansmodeller i Stockholms län

Hamnen: På den öppna mottagningen Hamnen i Gustavsberg som startade 2008 får barn och ungdomar mellan 0–18 år och deras föräldrar stöd vid psykisk ohälsa. Syftet är att hitta en modell för att bedriva första linjens barn- och ungdomspsykiatri (landstingets uppdrag) samt att ge förebyggande stöd till barnfamiljer i kommunen (kommunens uppdrag). Verksamheten är kostnadsfri och drivs i samarbete med Värmdö kommun och Region Stockholm. Med öppen mottagning menas att det inte behövs något beslut om insats från en myndighet eller remiss från läkare för att besöka Hamnen. Hamnen strävar efter att arbeta med evidensbaserade metoder för att ta fram flöde för mottagningen, mätinstrument för bedömning och behandlingsutvärdering. Viktiga erfarenheter från mottagningens verksamhet visar bl.a. att en organisation bestående av psykolog med KBT utbildning, socionom samt specialpedagog med kunskap i föräldrastödsprogram har kunnat möta de behov som funnits, ingen ytterligare profession har saknats av personalen eller efterfrågats av familjerna. Den största bristen gällande bedömning av psykisk ohälsa sågs vid neuropsykiatrisk problematik. För alla behandlingar på Hamnen tyder data på att barnen mår signifikant bättre efter insatsen. För barn som gått i KBT uppnåddes måttliga till stora effekter (Stockholms läns landsting, u.å.).

Skolsociala team: Dessa team består av personal från skolan och socialtjänsten med syfte att stötta och hjälpa elever med upprepad eller långvarig skolfrånvaro. År 2013 startade "Pilotprojekt samverkan skola och socialtjänst" (PPSS) i åtta stadsdelsförvaltningar i Stockholms stad. Syftet med projektet var att hitta metoder som stöttar elever med skolfrånvaro och att hjälpa dem att bli behöriga till gymnasiet. När projektet följdes

upp 2015 intervjuades 17 elever som berättade att deras frånvaro hade minskat och samtliga elever skulle rekommendera insatsen. Vidare ansåg både skolan och socialtjänsten att projektet hade en positiv påverkan på samarbetet mellan myndigheterna. Med erfarenheter från PPSS-projektet startades 2018 sju skolsociala team i Stockholms ytterstadsdelar. Syftet med teamen är att minska skolfrånvaron, öka måluppfyllelsen och öka andelen gymnasiebehöriga. För att öka skolnärvaro och minska skolfrånvaro behövs det insatser på olika nivåer, dvs närvarofrämjande insatser, förebyggande och målinriktade insatser samt insatser där skolfrånvaron redan är problematisk. För de skolsociala teamen är det viktigt att jobba på samtliga nivåer.

Coze: Chatbot som digital följeslagare för hälsofrämjande insatser

Region Skåne och RISE har tillsammans med unga, sjukvården, idéburen sektor och näringsliv utvecklat ett koncept som kallas Coze. Arbetet har skett i samarbete med flera regioner, företag och ideell sektor. Upptakten till Coze är många års arbete (personlig kommunikation med Jonas Mattning vid RISE 2020-04-08). Under hösten 2018 genomfördes ett antal workshops tillsammans med ungdomar, ideella organisationer, elevhälsan, socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagningarna och Innovation Skåne. Arbetet har resulterat i konceptet Coze, som är en digital hälsofrämjande följeslagare. I grunden är det en chatbot som kan lära sig användarnas unika känslor och ge dem stöd. Tanken är att barn och unga, när som helst ska kunna prata med Coze i en trygg miljö. Chatboten lär sig varje användares unika känslor, vanor och rutiner. Samtidigt lär sig användaren hur olika interaktioner med chatboten påverkar det egna välmåendet, något som kan avläsas i så kallade EPOIs (emotional points of interest) som mäter känslor som ilska, stress, oro och glädje. Det går också att dela erfarenheter med andra användare (Innovation Skåne, 2020). Förhoppningen är att konceptet så småningom ska kunna omsättas i en digital applikation.

HiDi (Hälsofrämjande insatser för Digitalt Infödda¹)

¹ "Digital natives" eller "digitalt infödda" syftar på de som är födda under eller efter att digital teknik blev en väsentlig del av vårt samhälle 1997 och senare. Andra som föddes innan den digitala tidsålder som har fått lära och anpassa sig till den senare i livet, är "digital immigrants", det vill säga "digitala invandrare". <https://sites.google.com/view/hi-di/startside>

HiDi är ett samarbete mellan Region Skåne, Innovation Skåne och RISE. Syftet med samarbetet är att underlätta för samhällets olika aktörer att mötas med sina olika uppdrag och förutsättningar i samskapande av hälsofrämjande insatser med digitalt infödda. Målet med samarbetet är att utveckla dynamiska samarbeten för hälsofrämjande insatser som är data-drivna och utgår från ett angreppssätt där digitalt infödda både deltar och påverkar som experter om sig själva. Arbetet kommer att resultera i ett antal förslag, prototyper och koncept som ska ligga till grund för fortsatta samarbeten mellan olika samhällsaktörer. Projektet centreras kring tre olika aktiviteter som utgår från projektets grundprinciper om deltagande design. Tre olika aktiviteter genomfördes 2018; “Experiment workshop” - om hälsa, teknik och data med skolelever på grundskolor och gymnasium, samt “Prototyp workshop” - där olika aktörer (BUP, BRIS, m.fl.) diskuterade lösningar på utmaningar de hade med sig. I den tredje aktiviteten i projektet - Analys workshop - möttes representanter från Innovation Skåne, Region Skåne, BUP, SLL och RKUF för att skapa samsyn gällande organisationens uppdrag, drivkraft, resurser, förmågor, varumärken och utmaningar. *Texten är direkt tagen från projektets hemsida där också utförliga information om projektet finns att läsa (<https://sites.google.com/view/hi-di/startside>).*

Första linjen - en satsning med digitalt inslag i Karlstadsområdet

Första linjen i Karlstadsområdet (Forshaga, Grums, Hammarö, Karlstad och Kil) startade i början av 2015 och vände sig till barn och ungdomar i åldrarna 6–20 år med lindrig till måttlig psykisk ohälsa och/eller riskbruk. Denna specifika satsning har varit ett samarbete mellan Experio Lab och Första linjen i Karlstad. Syftet med projektet har varit att med hjälp av användarinvolvering och designmetodik skapa förutsättningar för att bygga upp en Första linje-verksamhet som möter unga på deras villkor. Målet i projektet har varit att utveckla digitala användarvänliga vårdtjänster tillsammans med digitalt infödda ungdomar; att utveckla nya arbetsätt och kompetensutveckling för vårdpersonal på första linjen. En viktig utgångspunkt har varit att utnyttja kraften i att ungdomarna är “digitalt infödda” genom att ta vara på deras mobila vanor av tjänster som är anpassade, flexibla och tillgängliga. Projektet startade våren 2015 och pågick under hela 2016. Verksamheten har ett delat ägarskap mellan landsting

och kommun, för att minimera risken för luckor mellan olika verksamheter och ansvarsområden.

Under våren 2015 genomförde Experio Lab en designutbildning med personalen på Första linjen där man provade olika designmetoder och verktyg för att öka intresset för och kunskaper om hur man kan använda design i sitt utvecklingsarbete. Med start hösten 2015 drev ett designteam, bestående av tjänstedesigner och vårdpersonal, tillsammans ett gemensamt researcharbete för att identifiera ungas behov och beteenden. Analysarbetet pekade tydligt mot behovet av tidiga, förebyggande insatser för att öka kunskaperna om psykisk ohälsa och minska barriärerna till att söka hjälp. Arbetet resulterade i ett koncept för en webbtjänst som ska göra den första kontakten med verksamheten mer lättillgänglig och trygg. I projektet har en rad olika aktiviteter genomförts som bidrar till ökad innovationsförmåga och kunskapsöverföring från Experio Lab till Första linjen. Resultatet av projektet är webbtjänsten *hurmårdu.nu* som ger unga en enkel och lättillgänglig ingång till Första linjen och hjälper dem att på ett bekvämt sätt formulera sina bekymmer så att Första linjen snabbt och säkert kan erbjuda det stöd den unga behöver. För mer information se projektets slutrapport (Landstinget i Värmland, 2017).

Sammanfattning Sverige

I Sverige bedrivs arbetet med ungas psykiska hälsa på många nivåer. Det finns tydliga arenor för detta arbete (till exempel skola, vård, ideella föreningar, lagstiftning). I Sveriges är uppbyggnaden av en första linje tänkt att hjälpa unga att tidigt hitta rätt hjälp och vård vid psykisk ohälsa genom god samverkan mellan olika insatser. Denna första linje kan se olika ut i olika regioner/kommuner och det finns också många lokala exempel på detta. Trots detta arbete upplever många unga att de inte riktigt vet var de ska vända sig för att söka hjälp. Detta kan vara en indikation på att det behövs bättre kommunikation med ungdomarna om var de ska vända sig.

Skolan ansvarar, genom elevhälsan med dess olika professioner, för att arbeta med psykisk hälsa. Elevhälsan har ett tydligt uppdrag när de unga är i skolåldern men när de unga lämnar skolan finns det en risk att många inte vet var de ska ta vägen eller vända sig för hjälp. Här bör kanske skolan i samarbete med övriga viktiga aktörer rusta eleverna bättre – för att

de ska klara övergången till arbetslivet och livet efter skolan på ett tillfredställande sätt. Detta behov är troligtvis särskilt stort bland ungdomar från familjer med mindre närvarande föräldrar.

Det förekommer arbete på nationell nivå för att stärka samverkan mellan olika aktörer som arbetar med att förbättra villkoren för unga som inte är i utbildning eller anställning (NEET). Metoder för att främja psykisk hälsa bland unga som används i Sverige är bland annat familjestödsinsatsen Family check-up; insatsen Första hjälpen till Psykisk Hälsa (Mental Health First Aid, MHFA); den suicid-preventiva insatsen Youth Aware of Mental Health, YAM; den universella skolomfattade insatsen PALS.

NORGE OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA

Övergripande ansvar och nationella riktlinjer

Liksom andra länder har det skett stora förändringar i arbetet med psykisk ohälsa i Norge de senaste 30 åren. Den institutionella psykiatrin i Norge har minskat avsevärt medan lokala tjänster och distriktspsykiatriska centra (DPS) har byggts upp. Ansvaret för utbudet av tjänster för ungdomar (såväl som för vuxna) med psykisk ohälsa, är indelat mellan olika administrativa nivåer. Kommunerna ansvarar för drift och planering av allmänna vård- och omsorgstjänster, landstingen har ett liknande ansvar för utbudet av specialistvård, medan staten har det yttersta ansvaret för juridiska och ekonomiska ramvillkor för tjänsterna (Sommer, 2016b).

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (motsvarande svenska Socialstyrelsen) har på uppdrag av Hälso- och omsorgsdepartementet det övergripande ansvaret för befolkningens hälsa. Nationella fokusområden inom psykisk ohälsa för ungdomar beskrivs i *Utvecklingsplanen för Psykisk Hälsa 1999–2008* och i regeringens strategiplan för barn och ungdomars *Psykisk hälsa - Tillsammans om psykisk hälsa* (Sommer, 2016b). Utvärderingen av *Utvecklingsplanen för Psykisk Hälsa (2001–2009)*, genomförd av Norges forskningsråd, visar att arbetet bidragit till att fler människor får hjälp för sina psykiska problem, inklusive barn och ungdomar. Utöver större kapacitet visade utvärderingen också ett behov av bättre samordning inom och mellan de tjänster och organisationer som patienter och användare kommer i kontakt med.

Arbets- och välfärdsförvaltningen (NAV)

NAV inrättades 2006 och är Norges försäkringskassa, arbetsförmedling och kommunernas socialtjänst i en myndighet och är både en statlig och kommunal förvaltning. Genom NAV samarbetar lokala och statliga myndigheter och förvaltningens 456 lokala kontor finns till för ungdomar med psykisk ohälsa som ligger utanför formell utbildning och arbete. Tjänsterna som erbjuds beror på lokala behov. Varje lokal myndighet och NAV

är överens om vilka lokala myndighetstjänster deras kontor ska tillhandahålla. Förutom de lokala NAV-kontoren finns det fler än hundra specialenheter som utför centraliserade uppgifter (NAV, u.å.).

Primärvården - "Fastlegen" och specialistvård

I Norge är den närmsta vården Fastlegen, (på sv. husläkare) ett kommunalt ansvar medan resten av vården – sjukhus och olika specialistmottagningar har statligt huvudmannaskap. Primärvården omfattar allmänläkare, hälsocentraler, elevhälsovård och andra tjänster för psykisk hälsa som är viktiga aktörer, både i det förebyggande arbetet och i uppföljning och behandling av ungdomar med psykisk ohälsa. Kommunerna har skyldighet och ansvar för att följa upp barn och unga med psykisk ohälsa och specialisthälsovården träder in när mer specialiserad utredning och behandling behövs (Sommer, 2016b).

Specialistvården ansvarar för barn- och ungdomspsykiatri (BUPA) fram till 18 års ålder som därefter övergår till psykiatrisk vård för vuxna. BUPA består av både decentraliserade och centraliserade avdelningar. Sjukvårdstjänster tillhandahålls främst av decentraliserade kliniker. Specialiserad psykiatrisk utredning och behandling för personer över 18 år tillhandahålls huvudsakligen av distriktpsychiatriska centra (DPS). Det finns en väntetidsgaranti för barn och ungdomar under 23 år, med rätt till hälsovård i den specialiserade hälsovården. Enligt garantivillkoren ska ingen vänta på sjukvård mer än 65 arbetsdagar efter remiss. Vårdcentralerna och elevhälsan är centrala aktörer för att fånga de tidiga stadierna av psykisk ohälsa hos ungdomar, råda föräldrar och om nödvändigt hänvisa den unga till mer specialiserad uppföljning (Sommer, 2016b).

Folkhelseinstituttet

Norska instituttet för folkhälsa är en myndighet under ministeriet för hälsa och vård. Institutet ansvarar för kunskapsproduktion och systematiska granskningar för hälsosektorn och tillhandahåller kunskap om hälsotillståndet i befolkningen, påverkande faktorer och hur den kan förbättras.

Elevhälsa och ungdomsmottagning

Kommunen har det övergripande ansvaret för skolhälsovården. Skolhälsovården ska involveras i skolans arbete med att planera insatser på universell, grupp och individnivå och kan bestå av skolsköterska (hälsosyster), barnmorska, skolläkare och fysioterapeut. Om nödvändigt, ska kommunen också ansluta psykolog, ergonom och högskoleutbildad personal med pedagogisk och social kompetens. Alla barn ska få möjlighet till en hälsoundersökning vid skolstart som bör omfatta samtal med skolsköterska och somatisk undersökning hos läkare. Hälsostations- och skolhälso-tjänsten är viktiga arenor som ska samarbeta med andra kommunala tjänster som till exempel socialtjänst, förskola, skola och PP-tjänst samt tandhälsa (Socialstyrelsen, 2012). Alla kommuner ska också ha en hälsomottagning för ungdomar (HFU) upp till 20 års ålder. HFU är en kostnadsfri och tvärdisciplinär insats för unga personer som kan bestå av sjuksköterskor, läkare och psykolog. HFU är tänkt att vara ett supplement till dem som inte har tillgång till elevhälsan. Till HFU kan unga vända sig i frågor om bl.a. abort, psykisk och social hälsa, prevention, våld och övergrepp (Helsedirektoratet, 2019).

Pedagogisk-psykologisk rådgivningstjänst (PPT)

PPT ska erbjudas av varje kommun vilken ska ge både psykologisk och specialpedagogisk hjälp till barn och ungdomar. Funktionen innebär rådgivning till elever, föräldrar och skolpersonal om frågor som rör komplicerad inläring och frågor om specialundervisning (Regjeringen.no, 2020).

Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval

Den Nationella Strategin för Arbete och Psykisk Hälsa (2007–2012) är ett nationellt femårigt brett initiativ som riktar sig till unga under 35 år med psykisk ohälsa och ett eventuellt samtidig drogmissbruk. Ett viktigt mål är att samordna respektive initiativ från den *Nya Arbets- och Välfärdsförvaltningen* (NAV), vård-och omsorg och skolor och samarbete för ett mer *Inkluderande Arbetsliv (IA-samarbetet)*. Erfarenheter från den Nationella Strategiplanen för arbete och psykisk hälsa visar att ett långsiktigt och systematiskt initiativ behövs för att uppnå en förändring för individen, för arbetslivet och för samhället.

Psykisk hälsa i skolan

Psykisk hälsa i skolan är ett finansierat stöd sprunget ur Utvecklingsplanen för psykisk hälsa och är ett samarbete mellan bland annat Helseledningsdirektoratet och Utbildningsdirektoratet. Stödet syftar till att bidra till hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som stärker skolornas egna strukturer och färdigheter inom området. Projektet var ett nationellt skolinitiativ (2004–2008) med utbildningsprogram för grundskolor och gymnasieskolor. Syftet med projektet var att:

- Stärka lärande, hälsa och välbefinnande bland eleverna i skolan som upplever psykisk ohälsa.
- Öka kunskap och kompetens om psykisk ohälsa bland lärare och andra aktörer i skolan.
- Fortsätta att stärka skolans systematiska arbete för att skapa en inlärningsmiljö som främjar psykisk hälsa för alla elever.
- Stärka samarbetet mellan viktiga institutioner för elevernas inlärningsmiljö och psykisk hälsa.

Utifrån detta övergripande projekt har flera program för att förebygga psykisk ohälsa blivit finansierade i Norges skolor. År 2017 blev bland annat (här redovisas inte de program som riktade sig till barn under 10 år) följande program tilldelade medel: Venn, Drömskolan, Hur är det med Monica?, Alla har en psykisk hälsa samt Olweusprogrammet. Få av dessa har blivit systematiskt utvärderade i Norge, med undantag från Olweusprogrammet som är det anti-mobbingsprogram som har genomgått flest utvärderingar (Skogen et al., 2018).

New giv

Den norska regeringen inledde 2011 "*New GIV*", ett treårigt projekt för att öka genomströmningen av gymnasieutbildningen. *Uppföljningsprojektet* är ett av fokusområdena i *New GIV*, där syftet är att stärka insatserna och följa upp ungdomar (16–21 år) som är på väg att avsluta eller har avslutat sin gymnasieutbildning. Detta görs genom att testa nya utbildningsmodeller som kombinerar arbetslivserfarenhet med läroplanens mål i gymnasieutbildningen och genom att stärka samarbetet mellan de olika aktörerna som är ansvariga för målgruppen. Ett annat mål är att utveckla personalens färdigheter. En utvärderingsrapport av Uppföljnings-

projektet har publicerats baserat på en undersökning av åtgärder som initieras för målgruppen (Sletten, Bakken & Sandlie, 2013). Undersökningen utvärderar också hur skolchefer och personal i uppföljningstjänsten och NAV upplever samarbetsrelationerna och initiativ riktade mot målgruppen. Rapporten ger dessutom en bild av hur ungdomar upplever de åtgärder de deltar i och hur de gymnasieåtgärder som har inletts inom ramen för New GIV-arbete. De viktigaste slutsatserna i rapporten är att ett ökat samarbete mellan flera aktörer är effektiva åtgärder för ungdomar som är utanför utbildning och arbete. En enkätundersökning i samma projekt (Sletten, Bakken & Sandlie, 2013) riktad till utövare och personal som dagligen arbetar med ungdomar konstaterade att projektet mestadels har varit effektivt för att stärka samarbetsrelationer. Även om många av åtgärderna för ungdomar i målgruppen för uppföljningstjänsten syftade till att ge unga dokumenterade färdigheter i kombination med arbetslivserfarenhet, ansåg relativt få av de som arbetar med ungdomar dagligen att uppföljningsprojektet bidrog till att öka användningen av utbildningsprogram som kombinerar arbetslivserfarenhet med läroplanens mål.

Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Inkluderande Arbetsliv (IA-överenskommelsen) är överenskommelser mellan myndigheter och aktörer i arbetslivet som startade 2001. IA-överenskommelsen baseras på samarbete och tillit mellan myndigheter, anställda och arbetsgivare. Det övergripande syftet är att förbättra arbetsmiljön och arbetsnärvaro, få in personer med funktionsnedsättningar i arbetslivet, förebygga och minska sjukfrånvaro och förebygga dropout från arbetslivet (Norges Regering, 2014). Någon studie som sammanfattar hela IA-avtalets effekt finns det emellertid inte och det saknas också nordiska jämförelser.

Garantisystem för ungdomar

Garantisystem för ungdomar syftar till att förhindra långvarig arbetslöshet och passivitet för ungdomar mellan 20 och 24 år, som kanske redan har upplevt långa perioder av arbetslöshet eller som inte har haft en plats i skolan under de senaste sex månaderna. Garantierna innehåller tre huvudtyper av åtgärder: 1) *Ungdomsgaranti*. Ungdomar under 20 år som inte har någon skolplats och inget jobb. Denna grupp kommer att erbjudas

arbetsmarknadsåtgärder. 2) *Åtgärdsgaranti*. Ungdomar mellan 20 och 24 år som har varit arbetslösa i sex månader eller mer. Denna grupp kommer att garanteras ett erbjudande om arbetsmarknadsåtgärder. 3) *Uppföljningsgaranti*. Ungdomar mellan 20 och 24 år som har varit arbetslösa i tre månader eller mer. Denna grupp garanteras uppföljning från NAV-kontoret med fokus på arbetssökande, egen aktivitet och motivation (Sommer, 2016b).

Uppföljnings- och LoS-funktionsförutsättningar

Kommuner i Norge kan få statligt stöd för att utse personer (piloter) som ansvarar för att utgöra ett uppföljningsstöd till ungdomar, hjälpa de unga med kontakter till nödvändiga stödtjänster och bidra till anpassningen av hjälp som ges i skolor eller av andra tjänster. Arbetet sker i samarbete med föräldrar och relevanta aktörer. Stödordningen är ett verktyg för att underlätta genomförandet av gymnasieutbildningen. Programmet riktar sig till ungdomar mellan 14 – 23 år som riskerar att hamna utanför skola eller arbete. Initiativet riktar sig särskilt till unga människor för vilka hög frånvaro från skolan eller bristande anslutning till en skola är kopplade till utmaningar som bristande vård, stöd och uppföljning från föräldrar som saknar ett socialt nätverk, upplevelse av mobbning och social isolering, hälsoproblem i form av missbruk av narkotika, psykisk ohälsa och nedsatt funktionsförmåga.

Exempel på specifika insatser

PALS

PALS-Norge är implementerat på ca 250 skolor i Norge och sedan 2002 har det bedrivits forskning (utvärderingsstudier) på PALS effekter i Norska skolor. En mindre pilotstudie som utfördes åren 2002–2005 samt en större jämförelse studie som utfördes åren 2007–2012. Beskrivning av PALS och resultatet från dessa utvärderingar går att läsa om på sidan 109.

NUPP-SA

NUPP-SA (“Det norska universella förebyggande programmet för social ångest”) är ett annat exempel på en utvärderad skolbaserad insats (Aune & Stiles, 2009). NUPP-SA är baserat på ett kognitivt beteendeformat med målgruppen årskurs 6 – 9. Insatsen riktar sig till elever, deras vårdnadshavare, lärare, skolpersonal (skolsköterskor) samt andra viktiga aktörer i

samhället med syftet att minska social ångest hos elever. NUPP-SA baseras på utbildning om social ångest med fokus på principerna för KBT av ångest i allmänhet och social ångest i synnerhet och beskrivning hur tankar och antaganden påverkar känslor och beteende, med flera konkreta exempel. Insatsen har utvärderats av Aune och Stiles (2009) med en RCT-design. Insatsen genomfördes bland elever i åldrarna 11–14. Interventionen baserades på två faser; en aktiv interventionsfas (4 månader) och en utvärderingsfas (8 månader). Interventionsfasen byggde på psykoedukation till sjuksköterskor och skolsköterskor, lärare och annan skolpersonal, föräldrar/vårdnadshavare, hälso- och välfärdsarbetare i samhället samt elever. NUPP-SA visade sig ha måttlig till stark effekt på social ångest i interventionskommunen, hos alla elever som helhet såväl som hos elever med symtom på social ångest. Dessutom fanns det färre nya fall av ångestproblem i interventionskommunen jämfört med jämförelsekommunen.

VIP-programmet

Insatsen fokuserar riktlinjer och information om ungdomars psykiska hälsa och är ett av utbildningsprogrammen inom satsningen "Psykisk Hälsa i Skolan" för gymnasieskolan. Målet är att öka kunskapen om och förmågan att känna igen tecken på psykiska problem och att sänka tröskeln för att söka hjälp. Eleverna utbildas om psykisk hälsa, både av sina egna lärare och av vårdpersonal. Skolan, skolsjuksköterskor, PPT-tjänsten och specialistvård samarbetar för att stödja eleverna. Lärare, rådgivare och hälsopersonal deltar i kurser för att förbättra deras förmåga att kunna upptäcka problem hos elever i ett tidigt skede och för att kunna vidta lämpliga åtgärder. En utvärderingsstudie visade att VIP-programmet tycktes vara effektivt (Andersen & Nord, 2010). Studien baserades på 880 elever i ett län där VIP-interventionen genomfördes, som jämfördes med 811 elever i ett län som inte hade implementerat VIP. De uppmätta områdena var "allmän kunskap om psykisk hälsa", "förmåga att koppla symtom till diagnoser", "kunskap om stödtjänster inom psykisk hälsa i allmänhet" och "kunskap om de omedelbara stödtjänsterna inom psykisk ohälsa". Jämfört med effekter som påvisats i andra studier, både i Norge och internationellt, visade effekterna av VIP vara god. Det återstår att se om VIP-programmet kan uppvisa långsiktiga effekter.

Drömskolan

I Drömskolan spelar studentmentorer en central roll. Studentmentorer ska bland annat bidra med att skapa sammanhållning och goda relationer i nya klasser och skapa aktiviteter på skolan som syftar till att skapa inkluderande mötesplatser. Drömskolan är en del av Helsedirektoratets initiativ "Psykisk hälsa i skolan" och utvärderas under HEMIL-centrets regi. Sjutton skolor randomiserades till en klusterrandomiserad utvärdering till antingen Drömskolan, Drömskolan inklusive en form av selektiva/indikerade åtgärder eller till kontroll (ingen insats). Resultaten visar på positiva men små effekter av Drömskolan (Larsen et al., 2017).

Sammanfattning Norge

Det finns en tydlig satsning för att stärka barn och ungas psykiska hälsa i Norge, där kommunerna har skyldighet och ansvar för att följa upp detta arbete. Kommunen ansvarar också för skolhälsovården där hälsosystrar (skolsköterskor) har en stor roll. Även fysioterapeuter är anslutna till skolhälsovården och vid behov samverkar skolhälsovården med socialtjänst och PP-tjänst (pedagogisk och psykologisk tjänst som ger vägledning till föräldrar, elever, förskola och skola när det finns problem kopplade till utveckling och utbildning).

Norge har på nationell och universell nivå satsat mycket på skolinriktade program för att främja psykisk hälsa (bl.a. Venn, Drömskolan, Hur är det med Monica? Alla har en psykisk hälsa, Olweusprogrammet, PALS, NUPP-SA). Många av dessa utgår från kunskapshöjande insatser (psykoedukation) och utbildning av elever och skolpersonal i psykisk hälsa. Drömskolan är uppbyggt kring mentorskap. I Norge har man också på nationell nivå gjort en satsning på äldre ungdomars psykiska hälsa genom åtgärder för att stärka samverkan mellan aktörer i skola och arbetsliv (New GIV). Dessa har visat sig ha en god stärkande effekt på samverkan, trots att kopplingar till ungas mående inte har kunnat styrkas.

DANMARK OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA

Övergripande ansvar och nationella riktlinjer

Danmark har liksom övriga nordiska länder genomgått en omorganisering av den psykiatriska vården de senaste 30 åren. I likhet med andra länder har nedmonteringen av den psykiatriska institutionaliseringen och uppbyggnaden av lokalt baserade tjänster för psykisk ohälsa genomförts. Den danska Sundhedsstyrelsen ansvarar för den nationella strategin för Psykiatri som skrivs fram i den danska regeringens handlingsplan från 2014, *Jæmlikhet - nya fokus på behandlingsinitiativ avseende personer med psykisk ohälsa* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). Under den danska kommunreformen 2007 tog kommunerna det övergripande ansvaret för utbudet av tjänster till personer med psykisk ohälsa. Regionerna är således ansvariga för sjukhusvård, inklusive psykisk ohälsa, som ges av allmänläkare, psykiatriker, och psykologer. "Hälsöoverenskommelser" är ett viktigt verktyg för att säkerställa holistisk hjälp och stöd från både hälsovården och sociala tjänster. Detta är överenskommer mellan kommuner och regioner som syftar till att säkerställa koordinering och samverkan över sektorer (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013a).

Sundhedsstyrelsen

Det övergripande ansvaret för personer med psykisk ohälsa delas mellan Sundhedsstyrelsen och Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Relationer (Ministry for Children, Gender Equality, Integration and Social Relations). Sundhedsstyrelsen är ansvarig för psykiatrin som bistås av regionerna som gör utredningar, diagnoser samt behandling och som administrerar proceduren för patientinläggningar. Distrikpsykiatrin är en del av sjukvårdspsykiatrin och erbjuder öppenvård och tvärvetenskaplig psykiatrisk behandling. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Relationer har ansvaret för socialpsykiatrin som tillhandahåller olika former av sociala tjänster och finns tillgängligt i både regioner och kommuner.

Hälso- och sjukvården

I Danmark är det en distinktion mellan hälso- och sjukvården och sociala omsorgstjänster där olika typer av expertis samlas under respektive professions område. Unga personer med psykisk ohälsa använder sannolikt både hälsovården och socialtjänst. Hälso-sjukvården involverar prevention, diagnostik, behandling, övervakning, och rehabilitering av personer med psykisk ohälsa, och psykisk ohälsa kombinerat med drogproblem. Hälso-sjukvården är primärt ett regionalt ansvar men det finns också vårdcentraler i kommunerna som t.ex. Pedagogisk-psykologisk rådgivning, PPR. Mycket av den psykiatriska behandlingen tar plats i primärvården, via praktiserande läkare, psykologer, och specialistläkare inom psykiatri för vuxna, barn och ungas psykiatri samt PPR.

Socialtjänst

Socialtjänsten är primärt ett kommunalt ansvar. Huvuduppgiften för socialtjänsten avseende personer med psykisk ohälsa är rehabilitering och inklusion. Socialtjänsten kan organiseras olika i olika kommuner och kompetensen varierar i de olika kommunerna. I vissa kommuner ligger socialtjänsten för psykisk ohälsa som en separat enhet medan den i andra kommuner är placerad tillsammans med andra tjänster inom hälsa, funktionsnedsättning eller sociala områden. Vanligtvis har större kommuner ett bredare utbud och mer specialiserade tjänster än mindre kommuner. Kommuner kan dock samarbeta kring olika tjänster.

Specialistvård

Det är allmänläkaren som hänvisar patienten vidare till specialistvård. Graden av psykisk ohälsa är därför viktig för att avgörande vilka tjänster som ska erbjudas. Personer med mild och måttlig ångest och depression behandlas normalt med allmän praxis, medan mer allvarliga tillstånd hänvisas till psykologer, psykiatriker och psykisk vård inom specialistvården. Det kan också finnas behov av delad behandling och vård i samarbete mellan allmänläkare, psykolog och/eller specialistläkare i psykiatri. Delad vård är en evidensbaserad modell för behandling av personer med icke-psykotiska störningar (Regeringen, 2013b). Som regel hänvisas barn och ungdomar med psykisk ohälsa enligt Sundhetsstyrelsens riktlinjer till barn- och ungdomspsykiatri när de har allvarliga psykiska problem, eller

när den övergripande frågan är för komplicerad för barnet/ungdomen för att få tillräcklig hjälp från husläkare eller från kommunen.

Elevhälsa

I Danmark styrs skolhälsovården av rekommendationer från den danska Sundhedsstyrelsen. Skolhälsovårdens arbete är ett kommunalt ansvar och i den kommunala *sundhedstjensten* ska läkare och skolsköterska finnas att tillgå (Sundhedsstyrelsen, 2015). Enligt hälsolagen måste kommunstyrelsen organisera hälsofrämjande och förebyggande hälsovård vid alla skolor i landet. När det gäller barn och ungdomar i obligatorisk skolålder föreskrivs i hälsolagen (LBK 913 av 13/07/2010 i §§ 120-126) att kommunen måste bidra till att säkra en hälsosam uppväxt för barn och ungdomar samt skapa goda förutsättningar för ett hälsosamt vuxenliv. Vägledningen om förebyggande hälsovård har ett familjeorienterat perspektiv med fokus på barn och familjer med särskilda behov. Alla barn och unga ska enligt de olika hälsolagarna få tillgång till hälsovård, därutöver ska prioriterade insatser ges utifrån barns och familjers behov. Vägledningen lyfter fram det tvärprofessionella samarbetet på lokal nivå och beskriver uppgifter inom vilka samarbete kan ske på ett systematiskt sätt. Kommunerna är skyldiga att inrätta samarbetsgrupper för de olika yrkesgrupperna som är involverade i barns hälsa. Det ska finnas hälsovårdsavtal för samarbete mellan mödra-, förlossnings- och barnavdelningar, allmänmedicin, hälsovård, pediatrika avdelningar samt barnavårdscentraler. Dessa avtal ska gälla förlossningsvård, förskolebarn, skolbarn, funktionshindrade, kroniskt sjuka, överviktiga, sårbara och utsatta barn samt andra lokalt prioriterade områden. Enligt vägledningen ska skolhälsovården mer än tidigare fokusera på hälsopedagogiska insatser och på ett utökat samarbete med skolans ledning och lärare för att stötta barn och deras föräldrar i att göra sunda val (Socialstyrelsen, 2012).

Psykologisk Rådgivning inom Utbildning (PPR)

Varje kommun är ansvarig för att sätta upp ett interdisciplinärt samarbete för barn och unga med särskilda behov. PPR är en individuell kommunbaserad rådgivningsservice för familjer, skolor och förskoleverksamhet för barn och unga i åldern 0 – 18. En person kan bli hänvisad till PPR via skolan eller andra institutioner, eller föräldrar och andra vuxna kan hänvisa direkt. Psykisk ohälsa kan vara en av orsakerna, men andra orsaker

som skolproblem, stress, och familjeproblem är också vanliga orsaker till kontakt med PPR. PPR spelar en viktig roll i det förebyggande arbetet med sårbara barn och unga.

Regional psykiatri

Den danska psykiatrin är förankrat i regioner och utför diagnostik, behandling och prevention av psykisk ohälsa. Människor med psykisk ohälsa möter ofta en kombination av olika tjänster inom regional psykiatri (Regeringen, 2013b). I Danmark är öppenvård (eller poliklinisk behandling) behandling som inte inkluderar besök på sjukhus (Danske Regioner, 2008). Målgruppen för den regionala öppenvården och dess behandling är bred. Unga personer och unga vuxna med måttliga till allvarliga symptom på depression inkluderas här.

Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU) "Ungdomsvägledningscentrum"

UU Danmark etablerades år 2010 och verkar huvudsakligen på kommunnivå och är ansvarig för alla unga personer upp till 25 år som inte är i utbildning eller arbete. Det finns totalt 61 UU-center i Danmarks 98 kommuner. Ungdomsvägledningscentrarna fokuserar på vägledning relaterad till övergången från grundskola till ungdomsutbildning eller alternativt till arbetsmarknaden. I den danska lagstiftningen om vägledning betonas tvärsektorielt samarbete för att säkerställa ett sammanhängande vägledningssystem och ett regelbundet utbyte av erfarenheter, kunskap och bästa praxis. Ungdomsvägledningscentren är således skyldiga att samarbeta med grundskolor och utbildningsinstitutioner i området, lokalt affärliv samt de offentliga arbetsförmedlingarna. UU genomför löpande olika projekt, t.ex. "Unge med kant", "Youth in transition", "Unge i praksis", "Unge på sporet", "Kollektiv och digital vägledning", "kollektiv vägledning", "Unge på tvärs" samt "Hedersrelaterade konflikter". Mer information om dessa projekt finns på UU Danmarks hemsida (<https://uudanmark.dk/>).

Kommunenes barne- og ungdomsavdeling (B&U)

B&U ansvarar för att erbjuda nödvändigt stöd för sårbara ungdomar upp till 18 års ålder med särskilda psykiska problem och/eller sociala problem. I de flesta fall är B&U redan i kontakt med den unga före UU kommer in

i bilden. UU gör alltid en bedömning om hur redo personen är för utbildning, och här är B&U:s information om den unga relevant. Mot den bakgrunden är det nödvändigt med samverkan mellan B&U och UU. När personen fyller 18 år tar s.k. "jobcenter" över vars huvuduppgift är att få arbetslösa vuxna i arbete. Jobcenters styrs av kommunerna. Alla unga i åldern 18-24 år som inte har arbete eller utbildning, och som går på bidrag, faller under jobcenters ansvar (Sommer, 2016c). En rapport från Arbetsmarknadsstyrelsen (2009), visar att många av jobbcentra i studien upplever att innehållet i de befintliga erbjudandena inte fullt ut kan tillgodose behoven hos unga människor med psykisk ohälsa.

Frivilligorganisationer (ett urval)

SIND Ungdom är den största frivilligorganisationen för unga i Danmark. SIND är den danska organisationen för Psykisk Hälsa, och ungdomsorganisationen är riktad direkt mot unga människor i åldern 16-35 med ett intresse för att främja psykisk hälsa. Organisationen erbjuder aktiviteter för unga personer och leds av unga personer. SIND Ungdom arbetar för att skapa en meningsfull plats för unga människor som är psykiskt sårbara och för anhöriga till personer med psykisk ohälsa, där dessa kan lära av varandra. Ett viktigt mål är att motverka tabu associerat med psykisk ohälsa och ensamhet bland unga människor (ind.dk/om-sind/sinds-organisation/sind-ungdom).

Peer to Peer Odense är ett projekt som drivs av flera frivilliga krafter som brinner för att hjälpa människor i psykisk sårbarhet. Gemensamt för volontärerna är att de själva har sina egna upplevelser av psykisk ohälsa som de vill använda konstruktivt för att hjälpa och inspirera andra. Utbyte av erfarenheter i mötet mellan volontärer och kamrater, "peermatch" eller gruppaktiviteter hjälper till att överbrygga ett bättre liv, skapa nätverk, och hopp om återhämtning. Volontärer genomgår en 34-timmars utbildning där de arbetar för att förvandla upplevda upplevelser av psykisk ohälsa till något som stärker i samtal med andra i liknande situationer (peertopeerodense.dk/index.html).

Psykiatrifonden är en privat humanitär organisation som hjälper personer med psykisk ohälsa genom att sätta psykisk ohälsa på kartan. *Psykia-*

trifonden för Barn och Unga är en del av organisationen som på ett målinriktat sätt syftar till att genom utbildning och information bryta tabun och fördomar bland barn och unga i Danmark. De erbjuder bland annat samtalsgrupper till barn vars föräldrar lider av psykisk ohälsa (psykiatrifonden.dk/).

Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval

Psykiatriöverenskommelser

Psykiatriöverenskommelserna 2011 – 2014 består av ett antal riktade åtgärder för att stödja det sociala initiativet avseende barn, unga personer och vuxna med psykisk ohälsa. Åtgärden är ett mer sammanhängande och individuellt anpassat socialt initiativ för att stärka individens möjligheter till att leva ett oberoende liv hemma, med familj, nätverk, utbildning och sysselsättning. Ett initiativ som har kommit från överenskommelsen är fokus på övergången från barn till vuxen. Detta inkluderar också ett fokus på utbildning och arbete. Ytterligare ett utfall från Psykiatriöverenskommelserna 2007 – 2010 var finansiering av psykologer som skulle stötta upp i kommunerna och i gymnasiet. Tanken bakom denna finansiering var, i vissa fall, att psykologisk behandling skulle vara tillräckligt för att komma tillrätta med psykisk ohälsa bland ungdomar och att detta skulle minska antalet fall där den psykiska ohälsan blev så allvarlig så det skulle krävas psykiatrisk behandling (Rambøll Management, 2011).

Gymnasieprojektet syftade till att minska avhopp från utbildning på grund av psykisk ohälsa, genom utveckling och upprättande av förebyggande psykologiskt stöd. Målgruppen för dessa initiativ var elever i gymnasieskolan som har begynnande eller pågående psykisk ohälsa. Utvärderingen av gymnasieprojektet visade att en mindre andel av de som fick tillgång till psykolog var utanför skolsystemet (43%) jämfört med de som inte fått tillgång till detta stöd (67%). Mottagare av psykologiskt stöd hade alltså signifikant lägre avhopp jämfört med de som inte ingick in projektet. Sen projektet startade 2007 hade flera gymnasieskolor börjat erbjuda psykologiskt stöd på eget bevåg (Rambøll Management, 2011).

Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Utbildning är huvudalternativet för unga människor utan arbete, och inte aktiviteter som motverkar arbetslöshet och marginalisering. Alla unga personer i Danmark som är 15–17 år är ålagda att vara i utbildning eller utbildningsrelaterad aktivitet. Alla unga personer under 30 utan utbildning får ett utbildningsbidrag. Från januari 2014 avskaffades det ekonomiska bidraget till alla ungdomar under 30 år utan utbildning och ersattes med utbildningsstöd. För ungdomar som inte har möjlighet att börja utbildning innebär tillägget att de ska vara tillgängliga för åtgärder som riktar sig till utbildning. Ett antal aktörer är ansvariga för att ungdomar ska hitta sin väg till utbildning eller arbetsmarknad där lagstiftningen ger många aktörer ett gemensamt ansvar (Sommer, 2016c).

Mentorstöd

Syftet med Mentorstöd är att stötta individen i arbete och utbildning utifrån individens behov. Jobbcentra bedömer vilka personer som är i behov av en mentor. Personer under 30 år kan få tillgång till tjänsten (Regeringen, 2013a). En utvärdering av Mentorstöd visar att unga människor själva upplever att åtgärden är till hjälp (Olesen & Bach, 2011). En mentor ger unga människor stöd medan de anpassar sig till den nya arbetsplatsen och lär sig nya saker. Detta bidrar till ökade förutsättningar för att unga människor med särskilda behov stannar kvar i arbete.

Fler ungdomar i utbildning och arbete

Under 2009 lade den danska regeringen fram en bred politisk överenskommelse som lovade “Mer unga människor i utbildning och arbete”. Överenskommelsen innehåller flera initiativ för unga människor 15–27 år som inte är i utbildning eller i arbete såväl som initiativ för arbetslösa i åldern 18–30 år (Nordiska Ministerrådet, 2012). Utifrån denna överenskommelse har det framkommit flera initiativ och projekt som syftar till att få fler unga, med ett särskilt fokus på unga med psykisk ohälsa, i sysselsättning genom att individualisera stödet och stärka samarbete mellan olika aktörer. Flera av dessa insatser verkar ha haft önskad effekt. För mer detaljerad information om dessa, se en översikt av Sommer (2016c).

Exempel på specifika insatser

PALS Mental Sundhed (PALS - MS)

För utförlig beskrivning av metoden, se sidan 109. PALS - MS har varit ett av de största och mest intensiva skolutvecklingsprojekt som hittills genomförts i Danmark med en så kallad ”Whole School Approach” för att uppnå bättre välbefinnande och psykisk hälsa för barn och ungdomar. Projektet finansierades av Sundhedsstyrelsen och pågick mellan 2013 – 2016. I en dansk rapport (Socialstyrelsen Danmark, 2018) beskrivs projektet som har inkluderat elva PALS-skolor i fyra kommuner. Resultaten visar att genom projektet så har skolhälsovårdens roll i skolutvecklingen stärkts och det tvärvetenskapliga samarbetet har utökats. Hela skolpersonalen har fått kompetensutveckling inom området psykisk ohälsa. Att projektet, trots det stora omfånget, har kunnat implementeras framgångsrikt tillskrivs den redan fastställda implementeringsramen i PALS såväl som det stora engagemanget från projektskolorna.

Robusthedsprogrammet (“Resilience-programmet”)

Programmet har utvecklats som en del av Child Mental Health Research Program vid Aarhus University (Robusthed.dk, u.å.). “Robusthed.dk/Myresilience.org” och är ett media-baserat interventionsprogram som bygger på väl underbyggda teorier inklusive principer från omfattande utbildningsåtgärder för föräldrar. Dessutom ingår idéer och kunskaper baserade på neurovetenskaplig och neuropsykologisk forskning, praktiska och innovativa teorier och verktyg från en mängd andra forskningsområden som livsstilsforskning, självkontroll och aggressionshantering samt mobbningsforskning. Robusthed.dk/ Myresilience.org är en internetbaserad plattform med inspirerande kunskaper och verktyg som bygger motståndskraft och robusthet och som är direkt användbara i vardagen. Programmet introduceras för målgrupper i föreläsningar och utbildningar och är i grunden ett självstyrt program där samarbete med föräldrar rekommenderas. Robusthed.dk/ Myresilience.org är en insats där föräldrar och professionella erbjuds samma bakgrundkunskaper och praktisk kunskap om hur barn och ungdomars motståndskraft kan utvecklas och integreras i det dagliga livet. Syftet är att stödja utvecklingen av en gemensam förståelse, kunskap och koncept om barns utveckling och ge möjligheter att träna coping-situationer med barnet både hemma och förskola/ skola. Ro-

busthed.dk/ Myresilience.org kan integreras i vanliga läroplaner och fritidsaktiviteter, t.ex. föräldramöten på grupp- och/ eller individnivå. Programmet kan också vara användbart i en klinisk miljö.

“Lär dig tackla depression och ångest”

Kommitteen for Sundhedsoplysning gav i uppdrag åt Statens Institut for Folkesundhed på Syddansk Universitet att utvärdera projektet “Lær at tackle angst og depression” för unga i åldern 15–25 år. Projektet syftar till att lära individen att hantera symptom av ångest och depression i sitt dagliga liv såväl som de utmaningar som de annars kan möta i vardagen. Projektet är utvecklat mot bakgrund av en modell från Stanford University, USA. Insatsen genomförs på grundval av en detaljerad manual och utförs av utbildade instruktörer. Insatsen bygger på den sociala, kognitiva teorin self-efficacy. Insatsen består av sju moduler där instruktörer undervisar 2,5 timmar en gång per vecka i sju veckors tid. Insatsen bygger på en “peer-to-peer”-strategi, vilket innebär att instruktörerna har personlig erfarenhet av ångest och/ eller depression, så att de kan fungera som inspiration och positiva förebilder för eleverna. I en delrapport från projektet (Sundhedstyrelsen 2016a) genomfördes intervjuer med elever som rapporterade att de var "missnöjda" eller "mycket missnöjda" med kursen. Rapportens konklusion var att de nöjda deltagarna har en positiv upplevelse av exakt de element som också är centrala för den teoretiska grunden för kursen. Det vill säga, att träffa andra människor med samma problem som de själva, träffa instruktörer med personlig erfarenhet av ångest och depression, presentera självhjälpsverktyg och stöd för att testa dem, samt en vilja att ta ansvar och anstränga sig för att arbeta med symtomhantering. Däremot hade de missnöjda deltagarna i allmänhet inte en positiv upplevelse av detta och verkade vara besvikna över kursens inriktning på självhjälp. Slutsatsen var att ungdomarna som visar tecken på förbättring efter kursen kännetecknas av en acceptans av kursens form och använder de självhjälpsverktyg som de presenteras för. Huruvida eleverna använder verktygen verkar vara relaterade till 1) deras villighet att ta ansvar för att hantera symptom, 2) deras upplevelse av en positiv relation med minst en av instruktörerna 3) stöd från gruppen.

Sammanfattning Danmark

I Danmark kan man ana en något tydligare satsning på psykiatriska åtgärder och tjänster i arbetet med att förebygga psykisk ohälsa i jämförelse med övriga nordiska länder. En tydlig samverkan mellan skola och andra aktörer, både för skolelever och för unga på väg in i arbetslivet är också något som framkommer i kartläggningen. I Danmark är elevhälsoarbetet ett kommunalt ansvar där det ska finnas tillgång till läkare och sjuksköterska. Alla barn och unga ska enligt hälsolagarna få tillgång till hälso-sjukvård, därutöver ska prioriterade insatser ges utifrån barns och familjers behov. Det tvärprofessionella samarbetet på lokal nivå beskriver upp-gifter inom vilka samarbete kan ske på ett systematiskt sätt.

Kommunerna är skyldiga att inrätta samlingsgrupper för de olika yrkesgrupperna som är involverade i barns hälsa. Vägledningen om förebyggande hälsovård har ett familjeorienterat perspektiv och varje kommun är ansvarig för att sätta upp ett interdisciplinärt samarbete för barn och unga med särskilda behov (Psykologisk Rådgivning inom Utbildning, PPR). När det gäller skolans vidare arbete har Danmark, precis som Norge, gjort en stor nationell satsning på hela skolanansatsen PALS. Ett liknande program är "Lær at tackle angst og depression" för unga i åldern 15-25 år, som också bygger på psykoedukation inom området ångest och depression. Ett exempel på projekt med fokus på samverkan är Robusthedsprojektet vilket är en internetbaserad plattform där olika aktörer runt unga (inklusive föräldrar) genom psykoedukation erbjuds samma bakgrundskunskaper och praktisk kunskap om hur barn och ungdomars motståndskraft kan utvecklas och integreras i det dagliga livet.

FINLAND OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA

Övergripande ansvar och nationella riktlinjer

Social- och hälsovårdsministeriet har det övergripande ansvaret av arbetet med psykisk ohälsa i Finland. Genom en nationell plan för vård och omsorg om personer med psykisk ohälsa och missbruksarbete som presenterades 2008, lades för första gången grunden för en landsomfattande och långsiktig inriktning för arbetet med att utveckla utbudet för personer med psykisk ohälsa respektive missbruksområdet. Aktiviteterna i handlingsplanen riktade sig till såväl nationella- och kommunala beslutsfattare som till andra aktörer och utgick från ett tydligt folkhälsoperspektiv där såväl psykiska problem som missbruk antas ha en betydande påverkan på folkhälsan. I de centrala målsättningarna i planen ligger tonvikten på att stärka det förebyggande och främjande arbetet, att allokera resurser från den slutna psykiatriska vården till öppenvården, att förbättra patientens ställning samt att intensifiera det strategiska arbetet på kommunal respektive nationell nivå (Wrede-Jantti, 2016).

Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är indelad i primärvård och specialistvård. Primärvården finns tillgänglig på kommunnivå, medan den mesta specialistvården finns på sjukhusen. Vården för personer med psykisk ohälsa finns fördelad på flera olika aktörer, där primärvården är utgångspunkten. Specialistvården för psykisk hälsa finns vid psykiatriska kliniker och vid psykiatriska sjukhus. Det finns också kommunala verksamheter som tillhandahåller hemtjänst och rehabiliteringsaktiviteter för personer som genomgår rehabilitation för psykisk hälsa (THL, 2014). Att främja ungdomars psykiska hälsa är en viktig del av ungdomspolitikerna. Ungdomsarbets expertcentrum är ett konsortium som består av den finska föreningen för psykisk hälsa, EHYT Finska föreningen för förebyggande av missbruk och ungdomars psykiska hälsa, YEESI. Konsortiet förenar organisationernas sakkunskap och kunskap om psykisk hälsa och förebyggande av missbruk. Det syftar till att öka nationell expertis inom området för främjande av psykisk ohälsa och förebyggande arbete. Konsortiet erbjuder ut-

bildning till ungdomsarbetare och producerar material för yrkesverk-
samma. Ett av dess mål är att stärka unga människors deltagande i att
främja psykiskt välbefinnande.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) bedriver forskning och utveckling
inom området psykisk ohälsa. THL undersöker och följer upp befolkning-
ens välfärd och hälsa samt utvecklar åtgärder för främjande arbete. De
samlar in och producerar forsknings- och statistikbaserad information.
Dessutom erbjuder de expertis och lösningar som intressentgrupper kan
använda som stöd för sina beslut och sitt arbete. THL arbetar för olika
aktörer: beslutsfattare hos staten, kommunerna och landstingen, aktörer
inom social- och hälsovården, forskare och medborgare. THL är en själv-
ständig sakkunniginrättning inom social- och hälsovårdsministeriets för-
valtningsområde (THL, 2014).

Socialtjänst

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för socialpolitiken och bereder
lagstiftning om socialvård. Socialvården regleras i socialvårdslagen
(1301/2014) samt i flertalet speciallagar. Med socialvård avses socialser-
vice och stödtjänster som ingår i den samt åtgärder genom vilka yrkesut-
bildad personal inom socialvården främjar och upprätthåller individens,
familjens och gemenskapens funktionsförmåga, sociala välfärd, trygghet
och delaktighet. Alla som vistas i en kommun har rätt att i brådskande fall
få socialservice som baserar sig på de individuella behoven, så att rätten
till nödvändig omsorg och försörjning inte äventyras. I andra än bråds-
kande fall svarar personens hemkommun för att ordna socialvårdstjänster
(Social- och hälsovårdsministeriet Finland, 2017).

Elevhälsa

I Finland bedrivs barnhälsovården och skolhälsovården av kommunerna.
År 2014 antog Finland en ny lag om elev- och studerandevård. I denna
framhålls bland annat att elevhälsan ska vara förebyggande och generell,
men även att eleven har rätt till individuell elevvård. Fokus är att elimi-
nera problem i samband med skolgången (Lagen om elev- studerande-
vård, 2013). I det finska systemet har man alltså gjort en uppdelning mel-
lan den individuella elevhälsan och den generella. Den individuella elev-
hälsan kan bestå av professioner från det medicinska, psykologiska och

sociala området, och arbetar utifrån ett individfokus. På så sätt är den separerad från undervisning. Den generella elevhälsan på skolor i Finland kallas för elevhälsogrupper och består av olika professioner. Skolorna har relativt fria händer att sätta ihop sitt team, men det ska finnas representanter från skolan samt medicinska och sociala professioner. Elevhälsogruppen ska endast arbeta på grupp- och organisationsnivå, och inte hantera individärenden (Byström, Graham & Sjunnesson, 2019). Hälsoundersökningar utförs av hälsosystrar samt skolsköterskor och läkare. Beträffande skolhälsovård har man betonat en sund och trygg skola och studiemiljö samt vikten av att tidigt identifiera barn i behov av särskilt stöd. Samarbete mellan kommunens olika aktörer och andra instanser för barns, ungas och familjens bästa förordas. Skolhälsovård erbjuds i grundskolan för åldrarna 7–15 år och studerandehälsovård erbjuds från 16 års ålder. Till den omfattande hälsoundersökningen hör också lärarens bedömning av hur en elev klarar sig i skolan endast till den del det är nödvändigt för att vård och stöd ska kunna ordnas för eleven (Socialstyrelsen, 2012). Det har utvecklats former för samverkan mellan elevhälsa och hemmet, och om skolans stöd är otillräckligt remitteras eleven till specialistvård. Var den unga bor är betydelsefullt, för även om alla ungdomar har rätt till samma vårdtjänster, bestäms detta i praktiken av vad som erbjuds på lokal nivå (Wrede-Jantti, 2016).

Departementet för Sysselsättning och Ekonomi

Departementet för Sysselsättning och Ekonomi ansvarar för tjänster för arbetslösa personer. De annonserar arbeten, hjälper människor att hitta arbete och supporttjänster, såsom rådgivning för unga arbetssökande. Arbetslösa ungdomar kan också delta i arbetsmarknadsutbildning. Sedan januari 2013 faller arbetslösa arbetssökande yngre än 25, eller 25 – 29 år om de nyligen har tagit en examen, inom ramen för Jobbgarantin för ungdomar.

Frivilligorganisationer (ett urval)

MIELI förening för psykisk hälsa Finland. MIELI arbetar för att främja psykiskt välbefinnande. Föreningen strävar efter att den psykiska hälsan ska vara grundläggande på alla nivåer i samhället och på alla livsområden. MIELI ger hjälp och stöd till människor i kris. MIELI utbildar frivilliga och professionella till att arbeta med välfärd inom sina egna

kommuner. MIELI strävar efter att öka medvetenheten om psykisk hälsa genom att samla in och förmedla information samt publicera rapporter, böcker och tidskrifter (mieli.fi/sv).

Finska Röda Korsets skyddshus för ungdomar mellan 12 och 21 år erbjuder samtalsterapi eller en tillfällig övernattnings plats vid behov. Ungdomar kan också ringa för att söka råd vid behov. Onlinesupport finns två gånger i veckan (rodakorset.fi/).

Samfundet folkhälsan är en icke-vinstdrivande social- och hälsovårdsorganisation som hjälper, stödjer, utbildar, forskar, vårdar och finns till i livets alla skeden. Folkhälsans icke-vinstdrivande verksamhetsbolag producerar social- och hälsovårdstjänster samt utbildning. Samfundet Folkhälsan bedriver forskning, äger verksamhetsbolag och understöder Folkhälsans förbund. Folkhälsans förbund sköter professionellt hälsofrämjande arbete, koordinerar frivilligarbete och är centralorganisation för lokalföreningen (folkhalsan.fi/om-folkhalsan/samfundet-folkhalsan-rf/).

Olkari in Mikkeli: Olkari (slang för vardagsrum) är en organisation som vem som helst kan kontakta som vill prata om en situation eller ett problem de är oroliga för. Teman är ofta vardagliga frågor, som att växa upp och bli självständig, studier, boende, personlig ekonomi, relationer, droger eller fritidsaktiviteter. Olkari erbjuder ett stort utbud av support, inklusive rådgivning och hjälp för att övervinna vardagliga utmaningar. Olkari tar också emot förslag på aktiviteter som ungdomar skulle vilja se organiserade i staden (Wrede-Jantti, 2016).

Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval

Psykporten.fi

Den allmänna sjukvården tillhandahåller webbplatsen Psykporten.fi för ungdomar med psykisk ohälsa. I Psykporten som är öppen för alla finns information, egenvårdsprogram, guider och symtomnavigatorer. Man kan också göra sökningar på service och tjänster. Psykporten erbjuder även nätterapi, som det går att delta i var som helst i Finland på remiss av lä-

kare. Webbplatsen möjliggör självvärdering och listar platser där ungdomar kan få hjälp. Webbplatsen belyser dock att självvärdering endast är suggestiv och inte kan ersätta en läkares bedömning. Kommunerna är huvudsakligen ansvariga för att organisera tjänster, inklusive 24-timmars socialtjänst i brådskande situationer. En psykiatrisk räddningstjänst är tillgänglig för alla personer över 16 år (mielenterveystalo.fi/sv).

Preventionsprogram för suicid

Finland upprättade ett nytt preventionsprogram för suicid 2018 efter det förra från 1991. Regeringen finansierar två pågående projekt som fokuserar på suicidprevention, 1) *Itsemurhien ehkäisy – koulutus terveydenhuollon ammattilaisille* [Suicide prevention – training for healthcare professionals] och 2) *Ensiapu itsemurhavaarassa olevalle - ELÄMÄ* (First aid to a person at risk of suicide – LIFE). Projekten syftar till att stärka kompetensen hos många av de som arbetar med vård och omsorg av personer med psykisk ohälsa. I projekten tränas de på att identifiera en person med risk för suicid, hur man möter personer med destruktiva tankar och att få personer med risk för suicid till rätt vård. Som ett resultat ingår nu ett av projekten i allmänläkarnas specialistutbildning (Wrede-Jantti, 2016).

Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

I Finland genomfördes Jobbgarantin för ungdomar 1 januari 2013. Parallellt med garantin finns det två program, en utbildningsgaranti och ett färdighetsprogram för unga vuxna (Wrede-Jantti, 2016).

Uppsökande aktiviteter

Detta är en särskild form av ungdomsaktiviteter. Intentionen är att hjälpa unga människor som inte är i utbildning eller har sysselsättning, eller som är i behov av stöd och guida dem till tjänster som möter deras behov där de är just nu. När uppsökningsteamet blir informerat, kontaktas ungdomarna för att erbjudas en möjlighet att diskutera livssituationen. De mest populära åtgärderna är information om deltagande i workshops. Stödet är frivilligt och ungdomen riskerar inte att bli av med några förmåner om de inte vill samarbeta med uppsökningsteamet. De flesta ungdomar som deltar är i åldern 16 till 20. Workshops för ungdomar syftar till att stärka

unga personers livsfärdigheter, självständighet och att uppmuntra ungdomarna att våga testa för att lära sig (Nuorisotakuu, 2015). I workshopen arbetar de i grupper men handleds individuellt. Målet är att de unga med hjälp av handledare ska kunna identifiera vad de vill arbeta med i framtiden. Mycket av arbetet i grupperna handlar om att lära unga basala färdigheter, som att hantera sin livssituation, få till en dagsrytm, se efter sin hälsa, och arbeta med sitt självförtroende (Wrede-Jantti, 2016).

Byström House

Byström House i Oulu är en lågströskelaktivitet för unga personer mellan 16 till 29 år, men tjänsten erbjuds även till föräldrar och professionella som arbetar med unga människor. Fokus är på det preventiva arbetet och tanken är att stödet kommer från en samlad plats. Personerna erbjuds information och rådgivning, stöd i vardagen, karriärplanering, och hjälp att hitta ett arbete såväl som andra aktiviteter som ska öka deras anställningsbarhet. Flera andra insatser för att få unga människor att få och behålla sin sysselsättning beskrivs mer i detalj i Wrede-Jantti (2016).

Exempel på specifika insatser

Hälsa och välbefinnande

Finska Mental Health Association anordnar kurser och stödgrupper för ungdomar och unga vuxna som har behov av stöd. Föreningen erbjuder utbildning för att främja psykisk hälsa och livsfärdigheter bland ungdomar och har utvecklat utbildningsmoduler och metoder för att främja psykisk hälsa i ungdomsarbetet. Föreningen har sett att genom att stödja vuxnas kunskaper om psykisk hälsa stärks deras förmåga att stödja ungdomar. Grupperna är anpassade efter unga människors behov: det finns olika grupper för ungdomar vars familjemedlemmar har alkoholproblem, som har upplevt suicid bland släkt eller vänner, i sin övergång till arbetslivet, etc. En krislinje finns för brådskande situationer. I Helsingfors, Kuopio och Seinäjoki finns det SOS-kriscentra, som erbjuder samtalsterapimöten utan läkarens remiss och är kostnadsfritt (Wrede-Jantti, 2016).

Tidig insats - kunskapsbas för effektivt tidigt stöd

Projektet *Tidig insats* strävar till att alla familjer i Finland skall ha tillgång till verksamma metoder för familjestöd som bygger på en vetenskaplig

grund. Projektet sprider verksamma arbetsmetoder i samarbete med kommuner och landsting, och upprätthåller en digital kunskapsbas på nätet. Syftet med kunskapsbasen Tidig insats är att skapa en lättillgänglig informationskälla på nätet om effektiva insatser i arbetet med barn, ungdomar och familjer. Informationskällan omfattar arbetsmetoder som främjar barn och ungas psykiska och sociala välbefinnande. Tidig insats strävar i första hand till att stödja evidensbaserad praktik i arbetet med barn och unga och kunskapsbasen erbjuder utvärderade psykosociala insatser i ett tydligt ramverk med transparenta bedömningskriterier. Projektet samlar och utvärderar både nationella och internationella arbetsmetoder, och fungerar som stöd för beslutsfattare och praktiker i arbetet med barn och unga genom att lyfta fram verksamma insatser. I den verktygslåda som Tidig insats erbjuder ingår tre metoder som förvaltas av MIELI: “Föra barnen på tal”, “De otroliga åren” och “Mångdimensionell familjeterapi”. I verktygslådan ingår även det nätbaserade programmet “Voimaperheet”, som förvaltas av Åbo universitet. Genom att samla och presentera information om goda arbetssätt stödjer Tidig insats tillgången till objektiv och användbar information för arbetet med barn och unga och ger tillförlitlig information om hur förändring i arbetssätt genomförs och förverkligas (kasvuntuki.fi/sv/). Motsvarande informationskällor för främjande och förebyggande psykosociala insatser är redan i bruk i andra nordiska länder³. Även om kunskapsunderlaget är internationellt har varje land skapat system som är anpassade till den lokala kontexten. Systemen och rekommendationerna i andra nordiska länder är inte nödvändigtvis direkt överförbara till Finland och därför har kunskapsbasen Tidig insats initierats. För tillfället utvecklas och uppdateras informationskällan Tidig insats med målet att den i fortsättningen skall upprätthållas av en offentlig aktör. En implementeringsmanual (kasvuntuki.fi/sv/implementeringsguide/) för etablering av de evidensbaserade insatserna på lokal nivå har tagits fram. Sedan 2019 drivs projektet gemensamt av Itla och MIELI Psykisk Hälsa Finland rf.

³ “Ungsinn” i Norge (<https://ungsinn.no/>), “Metodguiden” i Sverige (<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/>) och “Vidensportalen” i Danmark (<https://vidensportal.dk/temaer>) har utvecklat egna klassificeringssystem för bedömning av vetenskapligt stöd och insatsernas effektivitet. I England upprätthåller What Works databasen “Evidence store” (<https://whatworkscsc.org.uk/evidence-store/>) med utvärderade insatser för barn, unga och familjer.

Sammanfattning Finland

Genom en nationell plan för vård och omsorg om personer med psykisk ohälsa och missbruksarbete, som presenterades 2008, lades det i Finland för första gången grunden för en landsomfattande och långsiktig inriktning för arbetet med att utveckla utbudet för personer med psykisk ohälsa eller missbruk.

Att främja ungdomars psykiska hälsa är en viktig del av ungdomspolitik. År 2014 antog Finland en ny lag kring elev- och studerandevård där man gjort en uppdelning mellan den individuella elevhälsan och den generella. Den individuella elevhälsan kan bestå av professioner från olika områden och arbetar utifrån ett individfokus. Den generella elevhälsan består av olika professioner där skolorna har relativt fria händer att sätta ihop sitt team. Den generella elevhälsan ska endast arbeta på grupp- och organisationsnivå, och inte hantera individärenden.

Ungdomsarbetets expertcentrum är ett konsortium som består av den finska föreningen för psykisk hälsa, EHYT, Finska föreningen för förebyggande av missbruk och ungdomars psykiska hälsa, YEESI. Konsortiet erbjuder utbildning till ungdomsarbetare och producerar material för yrkesverksamma. Det syftar till att öka nationell expertis inom området för främjande av psykisk hälsa och förebyggande arbete.

I Finland bedrivs ett par projekt om ungas psykiska hälsa som bygger på psykoedukation. Till exempel anordnar finska Mental Health Association kurser och stödgrupper för ungdomar och unga vuxna som har behov av stöd. Det finns också nationella preventionsprogram för suicid som syftar till att stärka kompetensen (kunskap och bemötande) hos de som arbetar med personer med psykisk ohälsa. "Tidig insats" är en kunskapsbas på nätet med syfte att skapa en lättillgänglig informationskälla om effektiva insatser i arbetet med barn, ungdomar och familjer. Projektet samlar och utvärderar både inhemska och utländska arbetsmetoder, och fungerar som stöd för beslutsfattare och praktiker i arbetet med barn och unga genom att lyfta fram verksamma insatser.

ISLAND OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA

Övergripande ansvar och nationella riktlinjer

Ministry of Health

Ministry of Health är ansvarig för administration och policy avseende sociala frågor, hälsa och social trygghet på Island. Tills nyligen fanns det ingen nationell strategi för psykisk hälsa på Island. Den nuvarande nationella planen för psykisk hälsa, som går ut 2020, innehåller specifika mål och åtgärder, samt förberedelser för en omfattande policy för psykisk hälsa, tillsammans med en åtgärdsplan. Den förra nationella planen, som var aktuell till 2010, hade satt upp två specifika mål för befolkningens psykiska hälsa: att minska antalet suicid och att minska prevalensen av psykisk ohälsa i befolkningen med 10 procent (Ministry of Health and Social Security, 2004). För att nå en bättre hälsa avser åtgärdsplanen ett starkare samarbete mellan kommun och stat för att bättre samverka i fråga om personer med psykisk ohälsa och kognitiva problem, samt att BUGL (Child and Adolescent Psychiatric Department at Landspítali) ska stärkas ännu mer. Man vill kunna erbjuda mer sysselsättning till personer med psykisk ohälsa och att det införs åtgärder för att screena ångest och depression i skolor och mer fokusera på hälsofrämjande arbete i skolorna. Man vill minska och förebygga suicid bland unga, samt minska stigma om psykisk ohälsa (Althingi, 2016). Det finns ingen särskild policy eller åtgärd för dem som är 16–29 år men flera av dessa åtgärder antas vara dem till hjälp.

Hälso- och sjukvård

Det isländska hälso- och sjukvårdssystemet (I. geðheilbrigðisþjónustan) är till huvudsak statligt styrt. Primärvården och sjukhus är statligt ledda och personalen är statligt anställda, med Directorate of Health som styrande roll. En privat sektor finns parallellt med den offentliga sektorn och är till stor del finansierad av staten. Primärvården erbjuder ett varierat utbud av medicinsk, barn- och mödravård, samt skolhälsovård etc. (Ólafsson, 2011).

Specialistvård

Huvudregionens primärvård erbjuder tjänster för individer med psykisk ohälsa och deras familjer, där ett team med professionella hjälper till med samtal, familjeterapi, gruppterapi, hembesök och andra typer av stöd. Cirka 7,6 % av besöken på primärvårdcentralerna i landet är kopplat till psykisk ohälsa. Enligt Sveinsdóttir (2014) finns tillgång till psykologer endast tillgängligt i 10 av de 15 klinikerna i huvudstadsregionen, och endast fem kliniker har psykologer på heltid. Det finns således ett akut behov av fler psykologer för att möta efterfrågan.

Barn- och ungdomspsykiatri

På Landspítali finns en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning (BUGL), en avdelning inom tjänster för kvinnor och barns upp till 18 år. BUGL arbetar nära med parterna som utför de primära diagnoserna, till exempel sjukhus, hälsocenter och socialtjänst (Landspítali, 2016).

Socialtjänst

Förutom sjukvården finns det 32 socialtjänstkontor runt om i landet som hanterar psykisk ohälsa. De 74 kommunerna ansvarar för dessa. Syftet med de kommunala kontoren i Reykjavik är å ena sidan att ge information och råda människor i hälsofrågor om sociala rättigheter, och å andra sidan att ge stöd i fall av sociala eller personliga problem. Konsulterna vid kontoren ger information om rättigheter/ tjänster, samråd och support. De kan också ge information om andra servicealternativ, liksom att rikta människor till de resurser som är lämpliga i båda fallen (reykjavik.is/en).

Myndigheten för Barnskydd

På uppdrag av Ministry of Health har Myndigheten för Barnskydd (I. Barnaverndarstofa) ansvar för administration av tjänster som syftar till att skydda barn. När myndigheten blev utvärderad fann de bland annat att två grupper av barn inte fick tillräckligt med stöd: Barn i åldern 16 – 18 med drogmissbruk eller kriminellt beteende; och de barn med multiproblematik, som psykisk ohälsa och beteendemässiga problem (Ríkisen-durskoðun, 2015).

Elevhälsa

Island har en begränsad elevhälsa med endast en liten organisation som följer upp elever med psykisk ohälsa. Bara ett fåtal skolor har tillgång till en skolpsykolog. Skolpsykologernas arbetsuppgifter sträcker sig från viss individuell behandling, viss gruppbaserad behandling och vägledning till andra organ i hälsosystemet. Skolor utan psykologer måste hänvisa elever som behöver hjälp till den offentliga hälsovården, till privata psykologer eller i allvarliga fall till de psykiatriska avdelningarna på sjukhus (Anvik et al., 2016). Det finns begränsad elevhälsovård tillgängligt i gymnasieskolorna, och tillgängligheten har minskat än mer sedan 2011 (Government Bill on Healthcare). I mars 2015 publicerade Directorate of Health en handbok för gymnasieskolan om hur man kan arbeta med att främja psykisk hälsa i skolan (Dánielsdóttir, 2015). Publikationen är en del av projektet “Heilsueflandi framhaldsskóli” och baseras på ett europeiskt samarbete, European Network of Health Promoting Schools (ENHPS).

Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa ett urval

Breiðholtsmódel

Breiðholtsmódel har utvecklats sedan 2007 av ett professionellt team inom Socialtjänsten i Breiðholt-distriktet i Reykjavik, ett av de centra som drivs av socialtjänsten i huvudstaden. Modellen implementerades för att lösa unga människors brådskande behov i detta område. Modellen bygger på ideologin om tidig behandling där man använder screening för att upptäcka dem så tidigt som möjligt och erbjuda lämpliga åtgärder. Om ungdomarna bedöms vara i risk kontaktar psykologer föräldrar och erbjuder samtal, rådgivning eller deltagande i kurser som t.ex. KBT. Dessa kurser pågår i sex veckor och hålls regelbundet i alla distrikt (Arnardóttir, 2016).

Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Unga människor som inte är i arbete, utbildning eller träning (NEET) på Island har nyligen undersökts i en studie om övergången från skola till arbete (Arnardóttir, 2013; 2014). Mellan 2006 och 2008 beräknades 5–6 procent i åldern 16 – 34 år på Island vara NEET och siffran steg till 13 procent 2009 (Arnardóttir, 2014). Island var det nordiska land som blev mest utsatt under den ekonomiska krisen 2008 och det resulterade i en sysselsättningskris. Regeringen svarade med att erbjuda tidiga insatser

med rådgivning, vägledning och utbildning för att motverka arbetslösheten och många unga deltog i olika åtgärder; dock fick bara 30 procent av dem sysselsättning 2009 (Halvorsen, Hansen, Tägtström & Flø, 2013). *Youth to Action (I. Ungt folk til athafna)*

Youth to Action var ett av de program som skulle sätta unga människor i arbete efter den ekonomiska krisen. Programmet riktade sig till unga i åldern 16–29, och erbjöd arbete, utbildningsmöjligheter, eller andra insatser inom en period av tre månader efter registrering som arbetslös. I april 2010, hade alla arbetslösa i åldrarna 16–24 blivit inbjudna att delta i programmet (Hannesson, 2013). Omkring 37 procent av de som deltog var inte längre registrerade som arbetssökande 90 dagar efter att de hade genomfört programmet. De flesta var nöjda efter genomgången program och upplevde att deras psykiska hälsa var bättre. Programmet erbjöds fram till maj 2011.

Youth community workshops (I. Fjölsmiðjur)

Youth community workshops initierades 2001 av Röda Korset men organiseras nu av Directorate of Labour och Ministry of Welfare. Syftet är att erbjuda arbetserfarenhet till unga människor i åldern 16–24 år som inte är i skolan eller i arbete. En uppföljning visade att omkring 80 procent av de som deltog i programmet arbetade eller studerade efteråt. Många av de som deltog led av psykisk ohälsa (Hannesson, 2013). Det finns ingen formell utvärdering av programmet, överlag verkar ändå dessa typer av insatser ha någon effekt på sysselsättningen. Läs mer om Islands arbetsmarknadsinsatser för unga i rapporten “What is being done? Who is responsible?” av Arnardóttir (2016).

Exempel på specifika insatser

Prevention program for individuals “at risk” for development of depression and dysthymia among adolescents

Arnarson och Craighead (2009) utvärderade en skolbaserad intervention på Island bland skolbarn i åldern 14–15 år. Målet med interventionen, som varade i elva veckor, var att minska förekomsten av depression och nedstämdhet bland barn med risk för depression, eller kognitiva problem. Programmet utgick från en utvecklingspsykologisk modell som stärker ungdomarnas motståndskraft mot faktorer som har samband med ned-

stämdhet och som lär dem hantera olika situationer. Programmet inkluderade 14 tillfällen under skoltid (2 tillfällen/vecka de första tre veckorna och sedan ett tillfälle per vecka i 8 veckor). Vid dessa tillfällen deltog 6–8 ungdomar i gruppövningar med flickor och pojkar blandat. Grupptillfällena leddes av skolpsykologer som hade fått särskild utbildning och regelbunden handledning. Resultaten påvisade en signifikant mindre grad av depression och nedstämdhet hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen efter sex månader. En senare studie visade att effekten varade vid 12 månaders uppföljning (Arnarsson & Craighead, 2011).

Kompassen

Kompassen är en informationsportal riktad till ungdomar i åldern 16–25 år (attavitinn.is/sendu-inn-spurningu/#). På deras hemsida kan man hitta praktisk information om olika livsområden. Kompassens huvudmål är att ge unga människor möjlighet att fatta välgrundade beslut och göra positiva val. Webbplatsen är avsedd att hjälpa ungdomar att hitta bra och pålitlig information, presentera komplexa saker på ett lättillgängligt språk och lista de möjligheter och rättigheter som finns tillgängliga för ungdomar. Kompassen har ett team av professionella som svarar på anonyma frågor online. Teamet består av professionella som arbetar systematiskt för att vägleda ungdomar på rätt väg i livet på ett snabbt och tillgängligt sätt. Rådgivarna är en samarbetsgrupp och var och en har sin specialitet, till exempel: sex, utbildningsrådgivning, depression, missbruk, dålig självbild och kärleksrelationer. Full anonymitet bibehålls. Kompassen drivs av The Second House i Reykjavik. Kompassen utvecklas av ungdomar för ungdomar, men arbetar också med yrkesverksamma.

Frivilligorganisationer (ett urval)

Isländska Röda Korset arbetar inhemskt och stödjer internationellt arbete för Röda Korset över hela världen. Nya projekt väljs som ett resultat av undersökningar och analys. Röda korset deltar i att driva flera dagcenter för personer med psykisk ohälsa. Dessa dagcenter är utformade för att ge individer en skyddad miljö där de kan komma och ta emot varma måltider, läsa, leka, träna olika hobbyer och hantverk eller gå på promenader. Fokus ligger på att aktivera besökare mot deltagande och beslutsfattande. Syftet är att minska isoleringen, minska fördomar och förbättra livskvaliteten för personer som upplever psykisk ohälsa (Arnardóttir, 2016).

Kampanjen, **Útmeða** (meaning 'out with it'), är ett projekt som syftar till att bekämpa och förebygga självmord bland unga män på Island. Videon som medföljer kampanjen har delats över 10.000 gånger på sociala medier. Den visar en ung man som begår självmord på en öde gård på Island. Projektet strävar efter att det ska gå att tala om känslomässiga problem med respekt och ansvar och att uppmuntra unga män att sätta ord på sina känslor (utmeda.is/en/).

Organisationen PIETA arbetar för att förebygga suicid och självska-
dabeteende och för att stödja familjer. Organisationen öppnade sina tjänster
våren 2018 och har verksamhet i Reykjavik. Organisationen stödjer indi-
vider och familjer som vill ha hjälp och samtal med professionella. Verk-
samheten är modellerad och baserad på filosofin från Pieta House på Ir-
land. Behandlingen bygger på medkänsla och respekt för var och en som
söker hjälp och betonar lösningar och struktur. Målet är att lösa den nu-
varande krisen med den berörda personen och att främja hopp om ett liv
värt att leva. När det är lämpligt, inbjuds familj och/ eller nära släktingar
att delta i behandlingen i syfte att stärka individens stödnätverk. Behand-
lingen är kostnadsfri (pieta.is/).

Sammanfattning Island

Tills nyligen fanns det ingen nationell strategi för psykisk hälsa på Is-
land och brist på tillgång till psykologer är en utmaning. I den nationella
strategin för unga ingår att screena för ångest och depression i skolor
och att införa ett tydligare fokus på hälsofrämjande arbete. Ett annat mål
är att minska och förebygga suicid och stigma kring psykisk ohälsa. Det
finns ingen särskild strategi för målgruppen unga 16-29 år.

Tillgången till elevhälsa i de isländska skolorna är begränsad och end-
ast ett fåtal skolor har tillgång till skolpsykolog. Skolor utan psykologer
måste hänvisa elever som behöver hjälp till den offentliga hälso- och sjuk-
vården, till privata psykologer eller i allvarliga fall till de psykiatriska av-
delningarna på sjukhus. Island drabbades hårt av den ekonomiska krisen
2008 och detta har lett till en rad olika arbetsmarknadspolitiska insatser
för att motverka ungdomsarbetslöshet. Exempel på skolbaserade inter-
ventioner på Island är satsningar på att stärka motståndskraften samt
minska förekomsten av depression och nedstämdhet genom olika hante-

ringsmetoder (coping). För att möta ungas behov av information och vägledning kring psykisk ohälsa finns hemsidan Kompassen där unga kan ställa frågor till professionella vuxna. Många frivilligorganisationer har på Island engagerat sig i frågan om psykisk ohälsa bland unga.

STORBRIANNIEN OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA

Övergripande ansvar och nationella riktlinjer

Det har under många år funnits olika nationella institut och organ som har haft i uppdrag att på olika sätt bidra till att förbättra kvaliteten i vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa i Storbritannien. Det finns olika specifika samarbeten och nationella program där regeringen har satsat särskilda resurser för att öka tillgängligheten till psykoterapi, öka de tidiga preventiva insatserna, höja kvaliteten i behandlingsmetoder och sprida evidensbaserade metoder. Dessa satsningar avser dock bara vissa diagnoser eller specifika insatser riktade till barn och unga med psykisk ohälsa. Politiken i Storbritannien har präglats av en tydlig decentraliseringstrend under senare år vilket har bidragit till att frågorna bör och kan skötas bättre lokalt (SKL, 2015b).

Government level - Department of health

Storbritannien har en handlingsplan för psykisk hälsa från 2011 – *No health without mental health*. Den nya regeringen valde i februari 2014 att förstärka handlingsplanen med en tydligare åtgärdsinriktad plan; *Closing the Gap: Priorities for essential change in mental health*, i vilken 25 utmaningar identifieras där konkreta förbättringar de kommande åren förväntas ske (SKL, 2015b). Den negativa utveckling som trots allt skett har lett till fler riktlinjer i att stödja barn och ungdomar med psykisk ohälsa inom utbildnings- och hälsosektorn. T.ex. i planen *Local Transformation Plans* från 2016, framgår det hur lokala aktörer genom levande dokument ska arbeta tillsammans för att förbättra barn och ungas psykiska hälsa. I mars 2015 formerades Independent Mental Health Taskforce, en grupp som inkluderade olika ledare inom hälso-sjukvården, brukare och experter i fältet för att ta fram rekommendationer för barns och ungas psykiska hälsa. Utifrån dessa rekommendationer sammanfattades rapporten *Future in Mind* innehållande visioner och rekommendationer om barn och ungas psykiska hälsa (NHS, 2015). I januari 2017 accepterade Regeringen alla

rekommendationerna vilket genererade NHS:s rapport *Five Year Forward View for Mental Health*. Ytterligare en rapport, *Transforming Children and Young People's Mental Health Provision: a Green Paper*, bidrog till mer detaljerade förslag för att förbättra tillgängligheten till sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Förslagen fokuserar på att bidra med mer stöd till skolor för att minska behandlingstiden. Ett av förslagen var New Mental Health Support Teams (MHST's). MHST:s syftar till att sätta in tidiga insatser hos unga med mild till måttlig psykisk ohälsa, såväl som att hjälpa personal i skolan att etablera en hela-skolan-ansats för att främja psykisk hälsa och välbefinnande. MHST:s beskrivs lite längre ner i aktuellt kapitel. NHS England och NHS Improvement stödjer också "Mental Health Services and Schools and Colleges Link Programme" som för samman utbildning och aktörer för psykisk hälsa.

National Health Services (NHS)

Ansvar för att styra hälso- och sjukvården på nationell nivå finns hos myndigheten National Health Services England. Storbritannien har etablerat ett antal Clinical Commissioning Groups (CCGs) som är den organisation som beställer hälso- och sjukvårdstjänster regionalt och lokalt. För främjande och förebyggande arbete finns parallella strukturer, så kallade *health and wellbeing boards* (SKL, 2015b).

Public Health England

I april 2013 bildades den nya Folkhälsomyndigheten Public Health England och det finns därmed en tydligare uppdelning av ansvar för arbete med folkhälsofrågor respektive hälso- sjukvårdsfrågor än tidigare. År 2017 kom rapporten *Stocktake of local planning arrangements for the prevention of mental health problems* utgiven Public Health England (2017). Den syftade till att ge en överblick av hur man lokalt implementerar hälsofrämjande arbete i sina planeringsprocesser. Huvudresultaten visade att alla 35 områden hade inkluderat hälsofrämjande arbete eller prevention med hälsofrämjande arbete i sina planeringsprocesser till en viss del men det varierade stort i hur mycket man prioriterade området. Det varierade också i vilken utsträckning olika områden använde sig av olika preventionsnivåer. Till exempel fann man planeringsdokument som relaterade till andra lokala myndighetsfunktioner nämnde ofta vikten av psykisk hälsa och välbefinnande men gav sällan förslag på hur de skulle

åtgärda det. Den regeringsöverskridande suicidstrategin fastställdes 2012 och uppdaterades 2017. Strategin identifierar unga män som en högriskgrupp. I den föreslås också en skraddarsydd ansats för att minska suicidrisken bland barn och unga, och bland sårbara barn och familjer. Lokala aktörer har sedan 201 haft det övergripande ansvaret för att koordinera och implementera arbetet med suicidprevention.

Socialtjänst

Socialtjänsten i Storbritannien har en lagstadgad skyldighet att skydda och främja utsatta barns välfärd och erbjuder ett brett utbud av vårdtjänster till barn och deras föräldrar. Socialvårdens vårdavdelning hjälper till att se till att barn är friska, säkra och välskötta. De arbetar i samarbete med ett antal välgörenhetsorganisationer och organisationer för att se till att familjer får den hjälp de behöver.

Elevhälsa

Sedan april 2013 har de lokala myndigheterna haft ansvaret för allmänna hälsovårdstjänster för barn i skolåldern (5 – 19). Detta ger nya möjligheter att skapa ett tillvägagångssätt för att skapa bättre förutsättningar för ungdomar i både hälso- och kommunalstyrda tjänster. Skolsköterskor är kvalificerade sjuksköterskor som har en ytterligare specialistutbildning för folkhälsa. Skolsköterskor, med sina team, samordnar och levererar folkhälsoinsatser för barn i skolåldern. Deras arbete kräver kliniska insatser och effektivt ledarskap, som kvalificerade skolsköterskor är utrustade att ge. De breda kunskaperna inom skolhälso teamen ska återspegla lokala behov och bör underbyggas av en robust arbetsplan som tar hänsyn till arbetsbelastningskapacitet och elevernas hälsa. Directors of Public Health är de ledande uppdragsgivarna för skolsköterskornas tjänster, som finansieras genom folkhälsobidraget (Public Health England, 2014).

CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services)

CAMHS är en modell för alla aktörer som arbetar med barn och ungas psykiska hälsa (emotionellt och betendemässigt välmående). Vanligtvis är det tvärvetenskapliga team som arbetar med andra aktörer efter behov. Inom denna modell kan CAMHS-specialister arbeta tillsammans med yrkesverksamma inom utbildning och social omsorg för att tillhandahålla ett samarbete för att tillgodose barnets behov (O'Reilly et al., 2018).

Frivilligorganisationer (ett urval)

MIND UK ger råd och stöd till att alla som upplever psykisk ohälsa. MIND UK arbetar för att förbättra tjänster, öka medvetenheten och främja förståelse. Genom stöd och information är målet öka människors möjlighet att förstå deras situation och de val som finns tillgängliga genom olika tjänster (mind.org.uk/).

Place2tobe är en välgörenhetsorganisation för barns psykiska hälsa som i över 25 år har gett rådgivning, stöd och utbildning till skolor i Storbritannien (place2be.org.uk/about-us/our-work/).

Every mind matters är en organisation som har skapats av Public Health England, utvecklats med experter och godkänts av NHS (National Health Services). Det har också godkänts av Royal College of General Practitioners (nhs.uk/oneyou/every-mind-matters/).

Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval

New Mental Health Support Teams (MHSTs),

I december 2017 införde regeringen en ny politik för att skapa Mental Health Support Teams (MHST:s) som ska arbeta med barn och personal i utbildningsverksamheter. Syftet med dessa team är att ge extra kapacitet till evidensbaserade psykologiska insatser i skolor och skapa bättre samarbeten med andra tjänster. I december 2018 tillkännagav regeringen att de första 59 MHST skulle utvecklas, med målet är att de ska vara fullt operativa i slutet av 2019. Varje team består av fyra EMHP (Education Mental Health Practitioners) - med uppdrag att leverera evidensbaserade psykologiska insatser i eller nära grundskolor och gymnasieskolor. Deras fokus är att ta itu med "milda till måttliga psykiska problem". Varje team stödjer upp till 8000 barn och ungdomar och ska ansvara för ett kluster på mellan 10 och 20 utbildningsverksamheter - inklusive grundskolor och gymnasieskolor samt verksamheter som t.ex. specialskolor, nätverk för hemundervisning och arbetsbaserat lärande. Varje MHST har tre kärnfunktioner: 1) Att bidra med evidensbaserade insatser för barn och unga med milda till måttliga psykiska problem. 2) Stödja ledningen inom Elevhälsan i varje utbildningsverksamhet för att införa eller utveckla en hela-

skolan-strategi. 3) I god tid ge råd till personalen i grund- och gymnasieskolan och kontakta externa specialtjänster för att hjälpa barn och ungdomar att få rätt stöd och stanna i utbildningen. Se [Mental health support teams](#) för mer information.

Arbetsmarknadspolitiska insatser för unga

Work experience scheme

The Work Experience scheme riktar sig till unga i åldrarna 18 – 24 som har liten eller ingen erfarenhet av arbete. Ungdomar kan delta i programmet efter att de har gjort anspråk på “Universal Credit” i tre månader men innan de går med i regeringens huvudsakliga välfärdsprogram, arbetsprogrammet (vanligtvis efter att ha gjort anspråk på nio månader). Anmälan till systemet är frivilligt och individer kan välja att lämna placeringen innan den är klar. Under programmet matchas individer med lämpliga arbetslivserfarenhetsplatser. Dessa varar mellan två och åtta veckor, mellan 25 och 30 timmar i veckan. Vissa deltagare kan få sin placering förlängd med upp till fyra veckor om en arbetsgivare erbjuder att anställa dem som lärling. Deltagarna i programmet får ingen lön men fortsätter att få förmåner och måste fortsätta leta efter permanent arbete.

Youth Obligation

Sedan april 2017 har “Youth Obligation” (YO) varit det viktigaste välfärdsprogrammet för ungdomar. Det stöder unga i åldrarna 18–21 med att delta i arbetsbaserat lärande för att utveckla den motivation, färdigheter och erfarenhet de behöver för att komma i sysselsättning. Att få universitetspoäng beror på om den unga personen deltar i en arbetsplats eller förbereder sig för att börja som lärling eller på praktik efter sex månader.

Exempel på specifika insatser

2019 publicerade Public Health England en sammanfattande rapport över universella metoder för att förbättra barn och ungas psykiska hälsa och välbefinnande. Rapporten identifierar interventioner med fokus på beteendeproblem, motståndskraft och förmågor, emotionella svårigheter och

subjektivt välbefinnande utförda på individnivå, familjenivå eller skolornivå. Interventioner som har utvärderats av minst två forskningsstudier och visat någon grad av effekt anses i rapporten som lovande. Flera av dessa interventioner/program beskrivs i denna rapport avslutande del i avsnittet om interventioner.

Mental Health First Aid (MHFA)

MHFA används även i Storbritannien. För att ta del av internationell forskning om MHFA, gå till hemsidan mhfa.com.au/research. I ett regeringsuppdrag beslutades att MHFA skulle göras tillgänglig för alla skolor med målet att ha minst en lärare vid varje gymnasieskola utbildad.

Partnership for children

Partnership for Children (PFC) är en politiskt oberoende organisation som arbetar för att främja barns psykiska hälsa samt känslomässiga välbefinnande, både i Storbritannien och i många länder runt om i världen. PFC bidrar med evidensbaserade program för grundskolor som lär barnen livsfärdigheter, bl. a. hur man kommer överens med andra och hur man hanterar svårigheter, och hur barns motståndskraft kan främjas. PFC inrättades i september 2001 och 1,8 miljoner barn har deltagit i deras program.

Sammanfattning Storbritannien

Ansvaret för psykisk ohälsa i Storbritannien har under många år legat på många olika institut och myndigheter. Folkhälsomyndigheten Public Health England bildades 2013 och etablerade därmed en tydligare uppdelning av ansvar för arbete med folkhälsofrågor respektive hälso- och sjukvårdsfrågor jämfört med tidigare. Hälsopolitiken i landet, liknande för många Europeiska länder, har under senare år präglats av en tydlig decentralisering där mer ansvar har lagts lokalt. Till exempel i planen Local Transformation Plans från 2016, framgår det hur lokala aktörer (till exempel Health and wellbeing boards, Public Health, Local Authority, Youth Justice och Education sectors) genom levande dokument ska arbeta tillsammans för att förbättra barn och ungas psykiska hälsa.

Under de senaste fem åren i Storbritannien har det inrättats riktlinjer och förslag på stöd för att stödja barn och ungdomar med psykisk ohälsa inom utbildnings- och hälsosektorn. Många av förslagen fokuserar på att

bidra med mer stöd till skolor för att minska behandlingstiden inom sjukvården. En av de åtgärder som kom ut från detta var New Mental Health Support Teams, som syftar till att sätta in tidiga insatser hos unga med mild till måttlig psykisk ohälsa, såväl som att hjälpa personal i skolan att etablera en ”hela skolan-ansats” för att främja psykisk hälsa och välbefinnande. Elevhälsoarbetets ansvar ligger på de lokala myndigheterna och drivs ofta av skolsköterskor med specialistutbildning inom folkhälsovetenskap. Även i Storbritannien arbetar man med insatser inom psykoeducation såsom Mental Health First Aid och målet är att minst en lärare i varje gymnasieskola ska utbildas i detta.

AUSTRALIEN OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA

Övergripande ansvar och nationella riktlinjer

Det australiensiska hälso- och sjukvårdssystemet är ett i huvudsak offentligt finansierat system som utgår från tre övergripande politiska och administrativa nivåer: den nationella, den regionala och den kommunala nivån. Landet har en federal struktur som förutom den nationella, övergripande nivån, består av sex delstater och två territorier samt cirka 850 kommuner (s.k. local governments) som inom sina respektive ansvarsområden är självstyrande (Healy, Sharman & Lokuge, 2006). Till följd av landets federala struktur är hälso- och sjukvårdssystemet fragmenterat och innefattar en ansvarsfördelning som inbegriper alla de tre politiska och administrativa nivåerna. Den australiensiska regeringen har emellertid en nationell roll i hälso- och sjukvårdspolitiken genom bl.a. finansiering och nationsövergripande initiativ inom områden som är gemensamma för staterna och territorierna eller där brister eller utvecklingsmöjligheter har identifierats – ett sådant område är psykisk hälsa. Sedan 2008 utgår den nationella strategin och handlingsplanerna från ett tvärasektoriellt policyarbete för psykisk hälsa ("A whole of government approach") (se SOU 2018:90).

Australian Government - Department of Health (DH)

DH stödjer regeringen genom att leda och forma Australiens system för hälso- och äldreomsorg genom evidensbaserad politik, väl riktade program och regler för bästa praxis. För att uppnå detta finns sex olika prioriteringsområden varav psykisk och preventiv hälsa är ett. Inom detta område arbetar DH bl.a. med att ge stöd till PHN:s tjänsteleverantörer och andra berörda parter som arbetar med psykisk hälsa för att de ska kunna erbjuda tjänster för psykisk ohälsa och andra kroniska tillstånd. De har också i uppgift att implementera åtgärder inom *Implementation Plan for the Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan 2013–2023* (Australian Government, 2020). 2015 släppte den australiensiska regeringen slutrapporten om den nationella granskningen av program och tjänster för psykisk hälsa '*Contributing Lives, Thriving Communities*' som åtogs National Mental Health Commission.

National Mental Health Commission (NMHC)

NMHC är ett verkställande organ som inrättades den 1 januari 2012 som en del av den nationella regeringens reformsatsningar inom 2011–2012 års budget. NMHC utformades som en oberoende och självständig myndighet med huvudsakligt uppdrag att ansvara bl.a. för uppföljning genom årliga rapporter av utvecklingen inom området, rådgivning och att engagera intressenter på olika nivåer (SOU 2018:90). NMHC är ansvariga inför det australiensiska parlamentet genom den nationella hälsoplanen (*Health Portfolio*). År 2015 gav Australiens regering NMHC i uppdrag att genomföra en nationell granskning av program och tjänster för psykisk hälsa. Granskningen fokuserade på att utvärdera effektiviteten hos program och tjänster för att stödja individer som upplever psykisk ohälsa och deras familjer. NMHC övervakar och rapporterar om investeringar i initiativ för psykisk hälsa och självmordsförebyggande arbete, tillhandahåller evidensbaserad politisk rådgivning till regeringen och sprider information om sätt att kontinuerligt förbättra Australiens system för psykisk hälsa och självmordsförebyggande arbete samt fungerar som en katalysator för förändringar för att uppnå dessa förbättringar. Detta inkluderar ökad ansvarsskyldighet och insyn i psykisk hälsa genom att tillhandahålla oberoende rapporter och råd till den australiensiska regeringen och samhället. Den australiensiska regeringen har tillsatt en referensgrupp (*Mental Health Expert Reference Group, ERG*), med syfte att ge råd för att informera resultatet på granskningen av program och tjänster för psykisk hälsa.

Health Council of Australian Governments (COAG)

COAG tillhandahåller ett forum för den australiensiska regeringen, Nya Zeelands regering och statliga och territoriella regeringar för att diskutera frågor av ömsesidigt intresse som rör hälsopolitik, tjänster och program. Vid sidan av arbetet med den nationella strategin och de tvärsektoriella handlingsplanerna för psykisk hälsa har flera avsiktsförklaringar och satsningar på psykisk hälsa genomförts inom ramen för COAG, bl.a. har de antagit en vision för arbetet med psykisk hälsa, *The Roadmap for National Mental Health Reform*, som anger en övergripande inriktning för styrningen av psykisk hälsa-politiken under åren 2012-2022 (Department of Health and Ageing, 2010).

Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC)

AHMAC är ett rådgivande och stödorgan för COAG, som syftar till att underlätta förbättringar av effektiviteten i tillhandahållandet av hälsovårdstjänster genom en samordnad och gemensam strategi i frågor av ömsesidigt intresse.

Australian institute of health and welfare (AIHW)

AIHW är en oberoende lagstadgad myndighet som bidrar med information och statistik för att informera och stödja beslut om politik och tjänster, vilket leder till bättre hälsa och välbefinnande för alla i Australien. AIHW erbjuder ny insikt om hur människor i Australien interagerar med hälso- och välfärdssystemen. De publicerar de årliga publikationerna *Australia's health* och *Australia's welfare*. AIHW inrättades 1987 av den australiensiska regeringen enligt *Australian Institute of Health and Welfare Act*. De leds av en styrelse och ansvarar inför det australiensiska parlamentet genom hälsoportföljen *the Health portfolio*.

Mental Health Services in Australia (MHSA)

MHSA i Australien är en onlinetjänst som tillhandahålls av Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) där årliga rapporter om psykisk hälsa publiceras. Dessa rapporter ger de senaste tillgängliga uppgifterna om det nationella svaret på hälso- och välfärdssystemet på australiensarnas vårdbehov gällande psykisk ohälsa. MHSA uppdateras successivt under året när data blir tillgängliga.

The Nest - A national action plan for child and youth wellbeing

Efter tre års utveckling, lanserades 2013 för första gången en nationell plan för välbefinnande för barn och ungdomar, känd som *The Nest*, i det Australiska parlamentet. Planen krävde reformer genom att fokusera på förebyggande, tidig intervention och ett åtagande för barnet i centrum för all politik. *The Nest* utgår ifrån att regeringen ensam inte kan tillgodose alla ungdomars behov - och de viktiga frågor som unga australiensare står inför inte kan förbättras med ett "magiskt" program, en politik eller en organisation som arbetar isolerat. *The Nest* ger en vägledande ram för utveckling av evidensbaserade, förebyggande och hållbara strategier för att förbättra barn och ungdomars välbefinnande i hela Australien. Tanken

är att federala, statliga och lokala myndigheter, företag, skolor, icke-statliga organ, föräldrar, allmänheten och barn och ungdomar kan göra en skillnad om alla arbetar kollektivt för att uppnå de förändringar som behövs (ARACY, 2014). Detta regionala och arbete, kopplat till the Nest, bedrivs på många ställen runt om i Australien.

Frivilligorganisationer (ett urval)

Australian Research Alliance for Children and Youth (ARACY) inrättades 2002 och är en nationell välgörenhetsorganisation med stort mandat och inflytande i arbetet med barn och ungas psykiska hälsa. ARACY arbetar för att få till samverkan mellan olika aktörer som myndigheter och forskare för att bidra med resurser och kunskap som syftar till att tidigt skapa positiva förutsättningar hos barn och familjer. ARACY arbetar utifrån The Nest (aracy.org.au/).

Kids Helpline är en hjälplinje. De två grundstenarna i Kids Helpline är empowerment och barncentrerad praxis. Rådgivning ur ett empowerment-perspektiv innebär att stödja och arbeta med ungdomar till att utveckla alternativ till förändring, förstå konsekvenser av sina handlingar, identifiera sina egna styrkor och informera dem om andra tillgängliga resurser, utveckla en känsla av kontroll i deras liv. Tillhandahålla en barncentrerad praxis innebär att stödja och arbeta med ungdomar genom att bl.a. lyssna på och respektera vad den unge har att säga, fokusera på deras behov, att se världen ur deras perspektiv, och att respektera den unga (kidshelpline.com.au/).

Headspace är en nationell onlinetjänst- och telefonsupporttjänst, bemannad av ungdomar som har erfarenhet av psykisk ohälsa. Headspace tillhandahåller ett skräddarsytt och holistiskt stöd till unga i åldern 12 - 25 år med psykisk ohälsa, eller är i behov av annat stöd som gäller deras psykiska och fysiska hälsa (inklusive sexuell hälsa), alkohol och andra droger eller stöd med arbete och studier. *Headspace Schools* bidrar också med underlag för utbildning inom psykisk ohälsa (headspace.org.au/).

Beyond Blue är en organisation som arbetar för att främja psykisk hälsa genom att prioritera att lyssna och ta tillvara på erfarenheterna från människor som drabbats av ångest, depression och suicid och att kombinera detta med evidens från forskare. Forskning understödjer allt arbete som genomförs av Beyond Blue som sedan 2002 bedrivit många projekt inom målgruppen unga 12–25 år (beyondblue.org.au/). Information om dessa projekt finns här beyondblue.org.au/about-us/research-projects.

Be You är ett initiativ inom Beyond Blue som startade 2018 och som erbjuder utbildning och resurser online, med stöd av 70 experter. Be You finansieras av den Australiensiska regeringen och arbetar för att stödja skolpersonal i olika frågor om psykisk hälsa (beyou.edu.au/).

Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval

What Works for Kids (WW4K)

WW4K är Australiens första sökbara onlinedatabas och nätverkssajt för forskare, utövare och beslutsfattare som arbetar för att förbättra barn och ungdomars välbefinnande, i åldern 0–24 år. WW4K, som ursprungligen finansierades av det australiensiska socialdepartementet, ger information om interventioner som fokuserar på förebyggande metoder och för vilka det finns evidens för att de fungerar. Webbplatsen gör det möjligt för alla som investerar i barns och ungdomars välbefinnande att välja ett program som passar aktuell kontext (whatworksforkids.org.au/about).

Exempel på specifika insatser

Exempel på forskningsprojekt som finansierats av ”Beyond Blue”

MindMatters

MindMatters är ett initiativ för gymnasieelevers psykiska hälsa i Australien. Programmet syftar till att förbättra ungdomars psykiska hälsa och välbefinnande med fokus på copingstrategier och motståndskraft. De gör detta genom ett ramverk för psykisk hälsa som hjälper skolor med struktur, vägledning och stöd samtidigt som de gör det möjligt för dem att utveckla en egen strategi för psykisk hälsa som passar deras unika omständigheter. MindMatters förser skolpersonal med professionellt lärande

som inkluderar online-resurser, fysiska evenemang, webbseminarier och support. Allt innehåll är evidensbaserat för att stärka psykiska hälsa och välbefinnande. MindMatters omfattar resurser för psykisk hälsa som involverar hela skolan, inklusive elever, familjer och skolpersonal. Inga RCT-studier har genomförts för att utvärdera programmet (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000).

SenseAbility

SenseAbility är ett evidensbaserat, kostnadsfritt program som syftar till att skapa motståndskraft bland elever (12 – 18 år). Programmet består av en serie moduler utvecklade för att förbättra och upprätthålla emotionell och psykologisk motståndskraft. Programmet är baserat på KBT. Programmet utvärderades 2017 med fokus på lärares uppfattningar om innehållet, dess fördelar för studenter och potentiella förbättringar som skulle stärka upptag och fortlöpande implementering av programmet. Lärarna var överlag nöjda med innehållet och menade att det bidrog till att stärka ungdomars motståndskraft och välbefinnande. Utvärderingen kan läsas i sin helhet här beyondblue.org.au/evaluation.

Mood Mechanic

Mood Mechanic är en internetbaserad intervention som syftar till att minska symtom på depression och ångest hos unga vuxna i åldrarna 18-24 år. Metoden har utformats för att vara fritt tillgänglig för allmänheten och att vara transdiagnostisk till sin natur, det vill säga lämplig för unga vuxna med ett brett utbud av olika typer av ångest och ett brett spektrum av svårigheter med sitt humör. Programmet genomförs under en 5-veckors period. Deltagarna får stöd i att reflektera över den information som ges inom kursen och uppmanas att öva på de färdigheter som behandlas i kursen, i syfte att överföra dessa till deras vardag. Utvärderingen visade på positiva resultat och tenderade att minska kliniska symtom på ångest och depression. Dessa förbättringar höll i sig 12 månader efter programmet slut. Mer information om utvärderingen kan läsas här beyondblue.org.au/report.

Mental Health First Aid (MHFA)

The Mental Health First Aid (MHFA), som på svenska har fått namnet Första hjälpen till psykisk hälsa, kommer ursprungligen från Australien

(Kitchener & Jorm, 2002). Över 900 000 personer i Australien och 4 miljoner människor globalt har utbildats i MHFA. Programmet har utvecklats och utvärderats vetenskapligt och används nu i närmare 30 länder runt om i världen. En stor faktor förknippad med programmets genomslag och dess effekter både i Australien och världen över tillskrivs MHFA Australiens åtagande att utvärdera sina utbildningsprogram med hjälp av rigorösa, vetenskapliga studier, sedan programmet började 2000 (MHFA, 2019). Målsättningen är att rädda liv genom att öka allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar, självmordsförsök och självmord. Syftet med MHFA är att rädda livet på unga personer som kanske kan skada sig själv; att se till att den unga personen får professionell hjälp innan den psykiska hälsa förvärras; att underlätta ett tillfrisknande samt att hjälpa och stödja den unga person som har psykiska problem. För att uppnå detta syfte utbildar programmet människor till att hantera olika typer av krissituationer kopplade till psykisk hälsa och att hänvisa personer som inte är i en krissituation, men som visar tecken på psykiska hälsoproblem, till rätt verksamhet. MHFA syftar också till att minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa bland personer som utbildas, men också i den allmänna befolkningen. Utbildningen består av tolv timmars undervisning som vanligtvis ges som tretimmarspass vid fyra tillfällen.

Teen Mental Health First Aid (TMHFA)

TMHFA är ett program med syfte att utbilda ungdomar i att identifiera, öka kunskapen och agera på tecken av psykisk ohälsa bland sina vänner. Huvudsyftet med programmet är att utbilda om stödjande åtgärder och därmed öka sannolikheten för att den som mår dåligt söker tidig och lämplig behandling. Detta görs genom att minska hinder som t.ex. negativa attityder gentemot yrkesverksamma eller oro för att diskutera känsliga ämnen med ansvarsfulla vuxna. Utbildningen involverar tre undervisningstillfällen á 90 minuter, alternativt sex undervisningstillfällen á 45 minuter. Skolor eller verksamheter som erbjuder TMHFA ska också ha utbildat minst 10 procent av personalen och hela årskurser utbildas samtidigt. Ett kritiskt moment i TMHFA är att knyta an till en pålitlig vuxen. På så sätt utbildar och förbereder TMHFA även vuxna på att möta ungdomar i kris. En utvärdering av programmet visade att utbildningen ökade elevernas förtroende att hjälpa en kamrat med psykisk ohälsa, deras vilja att berätta för någon om psykiska problem och minskad stigmatisering

gentemot personer med psykisk sjukdom. Utbildningen har mottagits väl av elever, föräldrar och personal på skolor. Det behövs dock en RCT-studie för utvärdera effekterna av programmet på elevernas kunskap, attityder och beteenden i jämförelse med andra program och utbildningar. Utvärderingen i sin helhet kan läsas här ([beyondblue research-project](#)).

Sammanfattning Australien

Sedan 2008 utgår den australiensiska nationella strategin och handlingsplanerna från ett tvärsektorielt policyarbete för psykisk hälsa. År 2013 lanserades för första gången en nationell plan för välbefinnande för barn och ungdomar, känd som The Nest, i det australiensiska parlamentet. The Nest ger en vägledande ram för utveckling av evidensbaserade, förebyggande och hållbara strategier för att förbättra barn och ungdomars välbefinnande i hela Australien och utgår ifrån att arbetet med att främja ungas hälsa inte kan göras isolerat. Federala, statliga och lokala myndigheter, företag, skolor, ickestatliga organ, föräldrar, allmänheten och barn och ungdomar arbetar kollektivt för att uppnå de förändringar som behövs. Detta regionala arbete, kopplat till the Nest, bedrivs på många ställen runt om i Australien.

Australian Research Alliance for Children and Youth (ARACY) är exempel på en frivilligorganisation med stort mandat som utifrån The Nest arbetar för en samverkan mellan forskare och andra aktörer. Beyond Blue är en frivilligorganisation som arbetar för att främja psykisk hälsa genom en tydlig forskningsanknytning (med program som till exempel Mind-Matters och SensAbility). Mental Health First Aid (MHFA), som i dagsläget har implementerats i närmare 30 länder har sitt ursprung i Australien. Det finns en variant av programmet som riktar sig till ungdomar (Teen Mental Health First Aid, TMHFA) där syftet är att utbilda unga i att kunna stötta sina vänner som upplever psykisk ohälsa.

KANADA OCH ARBETET MED PSYKISK HÄLSA

Övergripande ansvar och nationella riktlinjer

Kanada är en konstitutionell federation som förutom den federala regeringen består av tio provinser och tre territorier (SOU 2018:90). Den federala regeringen har vidare ett ansvar för viss finansiering av forskning, nationell statistik och hälsodata samt innehar ansvaret för den nationella folkhälsopolitiken (Marchildon, 2013). I Kanada har *The Minister of Health* det övergripande ansvaret för befolkningens hälsa med stöd från *the Health Portfolio* som innefattar myndigheterna *Health Canada*, *the Public Health Agency of Canada*, *the Canadian Institutes of Health Research*, *the Patented Medicine Prices Review Board* and *the Canadian Food Inspection Agency*. Canadian Food Inspection Agency verkar för att minska risken för hälsorisker i förhållande till mat. Detta sker i samarbete med industri, konsumenter, federala, kommunala organisationer. Canadian Institute of Health Research är Kanadas federala byrå för hälsoforskning med syfte att skapa ny kunskap som kan förbättra Kanadas hälsa och ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Health Canada är den federala avdelningen som ansvarar för att hålla god kvalitet på de tjänster som erbjuds inom hälso- och sjukvården i Kanada. Patented Medicine Prices Review Board är en verksamhet som skyddar konsumenter och bidrar till vården genom att säkerställa att tillverkarnas priser på patenterade läkemedel inte blir för höga. The Public Health Agency of Canada arbetar för att förebygga kroniska sjukdomar och förebygga skador, samt svara upp mot folkhälsokriser och sjukdomsutbrott (Canada Health, 2020)

Mental Health Commission of Canada (MHCC)

På uppdrag av, och finansierat av Health Canada inrättades 2006 The Mental Health Commission of Canada [MHCC] (Mental Health Commission, 2020) vars syfte var att utveckla och sprida program och verktyg som syftar till att stödja befolkningens psykiska hälsa i Kanada. MHCC presenterade en första inledande rapport 2012 där en bred vision och långsiktiga mål för arbetet med psykisk hälsa konkretiserades. Rapporten utmynnade i Kanadas första nationella strategi för psykisk hälsa 2012:

Changing directions, Changing lives: The Mental Health Strategy for Canada. I augusti 2016 publicerade kommissionen åtgärdsplanen *Advancing the mental health strategy for Canada - a framework For action* (SOU 2018:90). MHCC har också i uppdrag att ta fram indikatorer och mäta utvecklingen inom psykisk hälsa och har bl.a. drivit forskningsprojektet *At Home/Chez soi* som syftar till att tillhandahålla praktisk och verkningfullt stöd till personer som saknar bostad och som lider av psykisk ohälsa samt det nationella attitydprojektet *Opening Minds* med fokus på att minska stigma relaterad till psykisk ohälsa eller sjukdom (SOU 2018:90).

Satsningar och initiativ gällande ungdomars psykiska hälsa - ett urval

The MHCC's Youth Council (YC)

Som svar på rekommendationerna från Senaten i rapporten, *Out of the shadows at last*, inrättade MHCC ett ungdomsråd som ett sätt att göra unga med erfarenhet av psykisk ohälsa hörda (Mental Health Commission Youth Council, 2020). YC har varit aktivt sedan 2008 och representerar ungdomar med erfarenhet om psykisk ohälsa för att bistå MHCC i deras arbete. Medlemmarna i YC representerar hela Kanadas befolkning och har många olika bakgrunder. YC strävar efter att öka ungdomars deltagande i beslut relaterade till psykisk hälsa. Resultaten från YC's arbete redovisas nedan.

The Mental Health Strategy for Canada: A Youth Perspective

I mars 2013 påbörjade YC arbetet med att skriva om *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada* ur ett ungdomsperspektiv. Huvudsyftet med projektet var att utveckla ett kompletterande dokument som belyser erfarenheter och visioner bland ungdomar och därmed gör strategin mer lättläst och tillgänglig för alla (Mental Health Commission Youth Council, 2020). Ungdomsrådet arbetade med ungdomsversionen av den nationella strategin. Fyra perspektiv har varit vägvisare i detta arbete: 1) Hur kan psykisk hälsopolitik beskrivas på ett mer lättbegripligt sätt, 2) Vilka exempel på bästa praxis kan göra strategin mer meningsfull för alla som deltar i psykiska hälsopolitiska diskussioner i hela Kanada, 3) Vilka delar av strategins rekomen-

dationer är mest relevanta för ungdomar, 4) Hur kan ett ungdomsperspektiv på strategin inspirera till förändring i systemet och inge känsla av hopp och optimism hos unga.

Headstrong: The Youth Anti-stigma Initiative

Headstrong är ett initiativ mot stigma för ungdomar i åldrarna 12-18. Headstrong syftar till att inspirera ungdomar att vara modiga, nå ut och tala om psykisk ohälsa. Headstrong lär eleverna att känna igen och minska stigma och bli ledare i sina skolor. Ungdomar med egen upplevd erfarenhet är en viktig del av Headstrong -programmet. Det har visat sig att anknytning, engagemang och empowerment är viktiga element i anti-stigma program för ungdomar (Headstrong, 2020).

Det finns många program för psykisk hälsa som implementeras i kanadensiska skolor. Detta har resulterat i ett lapptäcke av testade och otestade initiativ för skolan över hela landet. I ett försök att börja organisera detta arbete har SAMHSA Consortium sammanställt en sökbar databas genom vilken programinformation har syntetiserats och delats. Databasen går att hitta här: <http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/scandb/>

The YouthCan IMPACT

The YouthCan IMPACT -modellen utvecklades som ett svar på de långa vårdköerna för ungdomar med psykisk ohälsa. Modellen liknar de svenska Första Linjen-verksamheterna som är kommunbaserad, med multidisciplinära team och drop-in system. Det pågår för tillfället en utvärdering av verksamheten i Kanada där man använder en RCT-design för att jämföra utfallen från IMPACT med en vanlig, traditionell, sjukhusbaserad psykiatrisk konsultation (Youth Can IMPACT, 2020)

Frivilligorganisationer (ett urval)

Youth Mental Health Canada är en ungdomsdriven, icke-vinstdrivande gräsrotsorganisation som fokuserar på att utbilda om, och driva frågan om ungdomars psykiska hälsa. Youth Mental Health arbetar för att få ett större och mer effektiva insatser, samt för suicidstrategier i skolan (Youth Mental Health, 2020).

Canadian Mental Health Association [CMHA](2020) arbetar med att driva frågor om psykisk hälsa och beroende. De bidrar med kunskap och resurser för att utveckla och implementera policys, i samarbete med andra organisationer. CMHA har filialer på provinsnivå och t.ex. i Ontario har man ett antal program för att stödja barn och ungas psykiska hälsa: The Centre for Innovation on Campus Mental Health; Strengthening Children's Mental Health: an in-person training program; Working with Children and Youth with Complex Mental Health Needs: an online training resource. CMHA har också ett ungdomsråd som ger återkoppling på strategier, arbetar med empowerment bland unga. En särskilt viktig grupp unga är ursprungsbefolkningen (CMHA Youth, 2020).

Exempel på specifika insatser

Youth Net (Réseau Ado)

Youth Net startade 1994 och är ett regionalt hälsofrämjande interventionsprogram som drivs av ungdomar, för ungdomar, i olika delar i Ontario. Syftet med Youth Net är att nå ut och hjälpa ungdomar att utveckla och upprätthålla en god psykisk hälsa och hälsosamma strategier för att hantera stress och samtidigt minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa. Detta görs genom utbildning och intervention. Upplägget kan se olika ut men inkluderar ofta gruppdiskussioner med teman såsom tankar kring psykisk hälsa och ohälsa, orsaker till stress, coping strategier, samt vikten av goda sociala relationer.

Strengthening Families for Parents and Youth (SFPY)

SFPY är ett program som vänder sig till familjer med ungdomar i åldern 12–16 år. Det är en förkortad, anpassad version av det framgångsrika 14-veckors programmet Strengthening Families (som riktar sig till barn i åldrarna 7-11) som utvecklats vid University of Utah. SFPY är ett förebyggande program för föräldrar och ungdomar som är i riskzonen på grund av oro för psykisk ohälsa. Det anpassade nio-veckors programmet har utvärderats och visade positiva effekter gällande ungdoms-, föräldrar- och familjefunktion, i linje med det ursprungliga 14-veckors programmet.

Sammanfattning Kanada

The Mental Health Commission (MHCC) inrättades 2006 med syfte att utveckla och sprida program och verktyg för att stödja befolkningens psykiska hälsa i Kanada. MHCC står bakom Kanadas första nationella strategi för psykisk hälsa, *Changing directions, Changing lives: The Mental Health Strategy for Canada*. Inom MHCC finns ett ungdomsråd (YC) som har fått stort genomslag i Kanada och som syftar till att göra rösterna av unga med erfarenhet av psykisk ohälsa hörda. Detta har de bl.a. gjort genom att skriva om det nationella styrdokumentet för arbetet med psykisk hälsa ur ett ungdomsperspektiv. Headstrong är ett annat initiativ inom ungdomsrådet som använder ungdomar som förändringsagenter i arbetet för att minska stigma kring psykisk ohälsa. I Kanada utvecklades också The YouthCan IMPACTmodellen som ett svar på de långa vårdköerna för ungdomar med psykisk ohälsa. Modellen liknar de svenska Första Linjen-verksamheterna.

FRÄMJANDE OCH FÖREBYGGANDE INSATSER- VAD FUNGERAR?

Det finns kunskap om olika faktorer som påverkar hur ett program fungerar. Dessa faktorer handlar om innehållet och strukturen av insatsen, hur den implementeras, relationen mellan de som implementerar programmet och deltagarna och ett antal olika variabler på systemnivå. För att kunna bedöma om implementeringen har varit framgångsrik behövs information om de specifika programkomponenterna, hur de levererats och utvärderats och i vilket sammanhang insatsen befinner sig (till exempel gällande yttre omständigheter eller arenan där insatsen genomfördes) (e.g., Domitrovich & Greenberg; Dane & Schneider, 1998). Se Chen (2012).

En svaghet i många program, generellt, är att det inte finns en tydligt uttalad modell eller teoretisk förankring av hur interventionen är tänkt att bidra till en förändring. En utgångspunkt för att kunna bedöma implementeringen av ett program är de specificera programkomponenterna, eller dess "aktiva ingredienser". Programkomponenterna ska vara observerbara och allt inkluderat material och aktiviteter i interventionen ska vara tydligt beskrivet (Saunders et al., 2005). Kognitiv beteendeterapi (KBT), social inlärningsteori och positiv psykologi är bland de mest utbredda teorierna som används för att främja barn och ungas psykiska hälsa. Största andelen är baserade på KBT och studier har visat att denna typ av insats har positivt inflytande på utåtagerande beteende och inåtvända problem (Gillham et al., 2006).

Litteraturen belyser också att insatser som involverar flera olika aktörer som elever, skolpersonal, familj och närliggande samhället har bättre förutsättningar för att förändra miljön och kulturen i skolan. Detta brukar kallas en "hela-skolan-ansats". En hela-skolan-ansats är komplex och det är få program som verkligen uppfyller kriterierna. I en färsk metaanalys av Goldberg et al. (2019) ingick 45 studier med 30 interventioner (RCT- eller Kvasidesign). Inklusionskriterierna var att de skulle ha ett koordinerat utbud av aktiviteter som inkluderar hela undervisningen, skolethos och miljö, och ett samarbete med familj och kommun. Resultaten påvisade en

liten men signifikant förbättring i deltagarnas sociala och emotionella anpassning, beteendemässiga anpassning och minskade inåtvända problem, jämfört med ingen hela-skolan-ansats. Dock framkom ingen förändring i skolprestationer. Författarna såg att program som kom från USA hade starkare effektstorlekar och diskuterar om detta kunde bero på att amerikanska skolor mer rigit följde manualen. Man såg också att samarbetet med kommunen hade en positiv effekt på utfallet. En hela-skolan-ansats är det som rekommenderas i bl. a. Storbritannien (Demkowicz & Humphrey, 2019).

Vanliga teoretiska ramverk

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en intervention som består av principer från både kognitiv teori och beteendeteori. Fokus är på individens utveckling av coping-kompetenser. KBT är baserat på idén om att det är individens tankar som formar ett beteende. Därför har teorin fokus på att förändra negativa tankemönster och därmed främja ett mer stabilt och positivt beteende (Niclasen, Lund & Obel, 2016). Psykoedukation är ett vanligt inslag, ofta som ett första steg, i KBT. KBT och psykoedukation ligger till grund i många program som strävar efter starkare Mental Health Literacy (t.ex. MHFA, se Björk, 2018). Exempel på program som använder KBT är Penn Resilience Program och Resourceful Adolescence Program.

Social inlärningsteori baserar sig på beteendeterapi men med fokus på sociala processer. Social inlärningsteori har fokus på vilken betydelse sociala sammanhang har för individens beteende. Centralt i den här teorin är att individen är aktivt engagerad i sin egen utveckling och kan skapa förändring genom sina egna handlingar. Barnets utveckling är starkt knutet till sin omgivande miljö där de vuxna som finns omkring barnet utgör förebilder (roller). Förebilderna utgör en central aspekt av denna teori då barnet lär av andra i dess omgivning genom att observera dem. Exempel på program som är baserat på social inlärning är PALS (Niclasen, Lund & Obel, 2016).

Positiv psykologi är en del av psykologi där man har fokus på en social positiv inställning. Det handlar om att skapa positiva miljöer, t.ex. hur man kan lära sig att främja positiva tankar och relationer som i sin tur kan skapa en positiv kultur där man finns (arbete skola etc.). Detta har i sin tur positiv effekt på psykisk hälsa. Insatser med denna teori som utgångspunkt kan se väldigt olika ut. En insats som kan sägas används positiv psykologi är Mindfulness Based Stress Reduction (Niclasen, Lund & Obel, 2016).

Lazarus och Folkmans coping-teori syftar till att minska stressfyllda och negativa situationer i vardagen. I denna teori skiljs det mellan olika coping-strategier som individen antingen medvetet eller omedveten använder sig av. Strategierna kan vara av t.ex. konfronterande karaktär, eller av distanserande karaktär. Zippys vänner (för yngre elever, se Niclasen, Lund & Obel 2016 för beskrivning) är ett exempel på ett skolbaserat program som tar utgångspunkt i Lazarus och Folkmans coping-teori (Niclasen, Lund & Obel, 2016).

INTERNATIONELLA KUNSKAPSÖVERSIKTER

De senaste åren har flera systematiska kunskapsöversikter om interventioner för att främja barn och ungas psykiska hälsa publicerats. Utifrån den kunskap som redan finns har vi för den här rapporten valt att syntetisera tidigare publicerade kunskapsöversikter som har baserat sitt underlag på litteraturöversikter inom området. Vi har utgått från de mest relevanta utifrån syftet, för att belysa vad som har gjorts, vad som görs idag och vilken eventuell effekt dessa har. Sammanställningen syftar till att identifiera utvärderade interventioner och betydelsefulla komponenter som verkar lovande för att främja barn och ungas psykiska hälsa.

Övergripande resultat från internationella kunskapsöversikter

Komponenter i interventioner

Familjenivå

Yap et al. (2016) och Townshend et al. (2016) sammanställde studier om interventioner som riktade sig till föräldrar. I Townshend et al. (2016) systematiska litteraturöversikt inkluderades RCT- studier som syftade till att främja välbefinnande (mindfulness) i föräldrarollen (studier från Australien och USA). Båda översikterna utvärderade trivsel, utåtagerande och inåtvända problem hos barn och ungdomar i åldern 0–18 år eller hos föräldrarna. Trots att en del studier indikerar att “mindfulness” för föräldrar kan minska stress, öka deras känslomässiga medvetenhet om deras barn och minska deras barns utåtagerande beteende, bedömdes studierna ändå för svaga ur ett metodologiskt perspektiv för att kunna dra slutsatsen att dessa har positiv effekt. I litteraturöversikten av Yap et al. (2016) genomfördes en metaanalys där majoriteten av studierna var från USA. Studierna fokuserade på familjebaserade insatser med syfte till att minska inåtvända problem och symtom av ångest och depression. Yap et al. undersökte särskilt några komponenter som skulle kunna spela roll för ett föräldrainsriktat program; (1) var barnet befinner sig i utvecklingen när programmet levereras; (2) vilken målgruppen bland föräldrar är; (3) vilket

fokus interventionen har; och (4) om barnet får en direkt intervention (i tillägg till vad föräldern får). Dock fann de inget stöd för att dessa komponenter skulle ha någon effekt på utfallen men ett intressant fynd i sammanhanget var att de interventioner som gavs till föräldrar under barnets tonår gav en signifikant minskning av inåtvända problem hos tonåringen. Det visade sig att föräldrabaserade insatser hade en svag till liten effekt på inåtvända svårigheter och depression och en liten effekt på ångest. Man fann också en minskning i diagnostiserad ångest och depression.

Skolnivå

Folkhelseinstituttet i Norge (Skogen, Smith, Aarø, Siqveland, & Øverland, 2018) identifierade sex kunskapsöversikter av relevans för skola som arena (Kavanagh et al. 2009; Kidger et al. 2012; Hetrick et al. 2016; Wiener-Seidler et al., 2017; Moreno-Peral et al. 2017; Dray et al. 2017). Resultaten visade att det finns möjligheter att hälsofrämjande insatser i skolan har, åtminstone en liten effekt på ungdomars psykiska hälsa (Wiener-Seidler et al. 2017; Kavanagh et al., 2009). Dray et al. (2017) fann att interventioner som stärker barnets motståndskraft, exempelvis genom att stärka förmågan att lösa problem, fatta beslut och samarbeta med andra kunde minska förekomsten av depressiva symtom, inåtvända och utåtagerande psykiska problem och allmänna psykiska besvär bland skolbarn 5–18 år, jämfört med en kontrollgrupp som inte fick någon insats. Liknande resultat har påvisats bland yngre barn (Fenwick-Smith et al., 2018). Vad gäller livsfärdigheter finns det få (utvärderade) program som riktar in sig endast på att stärka just livsfärdigheter med syfte att förbättra psykisk hälsa. I Dray et al (2017) framkommer det att flera program har inslag av livsfärdigheter. De få (n=2) utvärderingarna med livsfärdigheter i fokus i Dray et al. visar ambivalenta eller till och med negativa resultat. Därmed inte sagt att stärkta livsfärdigheter per se är negativt. Vi tar upp tråden med livsfärdigheter i diskussionsavsnittet.

Program- och uppföljningstid

Vad gäller uppföljningstiden på olika interventioner verkar effekten som oftast inte hålla i sig mer än 6 månader (Kavanagh et al., 2009), även om man har sett små effekter upp till 12 månader (Wiener-Seidler et al. 2017), och ännu längre - 24 månader (e.g., Stice, Rohde, Gau, and Wade, 2010), men tenderar att försvinna efter längre tid. Dray et al (2017) fann

att insatsernas effekter kan variera beroende på uppföljningstid, där resultaten indikerar en minskning av depressiva symtom och ångestsymtom om effekten mättes på kort sikt, inom ett år efter insatsens genomförande. De fåtal studier som i Drays et al., (2017) översikt mätte effekter på lång sikt, tyder endast på effekter på inåtvända psykiska problem (t.ex. FRIENDS och Penn's som beskrivs längre ner). I översikten av Fenwick-Smith et al. (2018) verkade dock inte längden på programmet spela någon roll på utfallen (motståndskraft hos yngre elever). Däremot lades vikt vid intensitet i programmet och innehållet. Resultaten vidmakthölls dock inte längre än vid andra program. Detta indikerar, enligt författarna, att programlängd inte påverkar elevernas motståndskraft efter det att programmet väl har avslutats. En slutsats från en kanadensisk rapport var att (Mental Health Commission of Canada, 2013) program i allmänhet är mer effektiva när de involverar hela skolan och genomförs under mer än ett år på ett klassomfattande sätt.

Skolmiljö och hälsofrämjande skola

Begreppet skolmiljö har definierats på en rad olika sätt, i vilket både den fysiska och den psykosociala miljön räknas in. För att undersöka detta har områden som skolsamhörighet, typ av skola, upplevt stöd i skolan, lärarstöd, det upplevda klimatet i skolan, skolans fysiska utseende, styrdokument och mobbning undersökts. I Kidgers et al. (2012) systematiska översiktsartikel (n=39 studier, RCT och kohortdesign, ålder 11–18) undersöktes effekten av skolmiljö på psykisk hälsa ("emotional health"). Två RCT-studier fann lite stöd för att en stödjande skolmiljö förbättrade elevers psykiska hälsa medan tre RCT-studier inte fann någon effekt alls. Sex kohortstudier utvärderade skolnivåfaktorer (t.ex. skolstorlek, lärare-student-ratio) men fann ingen effekt. Det visade dock sig att skolor där eleverna upplevde ett lärarstöd, kände skolsamhörighet, hade positiva sociala relationer och kände glädje att gå till skolan hade mer positiva utfall. Liknande resultat framkom från Folkhälsomyndighetens (2020) rapport om skolrelaterade faktorer och inåtvända problem; upplevd skolsamhörighet kan minska risken för psykisk ohälsa (baseras på ett fåtal studier), och att mobbning är en riskfaktor för inåtvända psykiska problem, medan positiva relationer i form av upplevt socialt stöd från lärarna kan skydda mot sådana problem (Folkhälsomyndigheten, 2020). Däremot fann Folk-

hälsomyndigheten (2020) inga relevanta översikter om betydelsen av faktorer relaterade till skolans resurser eller den fysiska skolmiljön, med avseende på inåtvända psykiska problem bland skolbarn. Kidger et al (2012) menar att det finns begränsat stöd för att skolmiljön påverkar ungdomars psykiska hälsa. Det finns dock betydande problem med att mäta effekten av skolmiljö, vilket diskuteras i Diskussionsavsnittet i denna rapport. Liknande resultat som Kidger et al (2012) återfinns i Langford et al. (2015) systematiska översikt där effekten av Hälsofrämjande skola (HFS) undersöktes på en rad hälsorelaterade utfall (studiedesign RCT-kluster). Endast studier som beaktade alla tre egenskaperna hos HFS togs med, det vill säga, 1) inkludering av hälsoutbildning i skolplanen, 2) förändring i den sociala och/eller fysiska skolmiljön och 3) deltagande av elevens familj och/ eller samhälle. Författarna fann positiva effekter på BMI, fysisk aktivitet, fysisk kondition, frukt och grönsakskonsumtion, rökning och mobbning. Effekterna var till stor del små men tillräckligt stora för att påverka folkhälsan på befolkningsnivå. Dessvärre framkom inga effekter på psykisk hälsa, fettintag, alkoholanvändning, berusning, våld och att mobba andra. Liknande tvetydiga slutsatser framkommer från Folkhälsomyndigheten (2020). Medan en översikt av medelhög kvalitet som studerar effekten av insatser som syftar till att organisera skolan utifrån en hälsofrämjande ansats (Kidger et al., 2012) inte visar någon effekt på inåtvända problem i skolan, visar en annan översikt av hög kvalitet (Langford et al. 2014; 2015; 2017) att det behövs fler och bättre studier för att kunna besvara frågan. Resultatets tillförlitlighet begränsas av att de två översiktterna var för sig endast identifierar några få, och till stor del överlappande primärstudier som undersöker effekter på inåtvända psykiska problem. Enligt översikten av hög kvalitet fanns dessutom en betydande risk för bias i de inkluderade primärstudierna. Det sammanvägda resultatet indikerar därför att det är oklart om en övergripande hälsofrämjande ansats i skolan har betydelse för inåtvända psykiska problem bland skolelever. Likaså identifierar den litteraturöversikt, som studerar insatser som syftar till att främja eller öka fysisk aktivitet i skolan endast ett fåtal relevanta primärstudier, varav flera bedömdes ha låg kvalitet (Brown et al., 2013). En annan tydlig faktor som är starkt korrelerat med psykisk hälsa är skolprestationer, där sämre skolprestationer är riskfaktor för inåtvända psykiska problem (Folkhälsomyndigheten, 2020). Detta samband går dock i

båda riktningarna, där psykisk ohälsa bidrar till sämre skolprestationer (Gustavsson et al., 2010).

Skolfrånvaro

Det finns många olika begrepp för att beskriva problematisk skolfrånvaro. I den internationella forskningslitteraturen är begreppen skolvägran (eng. school refusal) och skolk (e.g. truancy) de vanligaste. Skolvägran är ofta relaterad till oro, ångest och depression. I Sverige används ibland begreppet hemmasittare för denna grupp elever. Skolvägrare eller hemmasittare är oftast frånvarande för att de inte kan gå till skolan. Det handlar alltså inte om bristande motivation utan snarare om ohälsa. Skolan måste arbeta både med att förebygga skolfrånvaro (identifiera riskfaktorer) och att främja skolnärvaro (identifiera friskfaktorer). Skolk är oftare kopplat till inlärningssvårigheter och normbrytande beteende. Elever som skolkar i hög omfattning är kraftigt överrepresenterade när det gäller kriminalitet, missbruk och antisociala beteenden. Närvaro i skolan tycks vara positivt för skolprestationerna. Elever med problematisk frånvaro har också oftare kunskapsluckor och får oftare ofullständiga betyg. Ofullständiga betyg riskerar att försvaga elevernas chanser på arbetsmarknaden och risken ökar för arbetslöshet och utanförskap (Karlberg & Persson, 2017; Kearney, 2001; Skolinspektionen, 2016; SOU, 2016:94).

I en systematisk litteraturöversikt och meta-analys av Maynard et al. (2015) undersöktes effekterna av psykosociala behandlingar för barn och ungdomar med skolvägran. Alla utom en av behandlingarna hade KBT-inriktning. Översikten inkluderade åtta artiklar och det framkom signifikanta effekter på skolnärvaro men inte för ångest. Frånvaro av korttidseffekter på ångest pekar på behovet av långtidsuppföljningar för att avgöra om ökad närvaro till slut leder till minskad ångest. Studierna som ingick var dock publicerade mellan 1984 och 2013, vilket kan indikera behovet av en nyare översikt inom ämnet. Det övergripande syftet med dessa KBT-interventioner är att minska stressen, och öka skolnärvaro för de elever med problematisk skolfrånvaro. Beteendebaserade interventioner innehåller exempelvis exponeringsbaserade interventioner, avslappningsträning, och/eller social färdighetsträning. Andra interventioner har använts för behandla skolvägran (t.ex., psykodynamisk behandling, familjeterapi, medicinering) men KBT är den mest studerade interventionen.

Fysisk-aktivitetsinterventioner i skolan

Interventioner som innehåller fysisk aktivitet som huvudmoment för att förebygga eller behandla psykosociala problem har på senare år blivit fler. Detta kan antas vara en följd av att forskningen i allt större omfattning har påvisat ett orsakssamband mellan fysisk aktivitet och god psykisk hälsa. I en metaanalys av Spruit et al. (2016) ingick studier med ungdomar i åldern 11–18 som uppvisade utåtagerande eller inåtvända beteenden, självuppfattning eller skolprestationer som utfall (n=57). Resultatet av fyra metaanalyser visade signifikanta små till moderata effekter av fysisk aktivitetsinterventioner och utåtagerande problem, inåtvända problem, självuppfattning, och skolprestationer. Det var dock flera faktorer som ibland visade sig påverka utfallet, som t.ex. studiedesign; Vad gällde inåtvända problem, såg författarna svagare effekter när en RCT-design användes jämfört med en kvasiexperimentell design. Likaså fann de modererande effekter av proportionen pojkar i urvalet och klinisk diagnos. Större effekter kunde ses i urval med färre pojkar, och om urvalet hade kliniska diagnoser.

Program med KBT- inriktning - universella och riktade

I Drays et al. (2017) metaanalys som syftade till att undersöka effekten av universalpreventiva interventioner med ett fokus på att stärka motståndskraften (resiliens) hos barn och unga (5–18 år) byggde de flesta insatserna på KBT, och en av subgruppsanalyserna visade att KBT--baserade insatser kan minska förekomsten av depressiva symtom och ångestsymtom och allmänna psykiska besvär. Dock gjordes inga motsvarande subgruppsanalyser på övriga insatser (som inte byggde på KBT) på grund av för litet antal studier. Gemensamt för insatserna är att de var schemalagda, men de varierade i omfattning från en lektion i veckan till varje dag och som längst under 32 veckor (Dray et al. 2017). I KBT ingår att stärka flera komponenter i det som kan kallas Livsfärdigheter. Enligt Schurer 2017, se mer om Life skills) kan KBT vara ett effektivt verktyg för att utveckla livsfärdigheter. Även från Mental Health Commission of Canada (2013) var slutsatsen att det finns stark evidens för att det är möjligt att förebygga både inåtvända psykiska problem och utåtagerande problem, och att KBT-inriktade program i skolans arbete med psykisk ohälsa är verk-samma. Vidare framhålls det i rapporten att skolbaserade KBT-program,

som syftar till att förebygga bland annat ångest och nedstämdhet, kan vara effektiva för att minska symtomen. För nedstämdhet tenderar de bästa metoderna vara färdighetsträning och riktade (utveckla kompetenser och skyddande faktorer) snarare än att bara leverera information på en universell nivå. Vidare, i rapporten av Mental Health Commission of Canada (2013), framhålls att träning i sociala färdigheter eller socialt emotionellt lärande kan vara effektivt för att stärka elevernas hanteringsförmåga och för att hantera en mängd emotionella- och beteendeproblem. Dessutom har socialt emotionellt lärande associerats med förbättrade skolprestationer (se Durlak et al., 2011 för mer om detta). Mycket av KBT går ut på att stärka det som kallas livsfärdigheter. Träning på beslutsfattande, konfliktlösning och att förbättra sociala relationer hanteras i KBT.

Hetrick et al. (2016) drar dock något andra slutsatser i sin metaanalys med psykologiska interventioner (inkluderat KBT, interpersonell terapi (IPT) och "tredje vågen"-KBT). Resultaten visade små positiva effekter i att förebygga depression, både för självskattade symptom efter interventionen och för diagnosen depression upp till 12 månader efter interventionen, men inte efter det. Evidensen bedömdes dock vara moderat till låg och resultaten var heterogena. Universella preventionsprogram visade en mindre effekt när interventionen hade kontrollgrupper att jämföra med. Riktade interventioner, särskilt de som gavs till dem med symptom på depression hade större effekt, men dessa interventioner använde sällan en väldefinierad kontrollgrupp. Författarnas slutsats är att det fortfarande inte finns tillräckligt med evidens för effekten av depressionsförebyggande KBT och IPT-program.

Enligt Kavanagh et al., (2009), tenderar insatser med KBT-fokus att vara mer effektiva för unga människor från familjer med medel till hög socioekonomisk status jämfört med lägre socioekonomisk status. Det kan vara en viktig aspekt att ha med sig när en intervention ska formas - att mottagarna kan vara till synes homogena men beroende på deras bakgrund kan effekten bli olika för olika personer.

Psykoedukation och mental health literacy

Inom KBT använder man ofta psykoedukation, det vill säga information till personen om sin psykiska ohälsa, så att de på ett sakligt sätt kan se på

sina egna reaktions- och handlingssätt. Att få kunskap om hälsa och hur man kan förbättra sin hälsa har konceptualiserats som "Health Literacy". Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är health literacy (på sv. ung. hälsokunskap) nyckeln till en bättre hälsa bland både individer och i befolkningen (WHO, 2013). Mental health literacy (MHL), som är en komponent i health literacy, kan förväntas att ha liknande påverkan (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016). MHL kan sammanfattas innehålla fyra distinkta men relaterade komponenter: (1) Förståelse för hur man kan uppnå en god hälsa; (2) förståelse för psykisk ohälsa och hur det kan behandlas; (3) minska stigma relaterat till psykisk ohälsa; (4) stärka hjälpsökande (att veta när, var, och hur man kan få tillgång till vård och att utveckla kompetenser för egenvård) (Kutcher, Wei, Coniglio, 2016; Kutcher, Bagnell, Wei, 2015). I ett effektivt arbete med ungdomars psykiska hälsa är det viktigt att det finns ett fokus på MHL i interventionerna. Forskning har också visat att mer kunskap om psykisk ohälsa och minskat stigma är två nödvändiga element i hjälpsökande beteende och tidig identifikation av psykisk ohälsa (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010; Kelly, Jorm & Wright, 2007). Detta var också något som Folkhälsomyndigheten (2020) lyfte i sin rapport; interventioner med syfte att höja elevernas kunskaper om psykisk hälsa påvisade positiva resultat på förekomsten av inåtvända psykiska problem bland skolbarn. Det vill säga, mer kunskap visar samband med mindre inåtvända problem. Dessutom fann man att effekten var lika i olika åldersgrupper. Det är således viktigt att skolor inte bara riktar in sig på att främja psykisk hälsa utan också lär eleverna att skilja på normala variationer i psykisk hälsa, jämfört med mer allvarliga tillstånd, minska stigma och främja hjälpsökande beteende som de kan använda när de är i behov av det (Kutcher, Wei, Coniglio, 2016; Wei, Kutcher & Szumilas, 2011). I en norsk studie (Skre, Friborg, Breivik, Johnsen, Arnesen & Wang, 2013) utvärderades en MHL-intervention utifrån de fyra tidigare nämnda områdena som integrerades i skolans undervisning. Eleverna undervisades i tre dagar. Utvärderingen visade positiva resultat. Studien fann också att flickor och äldre elever var bättre på att identifiera psykisk ohälsa och hade färre fördomar om psykisk ohälsa. Detta kan sannolikt förklaras av att äldre elever hade mer kunskaper sedan tidigare. Vad gäller flickor kan man bara spekulera men det kan vara så att flickor är mer mottagliga för den sortens insats, kanske därför att de i större utsträckning rapporterar sämre psykisk hälsa på gruppnivå jämfört med killar. Vidare,

fördomar var ett hinder för kunskap om hjälpsökande. En anledning till de positiva effekterna kunde vara att man förut hade använt sig av externa aktörer för att genomföra insatserna, vilket i längden inte är ett hållbart sätt att förstärka MHL- kapaciteten i själva utbildningssystemet. Ett annat program som hamnar inom ramen för denna inriktning är Mental Health First Aid, som har beskrivits på flera ställen i den här rapporten.

Internetbaserade interventioner

De senaste åren har internetbaserade preventionsprogram för att minska ångest och depression bland unga människor utvecklats utifrån ett behov att nå ut till småstäder, mer flexibilitet och möjlighet till anonymt deltagande. Till skillnad från många program där deltagarna möter sin behandlare eller andra deltagare, kan internetbaserade program genomföras när som helst, kostnaderna för själva programmet är ofta lägre, eftersom det behövs ett mindre (eller inte alls) antal terapeuter, eller mindre tid med dem (Calear et al., 2010). Resultaten från metaanalyser visar dock motstridiga resultat. Ye et al., (2014) inkluderade 7 internetbaserade RCT-interventioner (6 med KBT-inriktning) som syftade till att minska antingen depression, ångest eller båda bland unga 7–25 år inom skola och primärvården fann att jämfört med att vara på väntelista så minskade internetbaserade interventioner ångestsymtom och förbättrade tillfrisknandet. Dock var effekten på minskad depression inte signifikant och de fann heller ingen skillnad i ångest eller depressionssymtom mellan internetbaserade interventioner och de interventioner där man träffades personligen. I en metaanalys som publicerades ett år senare av Ebert et al. (2015) undersöktes effekten av internetbaserad KBT-inriktade studier bland unga upp till 25 år. Tretton RCT-studier ingick (varav 4 studier återfanns i Ye et al., 2014). De fann att den övergripande effekten av KBT-interventionerna på ångest eller depression efter interventionen var signifikant. Det saknas dock långsiktiga utvärderingar, menar författarna. Baserat på detta underlag tenderar ändå internetbaserade KBT-inriktade program kunna ha effekt där det inte går att träffas fysiskt. Det finns vidare fog att anta att dessa kommer att få ännu mer gehör och följsamhet ju längre tiden går och ju vanare befolkningen blir att använda nätet och tekniska resurser. Det är ändå rimligt att anta att det är själva innehållet (t.ex. KBT) som påverkar effekten och inte själva mediet.

Faktorer av betydelse för framgångsrika insatser

Sundhetsstyrelsen och Aarhus universitet i Danmark publicerade 2016 en översikt "Insatser som främjar psykisk hälsa hos barn och unga" (Niqlasen, Lund & Obel, 2016). Mot bakgrund av de artiklar som samlades in (n= 126 93 interventioner) drog författarna slutsatsen att det inte fanns tillräckligt med utvärderingsunderlag för att framhålla effekter av specifika insatser. Däremot diskuterar författarna vilka faktorer som verkar ha betydelse för att öka möjligheterna för positiva effekter. De presenteras nedan:

Målgruppen: Effekten av insatsen för barn och ungas psykiska hälsa beror på den målgrupp som insatsen omfattar. Det finns en tendens, menar författarna, att faktorer som motivation, ålder och kön har en betydelse för om en insats har effekt eller inte. Det är centralt för effekten av en given insats att den riktar in sig på de berörda barnen och föräldrarnas individuella behov samt förmår att skapa motivation hos målgruppen. Insatser som implementerades i yngre åldrar samt insatser som riktade sig mot en specifik åldersgrupp visade också bättre effekt. Samtidigt verkar några insatser påverka flickor och pojkars psykisk hälsa olika, samt att insatserna verkar hjälpa dem med svårast problem mest (Niqlasen, Lund & Obel, 2016, s. 5). T.ex. så visar subgruppsanalyser av Dray et al (2017) att insatser (universella insatser som syftar till att stärka motståndskraften) kan variera beroende på barnets ålder. Insatserna tycks minska ångestsymtom och allmänna psykiska besvär hos yngre barn (5–10 år) och inåtvända psykiska problem hos unga (11–18 år).

Innehåll och uppbyggnad: Inriktning, innehåll och uppbyggnad har betydelse för hur bra en insats fungerar. Det ses en tendens till att teoretiskt baserade insatser har bättre effekt än det motsatta. Det verkar också finnas en mer positiv effekt om insatserna är omfattande och innehåller fler aktiviteter som involverar hela skolan och föräldrarna. Särskilt när det gäller yngre barn. Insatser som fokuserar på varje enskilt barn verkar också ha effekt, t.ex. med individuella samtal. Slutligen verkar insatser som har en utförlig manual visat sig fungera, åtminstone i de amerikanska undersökningarna (Niqlasen, Lund & Obel, 2016, s. 6).

Implementering: Oavsett programmets utformning är implementeringen av programmet viktig. Faktorer som påverkar implementering handlar om hur väl ledare och deltagare följer programmet, engagemang hos deltagare och ledare men också bland föräldrar, vilka resurser och hur stor budget som finns (e.g., Niclasen, Lund & Obel, 2016). Därutöver spelar kontext och kultur en stor roll. Det är viktigt att beakta dessa komponenter när en intervention planeras och därtill genomför en processutvärdering för att ha möjlighet att förstå varför ett program är framgångsrikt eller inte (Saunders et al., 2005).

Genom att göra det finns även möjlighet att finjustera programmet efterhand. En viktig del i interventioner är de som levererar själva interventionen. Interventioner som leds av skolans lärare kan bidra till ett hållbart sätt att förstärka kapaciteten i själva utbildningssystemet. Å andra sidan, och det kan ha att göra med typen av program och vad som ska läras ut, har det framkommit att i ett KBT-inriktat program med externa psykologer som programledare blev resultaten bättre än när de använde lärare som höll i det (Pössel et al., 2018).

En insats som fungerar i en verksamhet, fungerar inte nödvändigtvis i en annan. Insatser ska i största möjliga mån formas efter varje skola eller familjs behov och kultur för att vara effektiv. Därför är standardversioner av insatser i många fall inte lämpliga och positiva effekter från en kontext, till exempel skolan kan inte nödvändigtvis överföras till hemmet eller andra kontexter (Niclasen, Lund & Obel, 2016). Därmed behöver manualbaserade program ses över för att passa den lokala kontexten.

Universella eller riktade program: Resultaten från kunskapsöversikter visar något tvetydiga resultat avseende effekten av universella program (Feiss et al., 2019; Caldwell et al., 2019). Ofta visar riktade program större effekt - vilket kanske inte är så konstigt eftersom man då riktar in sig på en definierad grupp som uppvisar psykisk ohälsa. Chansen att minska symtomen blir då större, jämfört med att rikta sig till en förhållandevis frisk population där kanske endast ett fåtal uppvisar psykisk ohälsa. Riktade program har generellt visat sig vara mer kostnadseffektiva (Offord, 2000).

I motsats till terapi, som syftar till att minska befintliga symtom (terapi-effekt), är syftet med universella program att förebygga en ökning

av symtom (förebyggande effekt). Fördelarna med universella insatser är att de kan nå även en del av dem som annars inte skulle söka hjälp och kan på så sätt vara mer hälsoekonomiskt motiverade. En nackdel med universella program kan vara att resurser som skulle ha kunnat läggas på barn med särskilda behov läggs på program för alla oavsett behov. Stigmatisering nämns ofta som ett problem i samband med preventionsprogram och fördelen med universella program är att deltagandet inte medför något stigma (Pössel et al., 2018).

Studiedesign och uppföljning: Utöver själva implementeringen är det viktigt att se till vilken studiedesign som har använts för att kunna avgöra om en insats har varit framgångsrik. Ett vanligt problem är att man inte använder en studiedesign som kan ligga som underlag för att dra kausala slutsatser om orsakssamband. För att göra det behövs en studiedesign med kontrollgrupper (Pössel et al., 2018).

Det finns vidare ett behov av långtidsuppföljningar för att studera hur effekterna av olika interventioner förhåller sig över tid (Johnstone et al., 2018). Generellt tenderar interventioner påvisa effekt upp till 6 månader efter avslutad intervention, men få visar effekt 12 månader efter själva interventionens avslut. Trots detta är kanske det största problemet att interventioner inte utvärderas alls innan de sätts i bruk i större skala. Genom att implementera en intervention vars effekt inte blivit utvärderad finns det risk att interventionen gör mer skada än nytta.

Utvärderade program

Här beskrivs ett urval av program som syftar till att minska psykisk ohälsa/främja psykisk hälsa som i den vetenskapliga litteraturen är de som har utvärderats i störst omfattning inom ramen för rapportens målgrupp. Dessa utvärderingar har inte alltid kunnat påvisa positiva effekter. Om ett program inte har utvärderats saknas det vetenskapligt stöd för programmets effekt.

Programbeskrivningar

FRIENDS for Life: “FRIENDS for Life”, är ett manual-, och skolbaserat universellt program med KBT-fokus som syftar till att lära ungdomarna självreglering, att hantera svåra känslor, och problemlösning. Programmet finns för tre åldersgrupper; Fun FRIENDS (4–7 år), FRIENDS for life (8–11 år) och FRIENDS for life Youth (12–16 år). Den teoretiska modellen i FRIENDS utgår från fyra komponenter vilka interagerar i utvecklingen, upplevelsen och vidmakthållandet av ångest. Dessa komponenter består av känslor, psykologi, kognition och beteende. I en systematisk översikt av Higgins och Sullivan (2015), baserad på RCT-utvärderingar, var slutsatsen att programmet verkar ha effekt, både på kort och lång sikt. De framhåller särskilt att program som är manualbaserade, med en KBT-inriktning kan vara effektiva i att minska psykisk ohälsa.

LARS&LISA (Pössel et al., 2011; 2013; 2018) är ett manualbaserat, KBT-inriktat, universellt skolbaserat preventionsprogram, med psykologer som instruktörer. Programmet fokuserar på att förstå relationer mellan kognition, emotion och beteende; att identifiera och utmana negativa kognitioner, och att träna beslutsamhet och social kompetens. Alla versioner av programmet implementeras med könshomogena grupper. Anledningen till detta är att forskning har visat att könshomogena grupper kan skapa ytor där ungdomar, och särskilt pojkar kan dela sina känslor utan att uppleva det som pinsamt. I en utvärdering fann man positiva effekter på flickors depressiva symtom efter 12 månaders uppföljning medan inga sådana effekter fanns för pojkar. I en annan utvärdering fann man signifikanta effekter på depressiva symtom vid 4 månaders uppföljning. Programmet har framhållits som lovande av SIG (Public Health England, 2019). Som nämnts skriver även SBU (2016) fram detta program som “lästips” i sin rapport trots att är tydliga med att programmets evidens inte är tillräckligt starkt för att rekommendera.

Penn Preventive Program (PPP): Ett universellt skolbaserat program, som syftar till att stärka ungas motståndskraft och att främja realistiskt tänkande och anpassningsbara coping-metoder. PPP inkluderar teman som känslor och tankar, hantera familjekonflikter, argumentation och förhandling, coping-förmåga, social färdighetsträning, beslutsfattningsförmåga, problemlösning.

Penn Resiliency Programme (PRP): En läroplan på 18 lektioner riktad till 11–13-åringar (även om den har använts i en rad olika åldersgrupper). Lektionerna lärs ut av en PRP-utbildad lärare. Programmet syftar till att möjliggöra för ungdomar att utveckla färdigheter för att vara mer motståndskraftiga när det gäller att hantera situationer både i och utanför skolan. Ungdomar utvecklar färdigheter i känslokontroll och känslomässig medvetenhet, problemlösning, självständighet, kamratrelationer och beslutsfattande.

Penn-programmet, som syftar till att minska depressiva symtom och ångest i åldern 8–17 år, har framhållits som lovade. I en metaanalys (Bastounis, Callagan, Banerjee, Michail, 2016) fann man dock inget stöd för effekter av Penn eller varianter av Penn. Effektstorlekar i olika riktningar rapporterades bland studierna. Fyra studier rapporterade positiva resultat (små till stora effektstorlekar) (Chaplin et al., 2006, Gillham et al., 2007, Rooney et al., 2013, Rooney et al., 2006) och i de övriga ingen skillnad mellan kontroll och intervention. Ett antal olika faktorer, som design (kluster-, eller individuell RCT-studie), typ av intervention (Penn eller en variant av Penn), vilka som höll i programmet, ålder eller urvalsstorlek verkade inte påverka resultaten.

Resourceful Adolescent Programme (RAP) kommer från Australien och utvecklades i slutet av 90-talet. Programmet syftar till att stärka tonåringars (12–15 år) motståndskraft och främja deras psykiska hälsa. Programmet riktar särskilt in sig på att förebygga tonårsdepression och relaterade svårigheter. Det drivs i första hand som ett universellt preventionsprogram och kan ges av olika professionella (psykologer, kuratorer, skolsköterskor, etc.) med en KBT-inriktning med inslag av stresshantering, problemlösning och tankeförändring. Personalen på skolan utbildas i RAP, vilket kan tänkas vara en faktor som bidrar till att programmet implementeras på ett positivt sätt. Dock visade en färsk metaanalys att de sammanlagda effekterna av RAP var icke-signifikanta, och kunde därmed inte rekommenderas (Ma et al., 2020).

Mental Health First Aid (MHFA) är ett standardiserat program med inriktning på psykoedukation, utvecklat för att stärka allmänhetens mental health literacy, samt i att möta, stödja och hänvisa sårbara individer genom att förbättra deltagarnas kunskap, attityder och beteende relaterat till

psykisk ohälsa (läs mer om MHFA under Australien). I en metaanalys av 15 studier som har utvärderat programmet, undersöktes effekten av programmet på kunskap, attityder och hjälpbeteende. Resultaten visade att MHFA hade positiv effekt på samtliga utfall. Resultaten var homogena och man fann inga systematiska bias (felkällor). Resultaten visade att MHFA ökar deltagarnas kunskap om psykisk hälsa (deras mental health literacy) och ökar deras hjälpbeteende, också mot individer med psykiska problem. Två av studierna har genomförts i Sverige, en i Kanada, och de återstående 12 i Australien. Författarnas slutsats är att MHFA kan rekommenderas som folkhälsoinsats (Hadlaczky, Hökby, Mkrtchian, Carli, Wasserman, 2014). Ytterligare en metaanalys med 16 studier har publicerats 2019 (Maslowski et al., 2019), där man fann liknande resultat men att effekten var störst (måttliga effekter) för utfallen kunskap och självförtroende, medan analysen påvisade endast en liten effekt på attityd.

MHFA har också utvärderats i svenska studier. År 2012 lämnades ett regeringsuppdrag över till Karolinska Institutet för att pröva ungdomsversionen av MHFA. Stockholm och Jönköping valdes ut som pilotlän som utbildade instruktörer och 1000 Första Hjälpare i varje län. Utvärdering av effekterna bland deltagarna i dessa utbildningar har genomförts genom en randomiserad kontrollerad studie och en före- och efterstudie (Svensson, Stjernswärd & Hansson, 2013). De primära frågeställningarna i de båda studierna var om utbildningen i programmet med en varaktighet upp till sex månader förändrade kunskap om behandling och bemötande av personer med depression eller psykos. En sekundär frågeställning var om utbildningen minskade stigmatiserande attityder till personer med psykisk ohälsa. Både RCT-studien och före- och efterstudien visar i analyserna av de som fullföljde studien att kunskapen om hur man agerar och betar sig i kontakten med personer med psykisk ohälsa på ett signifikant sätt förbättras. Detta är även fallet när det gäller kursdeltagarnas självförtroende för att hjälpa en person med psykisk ohälsa. De viktigaste fynden i den kvalitativa analysen var att utbildningens praktiska inriktning varit särskilt fruktbar. Deltagarna beskriver att de har fått en användbar verktygslåda och i många fall redan hade använt vid uppföljningen. Sedan understryks vikten av att instruktörerna har goda psykiatriska kunskaper utanför det manualbaserade upplägget som presenteras under utbildningen.

Det framkommer att instruktörerna bör ha arbetat med psykiatrisk problematik på ett sådant sätt att de kan besvara en rad frågor som kommer upp under utbildningen.

PALS riktar sig till elever från förskoleklass till årskurs nio (Horner et al., 2009; Horner & Sugai, 2015). *PALS* står för P=Positiv, A=Atferd (sv. beteende), L=Läringsmiljö (sv. inlärningsmiljö), S=Samhandling (sv. samarbete mellan personal och elever). Grunden för modellen är strategier som genom forskning visat sig ha betydelse för både elever och personal. Skolans personal får verktyg för att hantera skolvardagen och stödja eleverna på ett så bra sätt som möjligt. Det innebär ett systematiskt och manualbaserat arbete med skolpersonalens förhållningssätt i syfte att minska beteendeproblem på skolan och bättre kunna stödja och vägleda elever till goda skolprestationer. I *PALS*-programmet arbetar all personal på skolan systematiskt med att:

- Fastställa regler och förväntat beteende inom olika områden
- Förhållningssätt, bemötande och samsyn i personalgruppen
- Goda relationer mellan elever och mellan elever och personal
- Gemensam syn på reaktioner vid negativt beteende
- Problemlösning och konflikthantering
- Samarbete med föräldrar

Vid genomförande av *PALS* är det vanligt att skolan inledningsvis erhåller professionellt stöd från utomstående expertis vilket inbegriper handledning och utbildning till skolans ledning och personal. Programmet är uppdelat i tre nivåer. Nivå ett är en universell nivå som omfattar alla elever och personal på skolan där syftet är att öka de grundläggande förutsättningarna för elever att lyckas i skolarbetet. Nivå två är ett komplement till den första nivån och riktar sig till elever som av olika skäl har större behov av stöd. Insatser på nivå tre är individualiserade, ofta resurskrävande och avsedda för de ca 1-5 % av eleverna som har stora svårigheter och ofta multipla behov, där insatserna bör baseras på individuell kartläggning och åtgärdsplan (Talme, Roll-Pettersson, Karlsson & von Rosen, 2018).

Resultatet visar att personalen som deltagit i interventionen vid eftermätningen skattade högre vad gäller skolklimat, tilltro till egen förmåga, arbetstillfredsställelse och lägre vad gäller arbetsrelaterad stress jämfört med kontrollskolan. Två utvärderingsstudier på PALS effekter har genomförts i Norge. Den ena var en mindre pilotstudie som utfördes åren 2002–2005. Den andra var en större jämförelse studie som utfördes åren 2007–2012.

Pilotstudien av PALS 2002-2005

Den första pilotstudien visade att PALS kunde förebygga problembeteende. Det blev en signifikant minskning av problembeteenden i såväl gemensamma utrymmen på skolorna som i klassrummet i alla skolor över tid, dessa effekter var betydligt större för PALS-skolorna än för kontrollskolorna. Analyserna visade att det fanns tydliga skillnader, till fördel för PALS, mellan PALS- skolor och kontrollskolor ifråga om “allvarliga incidenter” och “utagerande över tid”. På kontrollskolorna däremot tenderade “allvarliga incidenter” och “inåtvända problem” istället öka (Sørli & Ogden, 2007). Även nyanlända elever verkade gynnas av PALS avseende deras sociala kompetens samt skolprestationer (Ogden, Sørli & Hagen, 2007). PALS lyckades också att stärka lärarnas kollektiva känsla av kompetens för att skapa en skolmiljö som främjar elevers framgång, och att det i sin tur bidrar till det positiva utfallet. Den kollektiva känslan har en betydligt större påverkan än den enskilda lärarens känsla av kompetens (Sørli, Ogden & Olseth, 2016). Studien visade även att ett gott resultat på PALS-skolorna är förknippat med implementeringskvalité; det vill säga att ju mer skolorna håller sig till PALS-strategier såsom de lärs ut i manualen, desto bättre effekter på elevbeteende och skolmiljö (Sørli & Ogden, 2007).

I den storskaliga efterföljande effektstudien (Sørli & Ogden, 2015) jämfördes tre olika insatser under fyra år: Kontrollskolor som fortsatte “som vanligt” (20 skolor), PALS (28 skolor) och PBS (förkortad version av PALS; 18 skolor). Resultaten visar att PALS i sin helhet ledde till en signifikant minskning av elever som blev exkluderade från ordinarie undervisning på grund av beteendeproblem jämfört med kontrollskolor som ökade exkludering från ordinarie undervisning. Både PALS-skolor och kontrollskolan rapporterade positiva tendenser i alla utfall efter ett år –

men effekterna för PALS-skolor var betydligt större. Efter tre år uppvisade PALS-skolorna bättre resultat än kontroll skolorna i flera avseenden. Men även kontrollskolan som hade arbetat som vanligt visade positiva tendenser. Detta kan förklaras av flera faktorer men en viktig faktor var att 15 av 18 kontrollskolor höll på med en systematisk implementering av 1–3 andra evidensbaserade program samtidigt som studien pågick, vilket innebär att bara tre skolor praktiserade ”som vanligt.” Detta är ett vanligt problem i utvärderingar. Andra faktorer som också spelade roll för utfallen i PALS-skolor visade att skolstorlek och implementeringskvalité ledde till olika effekter (bättre resultat för mindre och mellanstora skolor än för stora skolor och bättre effekter för hög jämfört med låg implementeringsgrad). Slutsatser som dras från studien är att PALS uppvisar signifikanta och positiva effekter på inkludering; grad av beteendeproblem i skolan; inlärningsmiljö i klassrummet; lärarens känsla av tilltro till sin förmåga och skolpersonalens beteende/strategier.

Suicidprevention

I en systematisk översiktsartikel (Zalsman et al., 2016) om att förebygga suicid i alla åldrar granskades både publicerade systematiska översikter och individuella studier mellan 2005 och 2014. De fann sju typer av interventioner. Författarna drar slutsatsen att det inte finns några underlag för peka ut några specifika åtgärder som verkar fungera bättre än andra, utan att kombinationer av olika åtgärder ger bäst resultat. De framhåller dock att vikten av begränsad tillgänglighet till medel (som skjutvapen och läkemedel), skolbaserade program (här behövs det dock fler RCT-studier för att styrka evidensen), effektivare identifiering av personer med förhöjd självmordsrisk och behandling av underliggande faktorer som viktiga utgångspunkter. Vad gäller skolbaserade program identifierades tre storskaliga RCT:s; SOS (Aseltine et al., 2007), “YAM”, Youth Aware of Mental Health (Wasserman et al., 2015; YAM, 2020) och Good Behavior Game (Wilcox et al., 2008).

Vidare genomförde SBU (2015) en litteraturöversikt av suicid- och självskadepreventiva skolprogram. Fyra studier med acceptabel tillförlitlighet inkluderades. De utvärderade totalt sju olika program som samtliga undersökte effekter på antalet suicidförsök. Två universella program minskade risken för suicidförsök; Good Behavior Game (GBG) och YAM

(GBG ges på lågstadiet och är utvecklat för att förebygga självskada utan syftar till att förstärka positiva beteenden och attityder mellan skolelever och lärare). Tre program; Counselors Care: Assess, Respond, Empower (C-CARE), Coping and Support Training (CAST) och Skills for Life Programme for Adolescents (SEL), var undersökta i en relativt liten studie vardera och det gick inte att dra några slutsatser om deras effekter.

YAM (2020) ingick i en multicenterstudie (“SEYLE, The Saving and Empowering Young Lives in Europe”) där två andra program också ingick. I SEYLE-urvalet deltog 11,110 elever i åldern 14–15 år, från 168 skolor i tio europeiska länder (Sverige deltog inte). Efter 12 månaders uppföljning fanns en signifikant minskning i suicidförsök och allvarliga suicidtankar, i jämförelse med kontrollgruppen (Wasserman et al. 2015). Utbildningen består av fem lektionstimmar som omfattar alla elever i klassrummet utspridda på fyra veckor. Metoden har utvecklats vid Columbia University i New York, USA tillsammans med NASP vid Karolinska Institutet i Sverige. YAM syftar till att främja diskussion och utveckla färdigheter för att möta livets svårigheter, öka kunskap om psykisk ohälsa och minska suicid. YAM riktar in sig på problemlösande förmåga och emotionell intelligens, till exempel hur man handskas med egna och andras känslor, relationer och empati. Eleverna får information om en hälsofrämjande livsstil och hur man kan hjälpa sig själv och sina kompisar. Målgruppen för programmet är skolelever i åldern 14–16 år. Utbildningen leds av instruktörer utbildade av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) och skolans egen personal deltar inte vid dessa tillfällen (YAM, 2020).

YAM har under tre års tid genomförts som en pilot och som ett forskningsprojekt på 163 skolor med 10 000 elever (årskurs 7–8) i Stockholmsområdet. En publicerad artikel beräknas komma under våren 2020.

ARBETSMARKNADSPOLITISKA INSATSER

Har tidig intervention och intensifierat stöd haft effekt för ungdomar på arbetsmarknaden?

Arbetsmarknadsinsatser och hälsa

I en översikt av Puig-Barrachina et al. (2019) undersöktes sambandet mellan aktiva arbetsmarknadsinsatser (ALMP) och hälsa. De inkluderade 36 studier som publicerats mellan 1990 och 2017. De flesta studier har fokuserat på psykisk hälsa och relaterade utfall. Majoriteten av ALMP sökte stärka kapaciteten hos individen genom stöd i arbetssökarprocessen (31.6%) vilket övervägande visade positiva resultat; några erbjöd arbetsutbildning (16.7%) och ett fåtal subventionerad sysselsättning (8.3%), vilket gav mer heterogena resultat, övervägande positiva. Resten inkluderade en kombination av olika typer av ALMP. Författarna drog slutsatsen att ALMP har en positiv effekt på hälsa och livskvalitet. Det fanns fem studier från Sverige med i översikten. Dock gjorde denna översikt ingen åtskillnad mellan olika åldersgrupper.

Det finns stora svårigheter med att komma i sysselsättning för unga med endast för gymnasial utbildning. Det rör sig främst om nyanlända men också om många ungdomar födda i Sverige utan fullständiga gymnasiebetyg. Det är inte självklart vad som avses med aktiv arbetsmarknadspolitik, menar Forslund och Vikström (2011). De skiljer i huvudsak mellan tre typer av åtgärder: 1) arbetsmarknadsutbildning, 2) subventionerad sysselsättning och, 3) förmedlingsåtgärder. En del av de subventionerade sysselsättningarna liknar praktik där syftet är att det ska finnas ett utbildningsinnehåll och till denna kategori hör olika ungdomsprogram. Här har en rad insatser varit aktuella mellan mitten av 1980-talet fram till nu; ungdomslag, inskolningsplatser, ungdomspraktik, och kommunala ungdomsprogram (KUP). Förutom dessa insatser tillkom ungdomsgarantin 1998 och jobbgarantin för ungdomar 2007 (som ersatte KUP). Ungdomsgarantin syftade till att utveckla ungdomars kompetens så att möjlighet till arbete och utbildning förbättrades genom en individuell handlingsplan. Kommunerna skulle då bli ansvariga att erbjuda en aktiverande och utvecklande insats på heltid om inte annan sysselsättning kunde erbjudas

inom 90 dagar. I Forslund och Vikströms översikt framkommer att effekterna av 1990-talets arbetsmarknadsutbildning eller ungdomspraktik fick en lägre inkomst än öppet arbetslösa ungdomar, samt lägre sannolikhet att befinna sig i arbete och påbörja studier (Larsson, 2003). Dock visade en annan utvärdering i den äldre populationen inga sådana negativa effekter, vilket pekar på att resultaten snarare beror på deltagarna är programmet, menar Forslund och Vikström (2011). En utvärdering av utvecklingsgarantin (senare kallad ungdomsgarantin) av Carling och Larsson (2005) fann ingen effekt av den. En senare studie av Forslund, Nordström Skans (2006) visade liknande effekter. Här fanns det ålderskillnader som delvis förklarar resultaten (för mer utförlig beskrivning läs Forslund och Vikström, 2011). Forslund, Nordström Skans (2006) fann också att arbetsförmedlingens program (AMU och arbetspraktik) ledde till mer sysselsättning än det kommunala programmet Ungdomsgarantin. Arbetspraktik verkade leda till mer sysselsättning än AMU på kort sikt. Efter två år visade sig det dock att utbildning medförde högre sysselsättning och inkomster. Forslund och Vikström (2011) sammanfattar att olika "garantiprogram" kan ha små effekter, samt att statlig arbetsmarknadspolitik tenderar fungera bättre än kommunal politik.

Hägglund (2009) granskade en serie randomiserade experiment som genomfördes av svenska Arbetsförmedlingen 2003, då arbetslöshet bland ungdomar var särskilt hög. Åtgärder som testades var olika sammansättningar av förmedlingsinitiativ: arbetssökande aktivitet, personlig vägledning, övervakning av jobbsökan aktivitet och uppsökande arbete riktat mot arbetsgivare. Experimenten gav till stor del positiva resultat för gruppen 45 år och äldre, men för ungdomar var resultaten enhälligt: ingen av variationerna i de ökade medlingsinitiativen för unga människor hade någon positiv effekt.

I en dansk systematisk litteraturoversikt (rapport) av Jensen och Andersen (2016) undersöks vilka arbetsmarknadsinsatser som faktiskt får unga utsatta i arbete eller i utbildning. Målgruppen för översikten var utsatta ungdomar som i regel inte har utbildning och kämpar med andra utmaningar än bara arbetslöshet. De fann 25 studier och delade in resultaten efter typ av insats: subventionerad sysselsättning; jobbsökarkurser; vägledning; kvalificeringsprogram; och tillfällig skapande av offentliga jobb. Resultatet visar bl.a. att det finns måttlig evidens för sysselsättning med lönesubventioner; det finns måttlig evidens på att ungdomar genom

jobbsökarkurser och utbildningsvägledning kan uppnå positiva effekter på övergången till anställning och ordinarie utbildning; det finns inga eller negativa effekter på anställningen av kvalifikationsprogram för ungdomar. Effekten av kvalifikationsprogram står därför i skarp kontrast till de väl dokumenterade positiva effekterna i samband med (vanlig) utbildning. Ett av problemen med kvalifikationsprogram är att de vanligtvis får deltagarna att bli arbetslösa medan kursen pågår, och därefter - med några få undantag - kan inga positiva effekter på sysselsättningen dokumenteras (Jensen & Andersen, 2016).

Enligt Engdahl & Forslund (2015) tyder tidigare utvärderingar på att tidiga placeringar i arbetsmarknadspolitiska program för unga utan sysselsättning riskerar att förlänga tiden till arbete. Faktorer som kan möjliggöra för unga handlar om övergången från skola till arbetsliv som kan underlättas av att yrkesutbildningen är arbetsplatsförlagd (Lindahl, 2011). Engdahl & Forslund (2015) sammanfattar vidare att befintliga utvärderingar av arbetsmarknadspolitiken pekar åt att arbetsmarknadsutbildning generellt som bäst har måttliga effekter för unga. Något som Engdahl & Forslund (2015) hävdar är rimligt, då de flesta unga, även unga utan fullständiga gymnasiebetyg, har utbildningar som fortfarande är aktuella. Praktik tycks ändå fungera bäst för dem som står relativt nära arbetsmarknaden. För de som står längre bort från arbetsmarknaden verkar intensifierad arbetsförmedling och subventionerade anställningar vara mest effektiva. Engdahl & Forslund (2015) framhåller dock att för de med ofullständiga betyg är det inte nödvändigtvis bättre att dessa ska gå tillbaka till skolan och skaffa fullständiga gymnasiebetyg, eftersom det inte finns några skattningar av effekten av läsa upp betygen i efterhand (Engdahl & Forslund, 2015).

Slutligen kan det noteras att metastudien i Card et al. (2010), som sammanfattade resultaten i stort antal utvärderingar av arbetsmarknadspolitik i ett antal länder, genomgående fann att arbetsmarknadspolitiska program för ungdomar hade negativa effekter för deltagarna. I en senare metaanalys av Card et al. (2018) fann de återigen att ungdomar verkar få sämre effekt av dessa program än andra grupper.

DISKUSSION

Det görs många olika insatser såväl nationellt som internationellt som syftar till att främja ungas psykiska hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Internationella kunskapsöversikter har systematiskt gått igenom effektutvärderingar av en del av dessa program. Bidraget från denna rapport handlar således om att samla kunskap om metoder som används nationellt och internationellt. Förhoppningarna har varit att kunna belysa och synliggöra en bredd av olika metoder och insatser som syftar till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland ungdomar. I arbetet med rapporten har fokus således legat på att göra en bred beskrivning av nationella, regionala och lokala exempel snarare än att på djupet gå in för att utvärdera eller detaljerat beskriva innehållet i varje metod.

Arbetet i Norden, Storbritannien, Australien och Kanada

Landsbeskrivningarna visar att arbetet med psykisk hälsa bedrivs på alla nivåer; universella såväl som riktade. Det är dock få insatser som är utvärderade på ett sådant sätt att det går att dra några slutsatser om effekterna. Framförallt finns det lite kunskap om effekterna består efter en längre tid efter interventionens slut. I landsbeskrivningarna framkommer att det är många insatser som pågår i dessa länder som baseras på psyko-education. Framgången med dessa program kan möjligen tillskrivas rigorösa utvärderingar vilket har möjliggjort förbättringar av programmet efterhand. Program som baseras på psykoeducation kan genom ökad kunskap och fler verktyg hjälpa unga att uppleva mindre oro inför framtiden och möjliggöra för fler vuxna att sätta sig in i de ungas situation (Mentor Sverige, 2017). Även om känslomässigt stöd från lärare har visat sig utgöra en viktig determinant för elevernas sociala förmåga och skolresultat (Tennant et al., 2015; Malecki & Denmaray, 2003), visar tidigare forskning att barn och unga inte alltid berättar för någon vuxen om de mår dåligt (Bjereld, 2017). Så, samtidigt som vi kan se en stor satsning på denna typ av program är det fortfarande många barn och unga i Sverige som inte vet var de ska vända sig för att få stöd och hjälp med sin psykiska ohälsa (Socialstyrelsen, 2019a). Goda exempel på detta finns i både Finland och Kanada som har integrerat psykisk hälsa i skolschemat för att öka barn och ungas kunskap och förståelse för sin egen psykiska hälsa

(2018/19:566 Barn och ungas psykiska hälsa). Under uppväxten har olika relationer olika stor betydelse för den unges utveckling och socialt stöd från jämnåriga kamrater får en ökad betydelse i tonåren (Folkhälsomyndigheten, 2018). I Australien har man också utvecklat en variant av psykoedukation som utbildar ungdomar i att upptäcka varningstecken för psykisk ohälsa hos kamrater, våga närma sig kamrater som mår dåligt och hjälpa dem att komma i kontakt med någon vuxen.

Folkhälsomyndigheten publicerade i februari 2020 en systematisk litteratöversikt som ger stöd för att faktorer som rör relationer i skolan, barnens skolprestationer och undervisningens innehåll, i form av kunskaps-höjande insatser inom området psykisk hälsa, kan ha betydelse för förekomsten av inåtvända psykiska problem. I samtliga landsbeskrivningar återfinns exempel på program med hela-skolan-ansats. I de nordiska länderna (framför allt Sverige, Norge och Danmark) och Storbritannien framkommer i denna rapport en tydlig satsning på olika hela-skolan-ansatser som syftar till att minska beteendeproblem och skapa bättre förutsättningar för goda skolprestationer. Dessa metoder går ut på att skolpersonalen arbetar med relationsskapande, uppmuntran av positivt beteende och goda rutiner i klassrum och gemensamma utrymmen. Till skillnad från program med psykoedukation som verktyg har hela-skolan-ansatser en lång implementeringstid med utbildning och handledning av personal. Program som bygger på en tydlig metodmanual och ett systematiskt och övergripande upplägg kan också bli en utmaning då en lång implementeringsfas kräver uthållighet och stort engagemang från deltagarna. Lyckas denna implementeringsfas och programmet blir en del av verksamheten kan det dock möjligen också bli mer motståndskraftigt för yttre förändringar (t.ex. hög personalomsättning). Faktorer som påverkar en framgångsrik implementering diskuteras vidare längre ner i denna rapport. Hela-skolan-ansatser skulle kunna utgöra ett exempel på en insats som stärker skolans organisation, pedagogiska arbete och psykosociala miljö i ett långsiktigt perspektiv, men för att dra en sådan slutsats behövs fler studier med RCT-design, för att minimera risken för självselektion.

Skolhälsovård

I de olika landsbeskrivningarna framkommer att det finns elevhälsa/skolhälsovård/elevvård tillgängligt för barn och ungdomar men att denna kan

vara organiserad på olika sätt. Det verkar ändå som att de flesta länder strävar efter att arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Sedan 2010 finns begreppet Elevhälsa inskrivet i den svenska skollagen (2010:800). Den svenska Elevhälsan har ett uttalat hälsofrämjande och förebyggande uppdrag och för att möta detta uppdrag anges i skollagen (2010:800) att elevhälsan ska omfatta kompetenserna skolhälsovård (skolläkare och skolsköterska), kurator, skolpsykolog samt personal med specialpedagogisk kompetens (Kap 2, § 25). I elevhälsan möts därmed kompetenser med grund i olika teorier och utgångspunkter. I Sverige har Elevhälsan således fått en betydande roll i arbetet med elevers psykiska hälsa. Sammansättningen av professioner i skolhälsovården ser olika ut i olika länder och beror på verksamhetens behov. I Storbritannien satsar man hälsofrämjande och förebyggande och målet är att minst en lärare i varje gymnasieskola ska få utbildning i psykoedukation. Denna utbildningsvåg speglas i många insatser, som också diskuteras längre ned i denna rapport. Satsningar på skolan som aktör i arbetet med psykisk hälsa är en viktig del. Det handlar inte bara om elevhälsan som aktör, utan också lärarna och andra signifikanta vuxna. Enligt Baths (2015) pedagogiska modell är t.ex. lärare, omsorgspersonal, behandlingsassistenter, fritidsledare viktiga personer vars uppgift är att ge stöd och vägleda unga personer som har haft svåra upplevelser utan att ha en terapeutisk funktion. Bath menar att det pedagogiska arbetet i vardagen är det viktigaste och det är där unga personer får tillfälle att praktisera sina färdigheter som de eventuellt fått i terapi eller tillgodogjort sig i annat sammanhang. Utan en stöttande och trygg omgivning med stabila vuxna och möjlighet till färdighetsträning blir det svårare för barn och unga att utvecklas och gå vidare (Bath, 2015).

Samverkan

I många av de nordiska länderna har omfattande omorganisering av den psykiatriska vården genomförts de senaste 30 åren där mer ansvar har decentraliserats. I flera av länderna ser vi att när en samverkan mellan olika aktörer verkligen har lyckats och mobiliserar flera nivåer i samhället, kan vi åstadkomma verkningfulla resultat. Ett exempel på samverkan mellan olika professioner inom socialtjänst, psykiatri, och skolan är Första Linjen i Sverige, och motsvarande finns i andra länder. Ett annat exempel är Danmark där en tydlig samverkan mellan skola och andra aktörer fram-

kommer i kartläggningen. Det gäller både samverkan för unga in i arbetslivet och samarbete för barn och unga med särskilda behov. I Danmark finns ett praktiskt exempel på en internetbaserad plattform som genom psykoedukation syftar till en ökad samverkan mellan olika aktörer runt unga med psykisk ohälsa. Projektet har visat positiva tendenser med har inte blivit utvärderat med RCT-design.

Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

En avslutad gymnasieutbildning har kommit att bli en inträdesbiljett till arbete och konsekvenserna av att inte slutföra en gymnasieutbildning är betydligt större än vad de var tidigare. Det behöver också finnas en mycket tydligare koppling mellan utbildning och arbete än vad som finns i dag (SOU 2018:11). Trots omfattande insatser de senaste 10 till 15 åren minskar gruppen arbetslösa ungdomar upp till 25 års ålder inte i tillräcklig omfattning. Arbetslöshet och utanförskap bland unga som lämnar skolan och ska ta sig in på arbetsmarknaden är en oro och risk för psykisk ohälsa (SOU 2018:11). Jobbgarantin för ungdomar är en EU-strategi och sedan 2013 ett åtagande av alla medlemsstater för att hantera ungdomsarbetslöshet, och något som också visat sig i de olika landsbeskrivningarna (European Commission, 2020).

Internationella kunskapsöversikter- vad fungerar?

Kunskap är makt?

Under 2000-talet har många interventioner som syftar till att förbättra ungdomars psykiska hälsa blivit utvärderade. Den mer nya vågen av teoretisk inriktning handlar om psykoedukation, det vill säga, utbilda både unga och professionella om psykisk ohälsa och stigma och därmed stärka deras mental health literacy. Med kunskap om vad som är normala tillstånd, som bara är normala svar på olika livssituationer, till skillnad från allvarigare psykiska problem kan stigma minska och chansen att en person som upplever psykisk ohälsa söker hjälp öka. Det kan också stärka individer till att hjälpa andra som mår dåligt att söka hjälp. Ett starkare mental health literacy, bland individer och i befolkningen, är nyckeln till bättre psykisk hälsa, menar WHO (2013). Det är således viktigt att skolor inte bara riktar in sig på att främja psykisk hälsa utan också lär eleverna

att skilja på normala variationer i psykisk hälsa (Kutcher, Wei, Coniglio, 2016; Wei, Kutcher & Szumilas, 2011).

Implementering

Oavsett ett programs utformning är det fundamentalt att implementeringen har varit lyckad eftersom detta påverkar hur det genomförs och i förlängningen dess utfall. Faktorer som påverkar implementering handlar om hur väl ledare och deltagare följer programmet, deras och även föräldrars engagemang, vilka resurser och hur stor budget som finns (Nielsen, Lund & Obel, 2016). Därutöver spelar kontext och kultur en stor roll, det vill säga i vilken omgivning genomförs interventionen; pågår det en pandemi, råder det stor arbetslöshet, eller genomför vi en intervention i Sverige som har visat effekt i USA, utan att ha granskat eventuella kulturella skillnader? Enligt Saunders et al. (2005) är det viktigt att beakta dessa faktorer när en intervention planeras, och därtill genomföra en processutvärdering för att ha möjlighet att förstå varför ett program är framgångsrikt- eller inte. Genom att göra det finns det möjlighet att finjustera programmet efterhand.

En viktig del i interventioner är de som levererar själva interventionen. Litteraturen belyser olika aktörer som kan vara involverade i detta arbete. I skolmiljöer är det vanligast att antingen lärare (som har fått utbildning) eller externa, professionella aktörer som t.ex. psykologer håller i en intervention. I ett program som syftade till att stärka mental health literacy (MHL) använde man sig av skolans lärare som hade fått utbildning i programmet. Forskarna diskuterade att detta kunde vara en framgångsfaktor i deras program eftersom de såg att detta bidrog till ett hållbart sätt att förstärka MHL- kapaciteten i själva utbildningssystemet. Å andra sidan, och det kan ha att göra med typen av program och vad som ska läras ut, har det framkommit att i ett KBT-inriktat program med externa psykologer som programledare blev resultaten bättre än när de använde lärare som höll i det (Pössel et al., 2018). Detta kan som sagt bero på att det kan passa lärare bättre att hålla i utbildning om psykisk ohälsa jämfört med KBT och att t.ex. psykologer kan ge mer professionell hjälp och stöd. Dock bör idén om att få in interventionen i den ordinarie verksamheten få ett starkare fäste inom skolinterventioner överhuvudtaget. Genom att

köpa in externa aktörer belastas skolor ekonomiskt och det finns en uppenbar risk att interventionseffekterna avtar när programmet slutar. Nackdelar med det motsatta, där lärare utbildas för att driva en insats kan dels vara att hitta ersättare till lärarna när de går utbildningen och att den nya kunskapen blir knutet till en (eller flera) lärare som lätt kan byta arbetsplats.

Utvärderingsproblem

Utöver implementeringen och de problem som kan följa, är utvärderingsdesignen en utmaning i sig. Det är viktigt att använda en studiedesign (RCT eller kvasi experimentell design) som minskar risken för självselektion och s.k. confounders för att kunna dra slutsatser om orsakssamband. Programmets effekter kan också skilja sig åt mellan pojkar och flickor. Vi vet sedan tidigare att pojkar och flickor tenderar att reagera olika på olika program, eller programelement. I vissa program har därför pojkar och flickor varit indelade i olika grupper (Pössel et al., 2018). Det finns naturligtvis svagheter med det också, t.ex. att man går miste om dynamiken och chansen för pojkar och flickor att lära från varandra. Några studier har också lyft att effekten av programmet fungerar olika bra beroende på vilken socioekonomisk indelning eleverna tillhör. Bland annat fann Kidger et al. (2012) att vissa program visade större effekter i grupper med lägre socioekonomi.

Universella eller riktade program

Resultaten från kunskapsöversikter visar något ambivalenta resultat avseende effekten av universella program. En systematisk Cochrane-översikt av Merry et al. (2012) undersökte effekten av interventioner med antingen psykologisk- eller utbildningsinriktning, eller båda, på uppkomst av depressiva symtom. De fann att bland barn och ungdomar hade psykologiska interventioner, såväl universella som riktade, effekt på att minska depressiva symtom. Ofta visar dock riktade program större effekt - vilket kanske inte är så konstigt eftersom man då riktar in sig på en definierad grupp som uppvisar psykisk ohälsa. Chansen att minska symtomen blir då större, jämfört med att rikta sig till en förhållandevis frisk population där kanske endast ett fåtal uppvisar psykisk ohälsa. Den huvudsakliga utfallsvariabeln i de flesta, om inte alla, studier som undersöker universellt förebyggande är alltså inte minskningen av nya fall av större depression,

utan minskning eller förhindrande av försämring av depressiva symtom. Så, majoriteten av deltagarna i studier med universellt förebyggande insatser uppvisar inga eller endast mycket låga nivåer av depression vid början av mätningen (Pössel et al., 2018). Fördelarna med universella insatser är att de kan nå även en del av dem som annars inte skulle söka hjälp. En nackdel är att resurser som skulle ha kunnat läggas på barn med särskilda behov läggs på program för alla oavsett behov.

Stigmatisering nämns ofta som ett problem i samband med preventionsprogram och fördelen med universella program är att deltagandet inte medför något stigma. Dock är det inte helt uteslutet att programmen ändå har en stigmatiserande effekt på de ungdomar som lösningarna inte fungerar för och som då framstår som mindre lyckade. Sättet som den riktade insatsen erbjuds på spelar stor roll. Det finns studier som visar att personen (barnet) tvärtom kan känna sig utvaltt i positiv mening (SBU, 2010). Screening för psykisk ohälsa i kombination med tidiga insatser kan vara en användbar strategi i det förebyggande, men man bör vara försiktig så att inte stigmatisering av elever som identifieras med psykisk ohälsa uppstår (Mental Health Commission of Canada, 2013). Till sist, menar Offord (2000) att trots att universella program inte kan förväntas ha någon större effekt för individen i en population kan den övergripande populationseffekten ändå bli betydande. Till exempel, en intervention som syftar till att öka IQ i en population med barn kan resultera i en ökning hos enskilda barn med 1 eller 2 poäng, men ökningen för populationen som helhet skulle bli betydande. Till syvende och sist handlar det dock inte om att välja den ena eller andra ansatsen utan att strategiskt använda sig av universella, riktade och kliniska insatser där de behövs för att fånga upp alla som är i behov av hjälp (Offord, 2000).

Trots att riktade program generellt är mer kostnadseffektiva (Offord, 2000), kan universella program vara hälsoekonomiskt motiverade; vilket framhålls i Folkhälsomyndighetens (2014) rapport avseende föräldrastöd. Det baseras på en låg kostnad i kombination med en minskning av beteendeproblem eller ökad hälsorelaterad livskvalitet hos barnen. Vad gäller lite äldre ungdomar och universella program finns även där ganska få studier (n=9) vilka har presenterats i en systematisk litteraturöversikt av Schmidt et al. (2020). Trots att de flesta studierna visade att programmen var

kostnadseffektiva bedömdes evidensen vara låg. Viss evidens bedöms finnas för att anti-mobbningsprogram är kostnadseffektiva (Beckman & Svensson, 2015; Persson et al., 2019). Det är dock få utvärderingar som inkluderar långsiktiga kostnader och effekter (Schmidt et al., 2019).

Det finns vidare ett behov av långtidsuppföljningar för att studera hur effekterna av olika interventioner förhåller sig över tid. Generellt tenderar interventioner påvisa effekt upp till 6 månader efter avslutad intervention, men få visar effekt upp till ett år efter själva interventionen. Här kan man tänka sig att effekten av en intervention beror på de verksamma komponenterna i interventionerna. En intervention som innefattar utbildningsmoment, där kunskap om psykisk ohälsa förväntas bidra till minskad oro och ångest, såväl som till ett ökat hjälpbeteende kan möjligen förväntas ha effekter som håller i sig längre jämfört med en intervention som kräver beteendeförändringar och användning av copingstrategier. Sådana aktiviteter kan kräva att man "tränar" på dem och behöver uppdateras.

Trots detta är kanske det största problemet att interventioner inte utvärderas innan de sätts i bruk i större skala. Genom att implementera en intervention utan att ha utvärderat dess effekt finns det risk att interventionen gör mer skada än nytta. Det är tillräckligt illa att interventionen inte har någon effekt alls; då resurser kan ha använts till något icke verkningsfullt.

Programmets fokus- vad utvärderas?

Det står klart att det råder en del förvirring i hur olika begrepp används i litteraturen och att många av dessa begrepp överlappar varandra. Ett par av dessa beskrivs under Centrala begrepp i inledningen av denna rapport (t.ex. motståndskraft och livsfärdigheter). Skillnaden däremellan är inte glasklar och motståndskraft (resiliens) har beskrivits ingå som en viktig förmåga i ungas livsfärdigheter (European Commission Life Skills, 2020). I de program som i den här rapporten har beskrivits har livsfärdigheter varit en tydlig komponent, även om få program verkar ha det som det primära utfallet. Livsfärdigheter har också haft en tydlig roll i förebyggande av ANTD (Botvin & Griffin, 2004) och den delen har inte varit relevant för den här rapporten även om alkoholanvändning och missbruk är starkt sammanlänkat med psykisk ohälsa. Vidare framgår det i pro-

grambeskrivningar som har en KBT-inriktning att de mest centrala komponenterna som ungdomarna får arbeta med är problemlösning, socialt samspel och kommunikation, vilket är viktiga delar i livsfärdigheter (European Commission Life Skills, 2020). Därmed är det inte långsökt att anta att KBT har möjlighet att stärka livsfärdigheter, vilket också lyfts i Schurer (2017). Vilka livsfärdigheter som är viktiga är kontextbundna och kan därför skilja sig mellan olika länder och kulturer. I maj 2009 fick Skolverket i uppdrag av regeringen att arbeta mer aktivt för spridningen av värdegrunden i skolan. ”Tryggheten och studieron i våra skolor måste öka”, sa utbildningsminister Jan Björklund (FP) i samband med uppdraget. Redan 1994 kom det första värdegrundsuppdraget från regeringen och det var då flera skolor började införa livskunskap på schemat, trots att det inte ingår i läroplanen som ett ämne. Ämnet skulle fånga upp diskussioner inom sex- och samlevnad, känslor, krishantering, etik- och moral och värdegrund. Livsfärdigheter som ämne i skolan kritiserades i en rapport av Skolinspektionen 2011 som menade att skolor måste vara väldigt kritiska mot val av metod och istället för att bara ta in en färdig metod och applicera den i undervisningen måste varje skola titta på de egna behoven (Svenska Dagbladet, 2011).

Antimobbningsprogram

För den här rapporten har vi valt att inte redovisa antimobbningsprogram, trots att mobbning i allra högsta grad har en negativ påverkan på ungdomars psykiska hälsa. Antimobbningsprogram har utvärderats omfattande under de senaste 20 åren och kunskapen om dessa är förhållandevis god. Mycket av den interventionskunskapen kan appliceras på andra hälsofrämjande program. I antimobbningsprogram ingår ofta att jobba med sociala relationer, färdighetsträning, något som också ingår i program som syftar till minska psykisk ohälsa. De program som har utvärderats i störst omfattning är Olweusprogrammet (Olweus & Limber, 2010) och Kiva (Salmivalli, Kaukiainen, & Voeten et al., 2005).

Psykisk hälsa - många faktorer bidrar

Anledningen till att människor upplever psykisk ohälsa är många och interaktionen mellan dessa är komplex. Vi har i dag god kunskap om vad som fungerar som risk- och skyddsfaktorer mot och för psykisk ohälsa

bland ungdomar. I Bronfenbrenners (1979) ekologiska modell blir interaktionen mellan olika nivåer runt om den unga individen viktiga. I modellen illustreras också hur viktiga de faktorer som mer indirekt påverkar ungdomar är, t.ex. lagar, normer, föräldrars arbetsplats och liknande. Många av de program som har utvecklats för att främja psykisk hälsa handlar främst om hur ungdomarna kan lära sig att hantera sina känslor, ångest, utveckla sina sociala färdigheter – trots att flera av de faktorer som påverkar deras hälsa inte alltid direkt ligger hos dem själva. Program som innehåller element där hela samhället involveras, utbildas och tränas i att möta psykisk ohälsa och därmed minska stigma kan bidra till att ungdomars omgivning, indirekta faktorer, förstärks som skyddsfaktorer. Enligt Mind lyfter i sin rapport (MIND, 2018) att det finns tendenser till att dåligt mående individualiseras, dvs. att lösningarna finns hos individen, vilket kan bidra till en slagsida åt behandling och medikalisering. Därmed inte sagt att ungdomar idag inte behöver stärka sin motståndskraft, men båda angreppssätten behövs om det inte bara ska handla om att släcka bränder. En del ungdomar har ett större behov av att rusta sin motståndskraft än andra, särskilt när de är på väg att lämna gymnasiet och klara sig själva. Att inte ha med sig dessa färdigheter och förmågor från hemmet är en stark riskfaktor för psykisk ohälsa och senare utanförskap.

Under tiden som denna rapport författats har en global pandemi (Covid-19) pågått som har utmanat ungas psykiska hälsa på fler och andra sätt än tidigare. Isolering och fysisk skolfrånvaro har ställt högre krav på både skolornas arbete och på ungdomarna själva. Målgruppen unga med hög skolfrånvaro ("hemmasittare"), unga med psykisk ohälsa och barn i behov av särskilt stöd har möjligen påverkats i större omfattning av den rådande situationen. Om digitala undervisningsmetoder och internetbaserade metoder för att förebygga psykisk ohälsa kan utvecklas för att stärka den psykiska hälsan för denna målgrupp återstår att se.

SLUTSATSER

- Litteraturen visar att självrapporterade psykiska besvär som oro, ångest, ont i magen och huvud bland unga har ökat de senaste åren. En del av förklaringen till den ökade självrapporterade psykiska ohälsan kan vara att unga saknar färdigheter för att förstå och hantera sin egen psykiska hälsa. Insatser som utgår ifrån att höja kunskapen hos både ungdomar och vuxna i deras närhet skulle kunna bidra med sådana verktyg och vara ett sätt att rusta unga för framtiden. Initiativ och insatser som utgår ifrån ett sådant innehåll återfinns i flera av de studerade länderna.
- Litteraturen visar att många unga saknar kunskap om var man kan vända sig för att få hjälp om man mår dåligt. Här har elevhälsan ett viktigt uppdrag. Skolhälsovården har i de flesta länder ett uttryckligt fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser, men är organiserad på olika sätt. Här kan man, internationellt sett, lära från varandra.
- Vuxnas kunskap om psykiska besvär och diagnoser kopplat till psykisk ohälsa kan främja psykisk hälsa bland barn och unga. Det gäller såväl föräldrar som andra vuxna i barns närhet. När det gäller barn i skolan är lärarna de som har störst möjlighet att se, fånga upp och vägleda barn och unga som mår dåligt. Genom att utbilda blivande lärare om psykisk hälsa, och med ett tydligt fokus på dessa frågor i lärarutbildningen, kan bättre förutsättningar skapas för att möta elever med psykisk ohälsa.
- Många ungdomar är under och efter gymnasietiden i behov av stöd för att klara av att gå ut skolan och ta sig in på arbetsmarknaden eller vidare i studier, särskilt unga med psykisk ohälsa. Här blir samverkan mellan olika externa aktörer (beroende på kontext och aktuella problem) och skolan i dialog med ungdomen och hans föräldrar extra viktig så att dessa ungdomar inte faller mellan stolarna och därmed riskerar allvarigare psykiska besvär och sjukdomar.
- En väl planerad och organiserad implementering och processutvärdering av insatser är viktiga för att bedöma effekten och för att kunna utveckla och anpassa insatserna efterhand. För att kunna utvärdera om en insats har effekt krävs fler randomiserade kontrollerade studier (RCT-design). Det finns även ett behov av långtidsuppföljningar för att studera hur effekterna av

olika insatser förhåller sig över tid. Generellt tenderar insatser att påvisa effekter vid uppföljning 6 månader efter genomförd insats. De få insatser som utvärderas långsiktigt (12 månader) visar sällan några effekter, vilket kan bero på att effekterna inte kvarstår över tid eller att det behövs längre tidsintervaller för att kunna se långsiktiga effekter.

- Det finns inga entydiga svar om att universella program eller riktade program är att föredra i arbetet med psykisk hälsa. Valet att använda sig av universella, riktade och kliniska insatser för att fånga upp de som är i behov av hjälp handlar således om olika strategiska överväganden. Insatser som kan införlivas i skolans dagliga arbete och utvecklas till ett förhållningssätt kan bli mindre sårbara för yttre faktorer och har möjligen en större chans att bli långsiktiga.

REFERENSER

Althingi. (2016). Þingsályktun um stefnu og aðgerðaráætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára. 145. löggjafarþing 2015-2016. Þingskjal 1217 – 338. Mál. <http://www.althingi.is/altext/145/s/1217.html>

Andersen, B.J. & Nord, E. (2010). Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager. *Norsk Epidemiologi* 20 (1): 15-22.

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2009). Mulige veje til uddannelse og job for unge med psykiske barrierer En analyse af indsatsen i Beskæftigelsesregion Nordjylland og Beskæftigelsesregion Hovedstaden & Sjælland. Hämtad 2020-05-07 från http://www.en-af-os.dk/sitecore/shell/Controls/Rich%20Text%20Editor/~/_media/Files/en-af-os%20media/Documents/mulige-veje-til-uddannelse-og-job-for-unge-med-psykiske-barrierer-sept-2009.ashx.

Arbetsförmedlingen (2017), ”Arbetsförmedlingens strategi för matchning till jobb genom utbildning.” Beslutad 11 januari 2017. Af-2016/0030 800.

Arbetsförmedlingen (u.å.a). Jobbgarantin för ungdomar. Hämtad 2020-05-06 från <https://arbetsformedlingen.se/for-arbetssokande/stod-och-ersattning/att-delta-i-program/jobbgarantin-for-ungdomar>.

Arbetsförmedlingen (u.å.b.). För dig med funktionsnedsättning. Hämtad 2020-05-06 från <https://arbetsformedlingen.se/for-arbetssokande/stod-och-ersattning/funktionsnedsattning>.

Arnardóttir, J. R. (2016). *Mental health among youth in Iceland. Who is responsible? What is being done?* Nordic Centre for Welfare and Social Issues.

Arnardóttir, J.R. (2014). *Transition from school to work. Job opportunities by different educational pathways and inactivity in the labour market among 16-34-year-olds in Iceland*. Reykjavík: University of Iceland, Faculty of Social and Human Sciences.

Arnardottir, J.R. (2013). Young people left behind in transition from school to work in Iceland. In T. Olsen & J. Tagstrom (Eds.), *For that which grows. Mental health, disability pensions and youth in the Nordic countries. An anthology* (pp. 81–102). Stockholm: Nordic Centre for Welfare and Social Issues.

Arnarson, E. O., & Craighead, E. (2011). Prevention of depression among Icelandic adolescents: A 12-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy* 49, 170-174.

Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 577-585. doi:10.1016/j.brat.2009.03.011.

Aseltine Jr RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health* 2007; 7: 161.

Aune, T. & Stiles, T. C. (2009). Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(5), 867-879. DOI: 10.1037/a0015813.

Australian Government (2020). Department of Health. Corporate Plan 2019-2020. HÖmtad 2020-05-14 från <https://www.health.gov.au/sites/default/files/corporate-plan-2019-20.pdf>.

Australian Research Alliance for Children and Youth, ARACY (2014). The Nest action agenda. Improving the wellbeing of Australia's children and youth while growing our GDP by over 7%. Second edition, March 2014. Hämtad 2020-05-07: [https://www.aracy.org.au/publications-resources/command/download_file/id/329/filename/Second edition The Nest action agenda.pdf](https://www.aracy.org.au/publications-resources/command/download_file/id/329/filename/Second%20edition%20The%20Nest%20action%20agenda.pdf).

Bastounis, A., Callaghan, P., Banerjee, A., & M. (2016). The effectiveness of the Penn Resiliency Programme (PRP) and its adapted versions in reducing depression and anxiety and improving explanatory style: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 52, 37-48.

Bath, H. (2015) The three pillars of traumawise care: Healing in the other 23 Hours. *Reclaiming children and youth*. 23(4).

Beckman L, Svensson M. The cost-effectiveness of the Olweus Bullying Prevention Program: Results from a modelling study. *Journal of Adolescence*. 2015;45:127-137. doi:10.1016/j.adolescence.2015.07.020

Bjereld, Y. (2017). If they only knew. Bullying victimization among children and youth in the Nordic countries. Doktorsavhandling. Institutionen för social arbete, Göteborgs universitet.

Björk, D. (2018). *Interventioner för mental hälsolitteracitet hos personer med depression: En systematisk litteraturstudie*. Ersta Sköndal Bräcke University College, Department of Health Care Sciences. Uppsats på avancerad nivå.

Bremberg, S. (2015). Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. *Acta Paediatrica* 104(10), 997-1004.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Brown HE, Pearson N, Braithwaite RE, Brown WJ, Biddle SJH (2013). Physical activity interventions and depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine* 43(3):195-206.

Botvin, G.J., Griffin, K.W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*. 25, 211–232. <https://doi.org/10.1023/B:JOPP.0000042391.58573.5b>

Byström, A., Grahm, C. & Sjunnesson, H. (2019). *Fenomenet elevhälsa*. Ett diskussionsunderlag som belyser elevhälsa i Sverige och Finland. Kristianstad University Press Nr 4: 2019. Högskolan i Kristianstad. ISSN: 2000-0022.

Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical journal of Australia*, 192, S12-S14.

Canada Health (2020). Hämtad 20-05-11 från (<https://www.canada.ca/en/health-canada.html>)

Canadian Mental Health Association [CMHA](2020). Hämtad 20-05-12 (<https://cmha.ca/about-cmha>)

Card, D., J. Kluge och A. Weber (2010), Active labour market policy evaluations: A meta-analysis, *The Economic Journal* 120, F452–F477.

Carling, K., Larsson, L. (2005). Does early intervention help the unemployed youth?

CMHA Youth (2020). Hämtad 20-05-12 (<https://cmha.ca/youth>).

Chaplin, T. M., Gillham, J. E., Reivich, K., Elkon, A. G. L., Samuels, B., Freres, D. R., ... Seligman, M. E. P. (2006). Depression Prevention for Early Adolescent Girls: A Pilot Study of All Girls Versus Co-Ed Groups. *The Journal of Early Adolescence*, 26(1), 110–126. <https://doi.org/10.1177/0272431605282655>

Chen, S-P., Koller, M., Krupa, T., & Stuart, H. (2016). Contact in the classroom: Developing a program model for youth mental health contact-based anti-stigma education. *Community Mental Health Journal*, 52, 281-293.

Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45.

Daníelsdóttir, S. (2015) (Ed.). Handbók um geðrækt fyrir framhaldsskóla. Reykjavík: Embætti landlæknis. <http://www.landlaeknir.is>

Danske Regioner (2008). Fremtidens ambulante psykiatri.

Demkowicz & Humphrey. *Whole school approaches to promoting mental health: what does the evidence say?* Evidence Briefing #5: October 2019. Evidence Based Practise Unit.

Department of Health and Ageing (2010). National Mental Health Report 2010: Summary of 15 Years of reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993– 2008. Commonwealth of Australia, Canberra.

Dir. 2015:60. En kommission för jämlik hälsa. Stockholm: Regeringskansliet.

Dir. 2015:70. *Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar*. Stockholm: Regeringskansliet.

Domitrovich, C. E., & Greenberg, M. T. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of educational and psychological consultation, 11*(2), 193-221.

Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., . . . Bailey, J. (2017). Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56*(10), 813-824.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development, 82*(1), 405-432.

Engdahl, M., Forslund, A. (2015). *En förlorad generation? En ESO-rapport om ungas etablering på arbetsmarknaden*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2015:3.

Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PloS one, 10*(3).

European Commission (2020). The Youth Guarantee. Hämtad 2020-05-19 från <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1079&langId=en>.
European Commission Life skills (2020) Hämtad 2020-05-31: <https://epale.ec.europa.eu/en/node/41270>.

Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., & Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC psychology, 6*(1), 30.

Folkhälsomyndigheten (u.å.). Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2020-05-26 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>.

Folkhälsomyndigheten (2020). *Skolans betydelse för inåtvända psykiska problem bland skolbarn*. Folkhälsomyndigheten: Stockholm.

Folkhälsomyndigheten (2018). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18. En grundrapport*. Folkhälsomyndigheten: Stockholm.

Folkhälsomyndigheten (2014). *Slutredovisning av uppdrag kring ett utvecklat föräldrastöd "Uppdrag att fördela stimulansmedel till utvärdering och utveckling av föräldrastöd"* Ärendenummer: 3607/2014–1.1.1 (VERK 2010/288). Stockholm.

Forslund & Vikström (2011) *Arbetsmarknadspolitikens effekter på sysselsättning*. IFAU- Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering. Rapport 2011:7. Stockholm.

Forslund, A., & Nordström Skans, O. (2006). Swedish youth labor market policies revisited. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*. 75(3):168-185. <http://hdl.handle.net/10419/99443>

Ghaderi, A, Kadesjö, C, Björnsdotter, A, Enebrink, P. (2018). Randomized effectiveness trial of the family check-up versus internet-delivered parent training (iComet) for families of children with conduct problems. *Scientific Reports* 8(1):11486. DOI:10.1038/s41598-018-29550-z.

Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K., & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 195-211.

Gillham, J.E., Reivich, K.J., Freres, D.R., Chaplin, T.M., Shatté, A.J., Samuels, B., Elkon, A.G.L., Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R., Seligman, M.E.P (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), pp. 9-19.

Goldberg, J.M., Sklad, M., Elfrink, T.R. et al. Effectiveness of interventions adopting a whole school approach to enhancing social and emotional development: a meta-analysis. *Eur J Psychol Educ* 34, 755–782 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10212-018-0406-9>

Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H (2010) Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 10:113. doi:10.1186/1471-244X-10-113

Gustavsson, J.-E., Allodi, W.M., 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: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet.

Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467-475.

Halvorsen, B., Hansen, O., Tägtström, J., & Flø, R. (2013). *Creating an inclusive labour market*. TemaNord 2013:547. www.nordicwelfare.org

Hannesson, G. (2013). *Skýrsla félags- og húsnæðismálaráðherra um árangur vinnumarkaðsaðgera fyrir ungt fólk, samkvæmt beiðni*. Reykjavík: Alþingi.

Headstrong (2020). Hämtad 20-05-11 (<https://www.mentalhealthcommission.ca/English/resources/training/headstrong>).

Helsedirektoratet (2019). Kapitel 5: *Skolehelsetjenesten 5–20 år*. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar>.

Hetrick, S. E., Cox, G. R., Witt, K. G., Bir, J. J., & Merry, S. N. (2016). Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8).

Higgins, E., & O’Sullivan, S. (2015). “What Works”: systematic review of the “FRIENDS for Life” programme as a universal school-based intervention programme for the prevention of child and youth anxiety. *Educational Psychology in Practice*, 31(4), 424-438.

Hjørne, E. & Säljö, R. (2008). *Att platsa i en skola för alla: elevhälsa och förhandling om normalitet i den svenska skolan*. (1. uppl.) Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Horner, R. H., Sugai, G., Smolkowski, K., Eber, L., Nakasato, J., Todd, A. W., & Esperanza, J. (2009). A randomized wait-list controlled effec-

tiveness trial assessing school-wide positive behavior support in elementary schools. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 11, 133–144. doi:10.1177/1098300709332067.

Hägglund, P. (2009) Experimental evidence on intensified placement efforts among unemployed in Sweden. *IFAU working paper*. 2009:2.
Innovation Skåne (2020). Preventiva tjänster för ungas psykiska hälsa. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.innovationskane.com/sv/preventiva-tjanster-for-ungas-psykiska-halsa/>.

Jensen, T. P. & Andersen, H. L. (2012). *Virker aktivering for udsatte unge? En vidensopsamling om effekten af beskæftigelsesindsatser rettet mod udsatte unge*. KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, Danmark. ISBN: 978-87-7509-444-8.

Karlberg, M., & Persson, S. (2017). Problematisk skolfrånvaro – en forskningsöversikt. Tidskriften *Elevhälsa* #4. Hämtad 2020-05-17: <https://www.tidskriftenelevhalsa.se/4-2017/problematisk-skolfranvaro-en-forskningsoversikt>

Kavanagh, J., Oliver, S., Lorenc, T., Caird, J., Tucker, H., Harden, A., . . . Oakley, A. (2009). School-based cognitive-behavioural interventions: A systematic review of effects and inequalities. *Health Sociology Review*, 18(1), 61-78.

Kearney, C.A. (2001). *School refusal behavior in youth: a fundamental approach to assessment and treatment*. (1st ed). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Kelly CM, Jorm AF, Wright A (2007) Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Austria* 187(7):26–30

Kidger, J., Araya, R., Donovan, J., & Gunnell, D. (2012). The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: a systematic review. *Pediatrics*, 129(5), 925-949.

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry* 2002, 2, 10. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/2/10>.

Kutcher S, Bagnell A, Wei Y (2015) Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 24(2):233–244. doi:10.1016/j.chc.2014.11.007

Kutcher S, Wei Y, Coniglio C (2016) Mental health literacy; past, present and future. *Can J of Psychiatry* 61(3):154–158.

Larsson, L. (2003). Evaluation of Swedish youth programs. *Journal of Human Resources*. 38, 891-927

Lag om elev- och studerandevård (Finland) (2013.1287). Hämtad 2020-05-27 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2013/20131287>.

Landsþítali. (2016). BUGL Child and Adolescent Psychiatric Department. http://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Sjuklingar-og-adstandendur/Sjuklingafraedsla---Upplýsingarit/BUGL/BUGL_ENGLISH_january-2016.pdf

Landstinget i Värmland (2017). *Design- och innovationsprojekt med Första linjen unga Karlstadsområdet*. <http://media4.experio-lab.se/2015/06/Slutrapport-F%C3%B6rsta-linjen-170209.pdf>. Hämtad 2020-04-14.

Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulidou T, Murphy SM, Waters E, et al. (2014) The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD008958.pub2. 45.

Langford R, Bonell C, Jones H, Poulidou T, Murphy S, Waters E, et al. (2015) The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and metaanalysis. *BMC public health*.;15:130. 46.

Langford R, Bonell C, Komro K, Murphy S, Magnus D, Waters E, et al. (2017) The Health Promoting Schools Framework: Known Unknowns and an Agenda for Future Research. *Health Education & Behavior*. ;44(3):463-75.

Larsen, T., Høj Anvik, C., Tobro, M., Holmen Waldahl, R., Olsen, T., Antonsen, K.M., Urke, B. Holsen, I. Brastad, B. & Hansen T-B. (2017). *Gode psykososiale læringsmiljø bedrer gjennomføring i videregående skole*. Delrapport fra completeprosjektet. HEMIL-rapport 2017/Universitetet i Bergen.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. Marchildon Gregory P. (2013), Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*; 15(1): 1–179.

Lindahl, L. (2011), "Den gymnasiala yrkesutbildningen och inträdet på arbetsmarknaden", Bilaga 2 till LU 2011.

Ma, Zhang, Huang, Cui (2020) Resilience-oriented cognitive behavioral interventions for depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review, *Journal of Affective Disorders*, 270:150-164. doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.051.

Malecki CK, Demaray MK. (2003). What Type of Support Do They Need? Investigating Student Adjustment as Related to Emotional, Informational, Appraisal, and Instrumental Support. *School Psychology Quarterly*, 18(3): 231-52.

Maynard, B. R., Brendel, K. E., Bulanda, J. J., Heyne, D., Thompson, A. M., & Pigott, T. D. (2015). Psychosocial interventions for school refusal with primary and secondary school students: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 11(1), 1-76.

Maslowski, A, LaCaille, R., LaCaille, L., Reich, C., Klingner, J. (2019). Effectiveness of Mental Health First Aid: a meta-analysis. *Mental Health Review Journal*. Publication date: 28 November 2019.

Mental Health Commission Canada (2020) Hämtad 20-05-11. (<https://www.mentalhealthcommission.ca/English/who-we-are>)

Mental Health Commission Youth Council (2020) Hämtad 20-05-12. <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/what-we-do/children-and-youth>

Mental Health Commission of Canada (2013). School-Based Mental Health in Canada: A Final Report. School-based mental health and substance abuse consortium. Hämtad 2020-05-26: <https://www.men->

talhealthcommission.ca/sites/default/files/ChildYouth_School_Based_Mental_Health_Canada_Final_Report_ENG_0.pdf.

MHFA (2019). Mental Health First Aid Australia. Hämtad 2020-05-28 från <https://mhfa.com.au/>.

Mentor Sverige (2017) *Unga röster 2017*. Stockholm: Mentor Sverige och Fryshuset.

Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, Bir JJ, McDowell H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD003380.pub3.

MIND (2018). *Unga mår allt sämre – eller? Kunskapsöversikt om ungas psykiska hälsa i Sverige 2018*. Stockholm.

Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2014). *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*. En langsigtet plan. 2013/2014: 27.

Ministry of Health and Social Security. (2004). The Icelandic National Health Plan to the year 2010. Reykjavik: Author. <http://www.velferdaraduneyti.is/media/Skyrslur/heilbenska5mai.pdf>

Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Rubio-Valera, M., Fernández, A., Navas-Campaña, D., Rodríguez-Morejón, A., . . . Martín-Pérez, C. (2017). Effectiveness of psychological and/or educational interventions in the prevention of anxiety: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA psychiatry*, 74(10), 1021-1029.

Mykletun, A., Knudsen, A.K. og Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. FHI-rapport 8/09. Oslo: Folkehelseinstituttet NAV (2011) Sykefraværstilfeller 2. kvartal 2001-2011.

NAV (u.å.). NAV. Hämtad 2020-05-07 : <https://www.nav.no/no/person>
Department of Health & NHS England. (2015). *Future in mind: Promoting, protecting and improving our children and young people's mental health and wellbeing*. London: Department of Health & NHS England.

Niclasen, J., Lund, L., & Obel, C. M. (2016). *Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge: Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser*. Aarhus Universitet: Sundhedsstyrelsen.

Norges Regering [Regjeringen] (2014). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014 – 31. desember 2018 (IA-avtalen). Lastet ned 10. januar 2015, fra www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/signert_ia_avtale.pdf

Nordiska Ministerrådet (2012). *Unge på kanten. Om inkludering av utsatte ungdommer*. Danmark: Nordisk ministerråd.

Nuorisostakuu (2015): Youth workshop activities for young people (web-artikkel). www.minedu.fi

Offord, D. (2000). Selection of levels of prevention. *Addictive Behaviors*, 25(6): 833-842.

Ogden, T., Sørli, M-A., & Hagen, K. A. (2007). Building strength through enhancing social competence in immigrant students in primary school. A pilot study. *Journal of Emotional and Behavioural Difficulties*, 12, 105–117. doi:10.1080/13632750701315508

Ogden, T., Sørli, M-A., Arnesen A., & Meek-Hansen, W. (2012), “*The PALS School-Wide Positive Behaviour Support Model in Norwegian Primary Schools - Implementation and Evaluation*”, Visser, J., Daniels, H., Cole, T., in (ed.) *Transforming Troubled Lives: Strategies and Interventions for Children with Social, Emotional and Behavioral Difficulties (International Perspectives on Inclusive Education, Volume 2)*, Emerald Group Publishing Limited, pp. 39–55.

Ólafsson, S. (2011). Annual National report 2011. Pensions, Healthcare and Longterm Care. Iceland. http://thjodmalastofnun.hi.is/sites/thjodmalastofnun.hi.is/files/skrar/asisp_anr2011_iceland.pdf

Olesen, M.S. & Bach, K.(2011). *Vidensopsamling. Eksisterende viden om ledige unge under 30 år*. Bilagsrapport. Marselisborg Praksisvidencenter.

Olweus, D., & Limber, S. P. (2010). Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 124–134. <http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01015.x>

O'Reilly, M, Svirydzienka, N., Adams, S., Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2018) 53:647–662. Doi: 10.1007/s00127-018-1530-1.

Persson M, Wennberg L, Beckman L, Salmivalli C, Svensson M. (2018). The Cost-Effectiveness of the Kiva Antibullying Program: Results from a Decision-Analytic Model. *Prev Sci.*, 19(6):728-737. doi:10.1007/s11121-018-0893-6

Psykologilexikon (2020a). Psykoedukation. Hämtad 2020-05-19 från <https://www.psykologiguide.se/psykologilexikon?Lookup=psykoedukation>.

Psykologilexikon (2020b). Resiliens. Hämtad 2020-05-19 från <https://www.psykologiguide.se/psykologilexikon/?Lookup=resiliens>.

Public Health England (2019). Universal approaches to improving children and young people's mental health and wellbeing. Report of the findings of a Special Interest Group. Hämtad 2020-05-07: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/842176/SIG_report.pdf.

Public Health England. (2017). *Secondary school staff get mental health 'first aid' training*. Hämtad 2020-06-04: <https://www.gov.uk/government/news/secondary-school-staff-get-mental-health-first-aid-training>

Public Health England (2014). Maximising the school nursing team contribution to the public health of school-aged children. Hämtad 2020-05-07: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/303769/Service_specifications.pdf.

Puig-Barrachina, V., Giró, P., Artazcoz, L., Bartoll, X., Cortés-Franch, I., Fernández, A., González-Marín, P., Borrell, C., (2020). The impact of Active Labour Market Policies on health outcomes: a Scoping review, *European Journal of Public Health*, 30(1)36–42. doi: [org/10.1093/eurpub/ckz026](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz026)

Pössel, P., Smith, E. & Alexander, O. (2018). LARS&LISA: a universal school-based cognitive-behavioral program to prevent adolescent depression. *Psicol. Refl. Crít.* 31, 23. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0104-1>

Pössel, P., Adelson, J. L., & Hautzinger, M. (2011). A randomized trial to evaluate the course of effects of a program to prevent adolescent depressive symptoms over 12 months. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 838–851. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.010>.

Pössel, P., Martin, N. C., Garber, J., & Hautzinger, M. (2013). A randomized controlled trial of a cognitive-behavioral program for the prevention of depression in adolescents compared to nonspecific and no-intervention control conditions. *Journal of Counseling Psychology*, *60*, 432–438. <https://doi.org/10.1037/a0032308>.

Rambøll Management (2011). *Evaluering af pulje til psykologhjælp, afsluttende evaluering*. Köpenhamn: Servicestyrelsen

Regeringens udvalg om psykiatri [Danmark] (2013a). *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling*. Bilagsrapport 2.

Regjeringens strategiplan for barn og unge (2013b). Sammen om psykisk helse.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2003/---sammen-om-psykisk-helse---.html?id=87979 Opplattet 15.08.2014.

Regjeringen.no (2020). Pedagogisk-psykologisk tjeneste. Hämtad 2020-05-06 från <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/grunnopplaring/artikler/pedagogisk-psykologisk-tjeneste/id699010/>.

Reykjavík Kommun. (n.d.). www.reykjavik.is

Ríkisendurskoðun. (2015). *Staða barnaverndarmála á Íslandi*. Skýrsla til Alþingis. Reykjavík: Author.

Robusthed.dk (u.å.). *Robusthed.dk*. Hämtad 2020-05-25 <https://robusthed.dk/>.

Rooney, Hassan, Kane, Roberts, Nesa, (2013) Reducing depression in 9–10 year old children in low SES schools: A longitudinal universal randomized controlled trial, *Behaviour Research and Therapy*, *51*(12): 845–854. doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.005.

Rooney, R., Roberts, C., Kane, R., Pike, L., Winsor, A., White, J., & Brown, A. (2006). The Prevention of Depression in 8- to 9-Year-Old

Children: A Pilot Study. *Australian Journal of Guidance and Counseling*, 16(1), 76-90. doi:10.1375/ajgc.16.1.76

Saunders, R. P., Evans, M. H., & Joshi, P. (2005). Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health Promotion Practice*, 6(2), 134-147.

Salmivalli, C., Kaukiainen, A. and Voeten, M. (2005), Anti-bullying intervention: Implementation and outcome. *British Journal of Educational Psychology*, 75: 465-487. doi:10.1348/000709905X26011

SBU (2017). *SBU:s Handbok. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SBU (2016). *Universella program i skolan för att främja psykisk hälsa bland unga: En systematisk litteraturöversikt*. Publicerad 2016-04-26. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Kan laddas ner (<https://www.sbu.se/ut201608>).

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

SBU (2010). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn: En systematisk litteraturöversikt*. Rapport nr 202. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SBU (2020). Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering. Hämtad 2020-05-25 från <https://www.sbu.se/sv/var-metod/nya-ordlistan/>.

Schmidt, M., Werbrouck, A., Verhaeghe, N. et al. (2020). Universal Mental Health Interventions for Children and Adolescents: A Systematic Review of Health Economic Evaluations. *Appl Health Econ Health Policy* 18, 155–175 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00524-0>

Schurer, S. Does education strengthen the life skills of adolescents? *IZA World of Labor* 2017: 366 doi: 10.15185/izawol.366

Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Skogen, J. C., Smith, O. R., Aarø, L. E., Siqueland, J., & Øverland, S. (2018). Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. *Mental health among children and adolescents. Health-promoting and preventive public health interventions. A summary of evidence about effects.*] Rapport.

SKL (2017). Förstalinjeboken. Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting. ISBN: 978-91-983659-4-8

SKL (2015a). *Psynk – psykisk hälsa barn och unga*. Slutrapport för Psynk år 2011-2014.

SKL (2015b). Internationell utblick psykiatrisamordning i Australien, England, Nya Zeeland, Ontario och Skottland. Hämtad 2020-01-19: <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-218-8.pdf>).

Skolinspektionen (2016). *Omfattande ogiltig frånvaro i Sveriges grundskolor*. Stockholm: Skolinspektionen.

Skollagen (2010:800). Stockholm: Regeringen.

Skolverket (2012). Skolverkets allmänna råd. *Arbetet mot diskriminering och kränkande behandling*. Stockholm: Skolverket.

SKR (2020). *Överenskommelse psykisk hälsa*. Hämtad 2020-05-26 från <https://skr.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/overenskommelsepsykisk-halsa.234.html>.

Skre I, Friborg O, Breivik C, Johnsen LI, Arnesen Y, Wang CE (2013) A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health* 13:873. doi:10.1186/1471-2458-13-873

Sletten, M.A., Bakken, A. & Sandlie, H.C. (2013). Oppfølgingsprosjektet i Ny GIV. *En kartleggingsundersøkelse*. NOVA rapport 13/2013.

Socialdepartementet (2015). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2013*. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.

Social- och hälsovårdsministeriet Finland (2017). *Socialtjänster*. Hämtad 2020-05-07: <https://stm.fi/sv/socialtjanster>.

Socialstyrelsen (2019a). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa*. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016-2018. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN: 978-91-7555-497-6.

Socialstyrelsen (2019b). *Barns psykiska hälsa*. Hämtad 2020-05-06: <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga/barns-psykiska-halsa/>.

Socialstyrelsen (2019c). *Barn och unga i socialtjänsten*. Hämtad 2020-05-07: <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/>.

Socialstyrelsen (2012). *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen Danmark (2018). *Opsamling på projekt: PALS MENTAL SUNDHED*. 2013-2016. Odense: Socialstyrelsen Denmark. Digital ISBN: 978-87-93407-62-6.

Sommer, M. (2016a). *Mental health among youth in Sweden. Who is responsible? What is being done?* Nordic Centre for Welfare and Social Issues.

Sommer, M. (2016b). *Mental health among youth in Norway. Who is responsible? What is being done?* Nordic Centre for Welfare and Social Issues.

Sommer, M. (2016c). *Mental health among youth in Denmark. Who is responsible? What is being done?* Nordic Centre for Welfare and Social Issues.

SOU (1998:1). *Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet*. Stockholm: Regeringskansliet.

SOU (2000:19). Från dubbla spår till elevhälsa. Stockholm: Regeringskansliet.

SOU (2006:77). Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: Analyser och förslag till åtgärder: Slutbetänkande. Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. Stockholm: Regeringskansliet

SOU (2016:94) *Saknad! Uppmärksamma eleverns frånvaro och agera. Betänkande av Att vända frånvaro till närvaro – en utredning om problematisk elevfrånvaro*. Stockholm: Regeringskansliet.

SOU 2017:47. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa*. Stockholm: Regeringskansliet.

SOU (2018:11). *Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar*. Stockholm: Regeringskansliet.

SOU (2018:90). *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktig hållbar styrning inom området psykisk hälsa*. Slutbetänkande av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa. Stockholm: Riksdagen.

Spruit, A., Assink, M., van Vugt, E., van der Put, C., & Stams, G. J. (2016). The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 45, 56-71.

Stice, E., Rohde, P., Gau, J. M., & Wade, E. (2010). Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1-and 2-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), 856.

Stockholms läns landsting (u.å.). *Hamnen - Mottagning för barn, unga och föräldrar. Beskrivning och utvärdering av en mottagning för första linjens barn- och ungdomspsykiatri*. Ett samarbete mellan Gustavsbergs vårdcentral (Stockholms Läns Landsting) och Värmdö kommun.

Sundhedsstyrelsen (2015). Skolesundhedsarbejde - håndbog til sundhedspersonale. Hämtad 2020-05-14 från <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Skolesundhedsarbejde.ashx?la=da&hash=FA903AC6026C826A346ECC4E999F62CD54D6E72D>.

Sundhedsstyrelsen (2016a). *Evaluering af satspuljeprojektet: Lær at tackle angst og depression. Delrapport: En kvalitativ undersøgelse*. København: Sundhedsstyrelsen. Elektronisk ISBN: 978-87-7104-778-3.

Sveinsdóttir, I. (2014). *Are our children getting the help they need? Children and adolescents access to mental healthcare within primary care services*. Conference on mental health promotion and prevention in youth held by Ministry of Welfare and Directorate of Health, 8 October 2014 in Reykjavik.

Svenska Dagbladet (2011). *Livskunskap får bakläxa*. Hämtad 2020-06-01 från <https://www.svd.se/livskunskap-far-baklaxa>.

Svensson, B., Stjernswärd, S. & Hansson, L. (2011). *Utbildning i första hjälpen vid psykisk ohälsa. En effektstudie i två län*. Hämtad 2020-06-09 från https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/rapport_mhfa.pdf.

Sørлие, M.-A., & Ogden, T. (2007). Immediate Impacts of PALS: A school-wide multilevel programme targeting behaviour problems in elementary school. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 51, 471-492. doi:10.1080/00313830701576581

Sørлие, M.-A., & Ogden, T., & Olseth, R. A. (2007). Preventing Problem Behavior in School through School-Wide Staff Empowerment: Intervention Outcomes. *World Journal of Educational Research*, 2 (2), 117-139. www.scholink.org/ojs/index.php/wje

Sørлие, M.-A., & Ogden, T., & Olseth, R. A. (2016). Examining Teacher Outcomes of the School-Wide Positive Behavior Support Model in Norway: Perceived Efficacy and Behavior Management. *SAGE Open*, April-June 2016:1-13. DOI: 10.1177/2158244016651914.

Sørлие, M.-A., & Ogden, T. (2015). School-wide positive behavior support - Norway: Impacts on problem behavior and classroom climate. *International Journal of School & Educational Psychology*, 3, 202 -217. doi:10.1080/21683603.2015.1060912

Talme, L., Roll-Pettersson, L., Karlsson, P., & von Rosen, T. (2018). Ett skolövergripande samverkansprojekt: Att skapa studiero och en trygg lärandemiljö. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse* 45:1-19.

Tennant JE, Demaray MK, Malecki CK, Terry MN, Clary M, Elzinga N. (2015). Students' ratings of teacher support and academic and social-emotional well-being. *Sch Psychol Q*, 30(4): 494-512.

THL (2014). Psykiatrin erikoissairaanhoidon tilasto 2012. Suomen virallinen tilasto. Terveystilasto 2014. Tilastoraportti 5/ 2014. Hämtat 2020-05-29: www.julkari.fi

Townshend, K., Jordan, Z., Stephenson, M., & Tsey, K. (2016). The effectiveness of mindful parenting programs in promoting parents' and children's wellbeing: a systematic review. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*, 14(3), 139-180.

Uppdrag Psykisk hälsa (u.å.a). Första linjen för barn och unga. Hämtad 2020-05-06: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/fl/>.

Uppdrag Psykisk Hälsa (u.å.b). Elevhälsobaserad modell för första linjen. Hämtad 2020-05-06: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/skola-och-elevhalsa/elevhalsa/elevhalsobaserad-modell-for-forsta-linjen/>.

Uppdrag Psykisk Hälsa (u.å.c). Nationella Självskadeprojektet. Hämtad 2020-05-07 : <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/omoss/tidigare-arbeten/sjalvskadeprojektet/>

Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. (2015). *School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial*. *Lancet* 2015;385:1536-44

Wei Y, Kutcher S, Szumilas M (2011) Comprehensive school mental health: an integrated “school-based pathway to care” model for Canadian secondary schools. *McGill J Educ* 46(2):213–229

Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 51, 30-47.

Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, et al. (2008). The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions

on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend*; 95: S60–73.

WHO. World Health Organization Regional Office for Europe (2013). Health literacy: the solid facts. Hämtad 200525: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

WHO (2020). Health Promoting schools. Hämtad 2020-05-19: https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab_1.

Wrede-Jantti, M. (2016). *Mental health among youth in Finland. Who is responsible? What is being done?* Nordic Centre for Welfare and Social Issues.

Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 4, 594-601.

YAM (2020). Hämtad 20-05-12: <https://ki.se/nasp/youth-aware-of-mental-health-yam>.

Yap, M. B., Morgan, A. J., Cairns, K., Jorm, A. F., Hetrick, S. E., & Merry, S. (2016). Parents in prevention: a meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clinical psychology review*, 50, 138-158.

Ye, X., Bapuji, S. B., Winters, S. E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., . . . Synyshyn, M. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14(1), 313.

Youth Can IMPACT. (2020). Hämtad 20-05-12: <http://youthcanimpact.com/about-youthcan>.

Youth Mental Health. (2020). Hämtad 20-05-12: <https://ymhc.ngo/about-us/>

Zalsman, et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016 Published Online June 8, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).

ISBN 78-91-7877-110-3 (pdf)
DOI 10.24834/ISBN.9789178771103

MALMÖ UNIVERSITY
205 06 MALMÖ, SWEDEN
WWW.MAU.SE