

# Att förebygga psykisk ohälsa i skolan

## Utvärdering av DISA

*Pernilla Garmy och Eva Clausson*

Skolan är en värdefull arena för hälsofrämjande arbete enligt såväl gällande skollag som vägledningsdokument för elevhälsan. På många skolor har livskunskap införts på schemat som ett led i det hälsofrämjande arbetet. De senaste decenniernas rapporter om ökande självrapporterad psykisk ohälsa har även lett till lansering av ett flertal manualbaserade (standardiserade) program med syfte att minska utåtagerande beteende, eller för att förebygga stress, depressiva symtom och ångest. Din Inre Styrka Aktiveras (DISA) är ett skolbaserat program som används frekvent på svenska högstadieskolor, framför allt för flickor, men även för pojkar. En utvärdering av DISA är genomförd i form av en doktorsavhandling (Garmy, 2016). I detta kapitel presenteras en sammanfattning av denna undersökning.

### **Stress och depressiva symtom hos ungdomar**

Även om de flesta ungdomar anser att de har god hälsa, är besvär som stress och nedstämdhet vanliga och ökar med stigande ålder (Hutton, Nyholm, Nygren, Svedberg, 2014). Stress är en naturlig del i livet, och inte något negativt i sig, men om stressreaktionen pågår alltför länge utan möjlighet till återhämtning, kan belastningen bli alltför stor. Negativ stress uppstår ur en obalans mellan krav och förmåga (Skärsäter 2009). Depressiva symtom och stress hänger ihop med förändringar under ungdomstiden och med förväntningar på skolprestationer och på den sociala arenan (Olsson 2013). Undersökningen *Skolbarns hälsovanor* genomförs vart fjärde år sedan mitten av 1980-talet. De självrapporterade symtomen på psykisk ohälsa har fördubblats jämfört med den första undersökningen (Folkhälsomyndigheten 2014) och besvär som sömnproblem och oro har ökat bland 15-åringar.

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är depression den största sjukdomsbördan för ungdomar globalt (WHO, 2014). Diagnosen depression ställs när personen har haft depressiva symtom i minst två veckor som innebär en försämrad daglig funktion (Olsson 2013). Hos förskolebarn och skolbarn före puberteten förekommer depression hos 1–2 procent, och är vanligare hos pojkar än flickor (von Knorring, von Knorring &

Waern, 2013). Förekomsten av depression ökar efter puberteten till 5–8 procent, vilket är samma som hos den vuxna befolkningen (Haarasilta, Martuunen, Kaprio & Aro, 2001). Efter puberteten är depression 3–4 gånger vanligare hos flickor än hos pojkar (Olsson & von Knorring, 1999). I vuxen ålder riskerar varannan eller var tredje kvinna, och var fjärde man, att någon gång i livet drabbas av en behandlingskrävande depression (Mattisson, Bogren, Nettelbladt, Munk-Jørgensen & Bhugra, 2005).

Depression ökar risken för självmord, och de flesta unga självmordsoffer rapporterade ha en depression vid tidpunkten för dödsfallet (Olsson 2013). Självskadehandlingar är vanligare hos flickor, medan fullbordade självmord är tre gånger vanligare hos pojkar än flickor i tonåren (SBU, 2015). Ungdomar med internaliserade symtom som depression och ångest, har ökad risk för sociala problem, skolfrånvaro och även självmordsförsök (Rew, 2005). Symtomen på depression är i stort sett likartade hos ungdomar och vuxna, med undantag för att hos ungdomar är irritation snarare än nedstämdhet ett nyckelsymtom. Det är vanligt att depressiva symtom hos ungdomar förblir oupptäckta, eftersom varierande symtom som ätstörningar, ångest, skolvägran, nedgång i studieresultat, missbruk, eller beteendemässiga problem inte alltid identifieras som tecken på depression (Merikangas, Burstein, Swanson, Avenevoli, Cui & Swendsen, 2010; Thapar, Collishaw, Pine, Thapar, 2012). Ungdomar med depression drabbas ofta av återkommande episoder i vuxen ålder, och därför är det viktigt att tidigt förebygga depression hos ungdomar (von Knorring m.fl., 2013). Barn och ungdomar vistas i skolan en stor del av sin tid och skolan har därmed möjlighet att tidigt uppmärksamma ohälsa och främja hälsa bland barn och unga.

## Hälsofrämjande arbete i skolan

Hälsopromotion innebär åtgärder för att främja välmående och positiv hälsoutveckling (WHO, 1986), och här ingår både prevention och hälsofrämjande arbete. I Socialstyrelsens och Skolverkets ”Vägledning för Elevhälsan” betonas hur viktigt det är att främja ungdomars hälsa på ett systematiskt sätt (Socialstyrelsen, 2014).

Prevention innebär förebyggande åtgärder för att minska risken för ohälsa. Preventionsprogrammen delades tidigare in i primär, sekundär och tertiär prevention. Men dessa begrepp har i dag alltmer ersatts av begreppen *universell*, *selektiv* och *indikerad prevention* (Mrazek & Haggerty, 1994):

- *Universell prevention* vänder sig till samtliga personer utan hänsyn till eventuella riskfaktorer, exempelvis en klassrumsbaserad intervention.

- *Selektiv prevention* vänder sig till grupper av personer som har någon gemensam riskfaktor för psykisk ohälsa, till exempel kön, en tidigare depressiv episod eller depression hos föräldrarna.
- *Indikerad prevention* riktas till personer som löper uppenbar risk för att utveckla psykisk ohälsa, till exempel om de i en screening visat sig ha depressiva symtom.

Gränsen mellan indikerad prevention och tidig behandling för personer med utvecklad sjukdom är ofta otydlig (SBU, 2010). Fokus för hälsoprevention är att undvika negativa konsekvenser av sjukdom eller skada. Hälsopromotion och hälsoprevention kan ske på såväl samhälls-, grupp- som individnivå.

Metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar används mer och mer inom skolan, i form av manualbaserade (strukturerade) program (Figur 1) med bland annat skolsköterskor, skolkuratorer och pedagoger som ledare (Socialstyrelsen 2008). Etiska fördelar med att erbjuda hälsopromotion i skolan är att alla barn och ungdomar kan erbjudas insatsen, oberoende av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet eller vårdnadshavarnas omsorgsförmåga (SBU, 2015). Dessutom kan tidiga insatser stärka den psykiska hälsan och därmed ge ökad livskvalitet och minskat lidande (Desrochers & Houck, 2014). Även för skolpersonal och elever som inte själva drabbas av psykiska problem kan insatsen öka den allmänna kunskapen om psykisk ohälsa, vilket kan leda till större öppenhet och minskad stigmatisering. Etiska risker med skolbaserade interventioner som omfattar alla elever skulle kunna vara att en enskild individ inte vågar eller kan avstå från att delta. En elev som då inte mår bra och som kanske varken vill eller orkar delta skulle då kunna betraktas som ovillig eller trotsig, alternativt tvingas att delta i något som hen skulle uppleva som belastande. Ytterligare en risk med klassrumsbaserade insatser är om någon elev får svårt att dölja inför kamrater och skolpersonal hur hen mår, vilket skulle kunna kännas som ett intrång i den personliga sfären (SBU, 2015). Informerat samtycke tillämpas vanligen inte när det gäller preventionsprogram som används i skolan utan kan vara obligatoriskt för eleverna att delta i som ett led i skolans värdegrundarbete. Föräldrar/vårdnadshavare informeras utan formellt godkännande. Risker med att inte erbjuda hälsopromotion i skolan ska också beaktas eftersom det kan medföra att elever inte får den hjälp de behöver.

Resultatet av en granskning genomförd av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2010) av de preventionsprogram som används i svenska skolor var att det fanns ett stort behov av vidare utvärdering. SBU efterlyste undersökningar om de program som i internationella

studier visat sig ha effekt, har tillräckligt stöd även på olika svenska populationer, och i så fall hur lång tid effekten kvarstår. SBU (2010) varnade för att det är stor risk att barn och deras familjer utsätts för ineffektiva program. Ett av de program för internaliserade problem som borde prioriteras för vidare forskning enligt SBU är DISA som syftar till att förebygga depressiva symtom. Som en följd av SBU:s rekommendation genomfördes en utvärdering av DISA i Sverige 2012-2014 (Garmy, 2016). De ledare som arbetar med genomförande av DISA-programmet i skolorna tillhör nästan uteslutande elevhälsans personal och är engagerade i det hälsofrämjande arbetet på olika nivåer.

## **Elevhälsan**

Grundförutsättningarna för att arbeta med ungdomars hälsa i skolan regleras av skollagen (SFS 2010:800). Här definieras krav på en samlad elevhälsa med tillgång till skolsköterska, skolläkare, kurator, psykolog och personal med specialpedagogisk kompetens. Det ska finnas elevhälsa för alla elever från förskoleklass till och med gymnasieskola. Insatserna, som är obligatoriska för skolan att erbjuda men frivilliga för eleverna att ta emot, ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Det överensstämmer med artikel 24 i barnkonventionen (Unicef, 1989) om barns rätt att uppnå bästa möjliga hälsa och att ha tillgång till hälso- och sjukvård med särskild tonvikt på förebyggande hälsovård. Elevhälsan har ett betydelsefullt uppdrag i att förebygga, upptäcka och ge stöd till barn i behov av särskilt stöd. I elevhälsans generella insatser ingår undervisning om livsstilsrelaterad ohälsa och värdegrund för enskilda och grupper (Socialstyrelsen 2014). Dessutom ska elevhälsans arbete främja elevernas lärande och elevhälsan samarbetar nära med föräldrar och vårdnadshavare. Genom att finnas med i skolans vardag och genom regelbundna kontakter med eleverna finns goda förutsättningar att arbeta såväl förebyggande och hälsofrämjande generellt som med enskilda elever (Clausson & Morberg, 2012, Clausson, 2008). Ett program som implementerats i flera skolor från slutet av 1990 talet och där elevhälsopersonal är engagerade som ledare är DISA.

## **DISA – ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar**

DISA är ett skolbaserat program som används i Sverige och i svensktalande delar av Finland. Namnet var från början en akronym för ”Depressive symptoms In Swedish Adolescents”, men i mötet med tonåringar omformulerade ledarna akronymen till ”Din Inre Styrka Aktiveras”. Idag används namnet främst som ett namn och inte en akronym (Thomas, Lindberg, Svensson, Treutiger & Koertge, 2015).

Efter att tonårsflickors försämrade psykiska hälsa rapporterats i bland annat *Skolbarns hälsövanor* (Kolip & Schmidt, 1999) gav politikerna i Stockholms läns landsting uppdraget till folkhälsoenheten i Stockholms stad att ta fram en metod för denna målgrupp under slutet av 1990-talet. De modifierade och anpassade programmet Coping with Stress Course (CWS) som var utvecklat i USA (Clarke & Lewinsohn, 1995) och kallade det DISA. Programmet består av tio strukturerade gruppträffar med cirka tio deltagare en gång i veckan, 1½ timme per gång, under tio veckor tillsammans med en eller två ledare som är utbildade i metoden. Varje gruppträff har ett särskilt tema, se Figur 1.

### Gruppträff Tema

1	Lära känna varandra
2	Att hantera stress och hur man ändrar sitt sätt att tänka
3	Stressiga situationer och negativt tänkande
4	Det positiva tänkandets kraft
5	Ändra negativt tänkande till positivt tänkande
6	Orimligt tänkande
7	Undersöka ursprunget till negativa tankar och finna sätt att hantera stressiga händelser
8	Stoppa negativa tankar, kommunikationsträning del I
9	Kommunikationsträning del II
10	Att planera för att må bättre

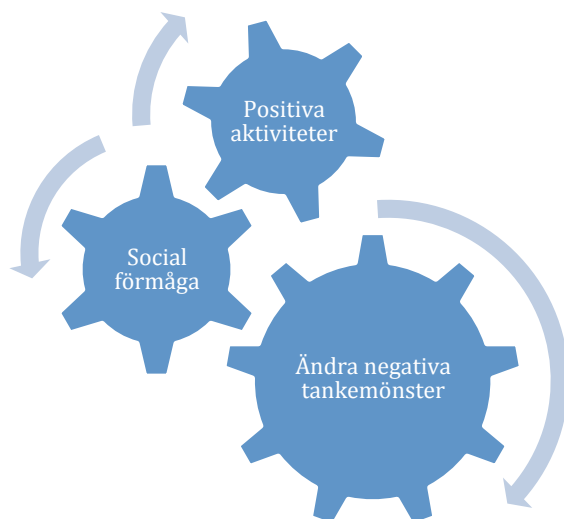
Figur 1. DISAs teman Källa: Thomas m.fl. (2015).

Skillnaden i målgrupp mellan DISA och CWS är att CWS är riktat till tonåringar av båda könen med risk för eller tecken på depressiva symptom (ett indikerat program).

Initialt användes DISA som ett selektivt program enbart för högstadies flickor. Sedermera har det använts för såväl pojkar och flickor på högstadiet och i vissa fall även på gymnasienivå. DISA erbjuds till elever oavsett symptom på ohälsa, och räknas därför som ett universellt preventionsprogram. En utvärdering av DISAs effekt på depressiva symptom hos

flickor genomfördes under åren 2003–2004. Interventionsgruppen förblev symptomfria, medan kontrollgruppen rapporterade fler depressiva symptom efter tolv månader (Treutiger & Lindberg, 2013). I studien fanns flera metodologiska brister, bland annat var urvalet litet och otydligt beskrivet, vilket innebär att den exkluderades ur SBUs granskning. Det fanns därmed behov av ytterligare utvärderingar.

Den teoretiska ramen för CWS och DISA utgår från en modell av Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hauttzing (1985), där depressiva symptom antas vara resultatet av flera faktorer, till exempel negativa tankar, stressande händelser, medfödd sårbarhet, riskfaktorer (till exempel att vara kvinna, en tidigare historia med depression, deprimerade föräldrar), och motståndskraft mot depression (till exempel hög självkänsla, förmåga att hantera stressfyllda situationer, många positiva aktiviteter). Liksom majoriteten av program som syftar till att förebygga depressiva symptom, har CWS och DISA sin grund i kognitiv beteendeterapi (KBT), utvecklad av Beck, Rush, Shaw & Emery (1979) och Ellis & Harper (1961). Tekniker baserade på KBT fokuserar på individens tankar, känslor och beteende utifrån ett inlärningsperspektiv, se figur 2. Betydelsen av självhjälp och att lära sig handskas med sina problem betonas (SBU, 2007).



*Figur 2. DISA bygger på att ändra negativa tankemönster, utveckla social förmåga samt att inspirera till positiva aktiviteter.*

## Utvärdering av DISA

Ett forskningsprojekt ”*Hälsopromotion i skolan. Utvärdering av DISA – ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar*” genomfördes 2012-2014 (Garmy, 2016). Det övergripande syftet med projektet var att undersöka erfarenheter, betydelse och effekter av det skolbaserade programmet DISA. I undersökningen, som var prospektiv, besvarade drygt 400 elever enkäter som mäter upplevd stress och hälsa innan start av DISA, samt ett år efteråt. Elever som inte deltagit i DISA utgjorde kontrollgrupp och besvarade enkäter med samma intervall. Resultatet visade signifikanta skillnader när det gäller upplevd stress och hälsa till fördel för interventionsgruppen efter tolv månader. Separata analyser för flickor och pojkar visade att flickorna hade en större fördel av programmet. Kostnadseffektiviteten mättes i form av kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Kostnaden beräknades till 42 500 kr/elev vilket betecknas som en låg kostnad (under 100 000 kr). Erfarenheter av att leda respektive delta i DISA utvärderades i form av fokusgruppsintervjuer vilka presenteras enligt nedan.

### Ungdomars erfarenhet av att delta i DISA

Resultatet av de fokusgrupper (tolv grupper, nio med flickor och 3 med pojkar, tre till elva deltagare i respektive grupp) där ungdomar (89 elever mellan 14 -15 år, median 14 år) berättade om sina erfarenheter av att delta i DISA programmet visade på såväl positiva som negativa aspekter (Garmy, Berg & Clausson, 2015). De positiva erfarenheterna var i majoritet. Ungdomarna menade att de lärt sig att identifiera och vända negativa tankar till positiva. Detta hade i sin tur inneburit att de kände sig gladare. Exempel på en negativ tanke kunde vara att känna sig uttråkad av att behöva gå till skolan. Detta kunde då vändas till positiva tankar på mötet med vänner och klasskamrater samt den gemenskap och styrka det innebar. Även insikten om sambandet mellan tankar, känslor och handling lyftes fram som en positiv effekt av DISA och som kunde leda till en minskad stress.

Tankar, handlingar och känslor hänger ihop ... om du ändrar ditt beteende då kan dina känslor automatiskt ändras och även dina tankar (Flicka)

Möjligheten att påverka andras känslor och tankar genom eget beteende hade tydliggjorts genom en bild av en triangel som visade på sambandet. Kursen hade även hjälpt dem att tänka innan de pratar och agerar samt att tänka på konsekvenserna av sina ord och handlingar.

Innan, jag tänkte inte så mycket innan jag agerade – t ex slogs jag mycket (Pojke)

Ökat självförtroende nämndes av ungdomarna som en annan positiv effekt av att ha deltagit i DISA.

Jag känner mig mycket säkrare i mig själv. Du är bra som du är. Du behöver inte vara någon annan (Flicka)

Ledarens roll lyftes fram som en positiv och betydelsefull faktor för att stärka självförtroendet genom att påpeka saker som ungdomarna var bra på.

Ungdomarna beskrev hur DISA hade hjälpt dem att fokusera mer på positiva aktiviteter och att välja sådant som fick dem att må bra. Aktiviteterna skilde sig åt mellan ungdomarna men DISA hade hjälpt dem att bli mer medvetna om vad det var som fick dem att må bra och att njuta mer av det. En övning i kursen som hade bidragit till detta var att göra en lista på aktiviteter som fick dem att må bra och därmed balansera sådant som var mer negativt.

En annan positiv effekt av DISA-kursen var, enligt ungdomarna, att de fått en ökad gruppgemenskap under och efter kursen. De hade kommit närmare sina klasskamrater och genom att prata öppet om sina egna problem hade de lärt sig att de inte var ensamma om att ha negativa tankar och att tvivla på sig själv. De hade även lärt känna andra och fått nya perspektiv på varandra. Exempelvis hade personer som tidigare upplevts som tuffa och hårda visat sig ha mjukare sidor. Kursen hade även lett till en ökad kunskap om andras känslor och beteende samt till en ökad empatisk förmåga. Detta hade inneburit en ökad tolerans och hänsyn. De flesta ungdomar ansåg att det var bra att ha separata DISA-grupper för flickor och pojkar trots att de i vanliga fall föredrog mixade grupper. En anledning som fördes fram var att DISA-kursen mycket handlar om att diskutera känslor. Däremot ansåg de inte att ledarens kön hade någon betydelse utan att det handlade mer om personliga egenskaper hos vederbörande. Det fanns också en undran över att det ansågs att flickor behövde det i större utsträckning än pojkar då det i vissa skolor enbart erbjöds till flickor.

Det fanns ett önskemål att innehållet i DISA skulle vara mer hälsofrämjande och positivt. Negativa aspekter som framkom i fokusgrupperna var innehållets tyngdpunkt på negativa tankar. Detta kunde få små problem att framstå som större än de var vilket också kunde leda till stress.

Jag tror att det hade varit en bättre hjälp om istället för att fokusera på negativa tankar du istället hade fokuserat mer på att få positiva tankar. Då hade du kanske blivit lite gladare ... (Flicka)



En annan negativ kritik mot DISA som framkom i fokusgrupperna var att kursen fokuserade på prestation och på att lösa uppgifter då det fanns en manual att följa. Det fanns ett önskemål om att vissa uppgifter skulle vara mer inriktade på deras åldersgrupp och vissa uppgifter upplevdes som konstruerade och irrelevanta. Några menade att det hade varit bättre att utgå från gruppens behov. Å andra sidan ansågs manualen vara viktig för ledaren eftersom diskussionerna annars kunde bli mindre meningsfulla.

## Ledares erfarenhet av att leda DISA grupper

DISA-ledarnas erfarenheter undersöktes genom fokusgruppsintervjuer (Garby, Berg & Clausson, 2014). I fokusgrupperna (fyra fokusgrupper med fyra-sex ledare) deltog 22 aktiva DISA-ledare, samtliga kvinnor, med olika utbildningsbakgrund. Skolkuratorer var den största andelen (13) följt av skolsköterskor (6) och lärare (2) samt skolpsykolog (1). Två av grupperna var mixade och två grupper bestod av enbart skolkuratorer respektive skolsköterskor. Resultatet sammanfattades som en avvägning mellan att strikt följa manualen och att möta elevernas behov. Samtliga ansåg att det var viktigt att följa manualen men kunde ibland erfara att i vissa grupper behövdes en viss flexibilitet. En ledare uttryckte det så här:

Den andra gruppen vi hade var svår. Vi behövde ha pauser och göra det lite roligare

Å andra sidan ansåg ledarna det vara viktigt att inte utelämna olika delar av kursen men ibland behövdes olika aktiviteter läggas till för att göra innehållet attraktivare för eleverna. Det ansågs också viktigt att ta tillvara diskussionerna i gruppen kring ämnen som eleverna ansåg vara viktiga. Nackdelen med manualbaserade program kunde vara att något viktigt försvann på vägen.

DISA-ledarnas erfarenheter var att de gjorde något bra genom att ge eleverna verktyg att hantera framtida svårigheter i livet. Att kunna verbalisera sina tankar och på det sättet bli medveten om orimliga sådana. En ledare menade:

Jag tänker att de förstår hur mycket de kan påverka sitt eget beteende ... du kan påverka dig själv

Begränsningar för DISA-ledarna i genomförandet av kursen kunde vara, förutom manualens begränsningar i vissa grupper, bristande stöd från skolans ledning och lärare. Till exempel saknades ibland framförhållning i planering och genomförande. I de fall DISA-kursen var frivillig för eleverna att delta i blev de inte alltid motiverade till deltagande av sina lärare. Flera ledare menade att rollen som DISA-ledare hade en positiv inverkan på dem själva. De uppskattade ledarutbildningen som omfattade tre da-

gar och som inte bara gav dem fler verktyg att arbeta med ungdomar utan även ledde till djupare kunskap om kognitiva beteende tekniker samt personlig utveckling. En ledare uttryckte det så här:

Du vill inte vara utan detta sätt att tänka; du har lärt en hel del själv också

Flera av ledarna menade också att det var värdefullt att arbeta tvärprofessionellt när t ex skolkuratorer och skolsköterskor genomförde DISA-kursen tillsammans. Det kunde leda till ökad arbetstillfredsställelse och kreativitet.

## Slutsats

Resultatet från utvärderingen tyder på att DISA kan förebygga depressiva symtom och stärka ungdomars självskattade hälsa, samt att kostnaden är låg i förhållande till dess effekt. Resultatet indikerar därmed att DISA kan anses vara kostnadseffektivt. Slutsatsen grundar sig på data från svenska högstadieskolor.

Kritiken mot DISA är framför allt att programmet har ett patogent och negativt fokus. Rekommendationen utifrån den genomförda utvärderingen är att öka dess hälsofrämjande och positiva fokus samt att satsa på att stärka ungdomarnas förmågor i stället för att lägga avsevärd tid på att identifiera negativa tankar. Dessa salutogena komponenter finns redan i programmet, men kan behöva lyftas fram mer.

Annan kritik gällde att DISA i vissa fall var en obligatorisk kurs bara för flickor, men det resultatet är inte entydigt. I flera skolor fungerar det med en kurs enbart för flickor, och på andra skolor och i vissa DISA-grupper framkom missnöje mot detta. Organiserandet av DISA behöver diskuteras vidare.

Elevhälsans roll i det hälsofrämjande arbetet och som DISA-ledare synes självklar. I Socialstyrelsens (2014) vägledningsdokument för elevhälsan framgår att den ska vara en resurs i arbetet för en hälsofrämjande skolutveckling. Med det menas att hälsoarbetet i skolan ska vara en del av en långsiktig skolutvecklingsprocess. I dokumentet framgår också att elevhälsan främst ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande samt att elevhälsans personal ska stödja elevens utveckling mot utbildningens mål. I elevhälsans uppgifter ingår även att ta del av aktuell vetenskaplig utveckling för att utveckla elevhälsans arbete. Utvärderingens av DISA tyder på att programmet kan vara hälsoekonomiskt försvarbart för att främja hälsa bland eleverna på längre sikt. Barn och unga som inte mår bra har svårigheter att nå upp till läroplanens mål samt har också större risk för framtida ohälsa. Det kräver dock att resurser till genomförandet sker

både strukturellt och ekonomiskt på en övergripande nivå. Det är även viktigt att programmet utvärderas vidare och då med fokus även på pojkar. En annan diskussion som behöver föras är hur skolan kan arbeta förebyggande på olika nivåer utan att kränka den personliga integriteten hos eleverna samt hur föräldrar/vårdnadshavare kan involveras i det arbetet även med hänsyn till de ungas begynnande autonomi.

## Referenser

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Clarke, G.N., & Lewinson, P.M. (1995) *Instructor's Manual for the Adolescent Coping with Stress Course*. Portland, OR: Oregon Health Sciences University.
- Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., & Sheeber, L.B. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34:312-321.
- Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., & Beardslee, W. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry* 58:1127-34.
- Clausson, E.K. (2008) *School health nursing. Perceiving, recording and improving schoolchildren's health*. Doctoral Thesis at the Nordic School of Public Health. Göteborg: NHV.
- Clausson, E.K., & Morberg, S. (2012) *Skolsköterskans hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Desrochers J.E., & Houck GM (2014) *Depression in Children and Adolescents. Guidelines for School Practice*. Silver Spring: National Association of School Nurses
- Ellis, A., & Harper, R.A. (1961) *A guide to rational living*. Hollywood CA: Wilshire Book.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14 Grundrapport*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Garber, J., Clarke, G.N., Weersing, V.R., Beardslee, W.R., Brent, D.A., Gladstone TR (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association* 301:2215-24.
- Garmy, P. (2016) Hälsopromotion i skolan. Utvärdering av DISA – ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar. Doktorsavhandling. Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Lunds universitet.
- Garmy, P, Berg, A., & Clausson, E.K. (2015). A qualitative study exploring adolescents' experiences of a school-based mental health program *BMC Public Health*, 15:1074.
- Garmy, P., Berg, A., & Clausson, E.K. (2014). Supporting positive mental health development in adolescents with a group cognitive intervention. *British Journal of School Nursing*, 9 (1).
- Haarasilta, L., Marttunen, M., Kaprio J., & Aro, H. (2001). The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*. 31:1169-79.
- Hutton, K., Nyholm, M., Nygren, J., & Svedberg P (2014). Self-rated mental health and socio-economic background: a study of adolescents in Sweden. *BMC Public Health*, 14:394 DOI: 10.1186/1471-2458-14-394

- von Knorring, A.L., von Knorring, L., & Waern, M., (2013). Depression från vaggan till graven. *Läkartidningen*. Feb (9), s. 1–10.
- Kolip P., & Schmidt B. (1999). Gender and health in adolescence. *Health policy for children and adolescents (HEPCA) series* No.1. Copenhagen: WHO.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). An integrated theory of depression. In S. Reiss & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (s. 331–359). New York: Academic Press.
- Lynch, F.L., Hornbrook, M., Clarke, G.N., Perrin, N., Polen, M.R., O'Connor E., & Dickerson, J. (2005). Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry*. 62(11):1241–8.
- Mattison, C., Bogren, M., Nettelblatt, P., Munk-Jørgensen, P., & Bhugra, D. (2005). First incidence depression in the Lundby Study: A comparison of the two time periods 1947–1972 and 1972–1997. *Journal of Affective Disorders* (87):151–160.
- Merikangas, K.R., He, J., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49(10): 980–989.
- Mihalopoulos, C., Vos, P., Pirkis, J., & Carter, R. (2012). The Population Cost-effectiveness of Interventions Designed to Prevent Childhood Depression. *Pediatrics* vol 129,3, 1–8.
- Mrazek, P., & Haggerty, P. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: National Academy Press.
- Olsson, I.G., & von Knorring, A.L. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999:99:324–31.
- Olsson, G. (2013). *Depressioner i tonåren. Ung, trött och ledsen*. 3 uppl. Stockholm: Gothia utbildning.
- Rew, L. (2005). *Adolescent health. A multidisciplinary Approach to Theory, Research, and Intervention*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rorsman, B., Gräsbeck, A., Hagnell, O., Lanke, J., Ohman, R., Ojesjö L., & Otterbeck, L. (1990). A prospective study of first-incidence depression. The Lundby study, 1957-72. *British Journal of Psychiatry*, 156, 336-342.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. (SBU Alert-rapport nr 2007-03). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering ISSN 1652-7151.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturoversikt*. (SBU-rapport nr 202). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering ISBN 978-91-85413-38-6.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2015). *Skolbaserade program för att förebygga självskadande beteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturoversikt*. (SBU-rapport nr 241). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. ISBN 978-91-85413-85-0.
- SFS 2010:800. *Skollagen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Skärsäter, I. (2009) Psykisk ohälsa i *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa*, red. Edberg, A.K., & Wijk, H. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2008). *Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting*. Rapport 2008-126-50. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för elevhälsan*. Artikelnummer 2014-10-2. ISBN 978-91-7555-208-8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., & Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056–1067.
- Thomas, E.M., Lindberg, L., Svensson, J., Treutiger, B.M., & Koertge, J. (2015) DISA. En metod för tonåringar att hantera stress och påfrestningar. Grupple-  
darmanual/Elevmanual. Uppdaterad och översatt version av Clarke G & Lew-  
insohn PM (1995) *Instructor's Manual for the Adolescent Coping with Stress Course*.  
Portland, OR: Oregon Health Sciences University.
- Treutiger, B.M., & Lindberg, L. (2013) Prevention of Depressive Symptoms Among  
Adolescent Girls in Andershed, A.K. (red.). *Girls at Risk*. New York: Springer.
- Unicef. (1989). *The Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, United  
Nations, Treaty Series, vol. 1577, s. 3.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: World Health Or-  
ganization.
- WHO. (2014). *Health for the world's adolescents*. Genève: World Health Organization.