

Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn

En systematisk litteraturöversikt

Juni 2010

(preliminär version webbpublicerad 10-05-19)



SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering
Swedish Council on Health Technology Assessment

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder.

SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU ger ut flera rapportserier. I ”SBU Utvärderar” har SBU:s expertgrupper själva gjort den systematiska utvärderingen. Serien omfattar både etablerade metoder (gula rapporter) och nya metoder (Alert). ”SBU Kommenterar” sammanfattar och kommenterar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU svarar också på frågor direkt från beslutsfattare i vården via SBU:s Upplysningstjänst.

Välkommen att läsa mer om SBU:s rapporter och verksamhet på www.sbu.se.

Denna utvärdering publicerades år 2010. Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, begränsat eller motstridigt.

Denna rapport (nr 202) kan beställas från:

SBU, Box 3657, 103 59 Stockholm
Besöksadress: Olof Palmes Gata 17
Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60
www.sbu.se • E-post: info@sbu.se

Grafisk produktion av Anna Edling, SBU
Rapportnr: 202 • ISBN 978-91-85413-38-6 • ISSN 1400-1403

Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn

En systematisk litteraturöversikt

Projektgrupp

| | |
|------------------------------------|---|
| Sten Anttila | Hans Smedje |
| Eva Clausson | Stefan Wiklund |
| Ingemar Eckerlund (hälsoekonom) | Agneta Pettersson (projektledare) |
| Gert Helgesson (etiker) | Ann-Charlotte Smedler (ordförande) |
| Anders Hjern | Anneth Syversson (projektassistent) |
| Per-Arne Håkansson (våren 2009) | Sophie Werkö (biträdande projektledare) |
| Björn Kadesjö | |
| Jonas Lindblom (informatiker) | |
| Lisbeth Lundahl | |

Externa granskare

| | |
|------------------|----------------|
| Sven Bremberg | Philip Hwang |
| Tine Egelund | Håkan Stattin |
| Ingemar Engström | Claes Sundelin |

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| SBU:s sammanfattning och slutsatser | 13 |
| 1. Inledning | 33 |
| Syfte med projektet | 33 |
| Avgränsningar för projektet | 34 |
| Övergripande frågor | 35 |
| Målgrupper | 36 |
| Rapportens innehåll | 36 |
| Referenser | 38 |
| 2. Bakgrund | 39 |
| Definitioner på psykisk ohälsa | 39 |
| Psykisk ohälsa hos svenska skolbarn | 41 |
| Klassificering av preventiva insatser | 43 |
| De teoretiska grunderna för program för att förebygga psykisk ohälsa | 45 |
| Referenser | 47 |
| 3. Metodbeskrivning | 49 |
| Inklusionskriterier | 49 |
| Urval av studier | 50 |
| <i>Systematisk litteratursökning</i> | 50 |
| Bedömning av studiernas vetenskapliga kvalitet | 51 |
| Granskning av hälsoekonomiska studier | 52 |
| Bedömning av effektstorlek | 53 |
| Styrka på det vetenskapliga underlaget | 54 |
| Slutsatser | 54 |
| Referenser | 56 |
| 4. Systematisk granskning av program för utagerande problem | 57 |
| Evidensgraderade resultat | 57 |
| Inledning | 60 |

| | |
|---|-----|
| Frågor | 60 |
| Inklusionskriterier | 60 |
| Kvalitetskriterier | 62 |
| Urval av studier | 64 |
| Effekt av universella program | 67 |
| Bedömning av effekter | 69 |
| Effekt av selektiva program | 70 |
| <i>Föräldrastödsprogram</i> | 71 |
| <i>Familjestödsprogram</i> | 75 |
| <i>Multimodala program</i> | 76 |
| Bedömning av effekter | 77 |
| Effekt av indikerade program | 80 |
| <i>Program med fokus på familjestöd</i> | 81 |
| <i>Program med fokus på skolan</i> | 82 |
| <i>Multimodala program</i> | 84 |
| Bedömning av effekter | 86 |
| Långtidsuppföljningar | 88 |
| Diskussion av resultat från långtidsuppföljningar | 91 |
| Moderatorer för effekt | 92 |
| Risker vid användning av program | 97 |
| Kostnadseffektivitet | 100 |
| Kommentarer till resultaten | 100 |
| Resultat från andra systematiska översikter | 101 |
| Minsta relevanta effekt | 103 |
| Metodbrister | 103 |
| Metaanalyser | 105 |
| Referenser | 202 |

5. Program för att förebygga internaliserade problem 213

| | |
|---|-----|
| Evidensgraderade resultat | 213 |
| Inledning | 215 |
| <i>Inklusions- och kvalitetskriterier</i> | 216 |
| Urval av studier | 216 |
| Effekt av universella program för ångest och depression | 219 |
| Bedömning av effektstorlek | 224 |
| Effekt av selektiva program för ångest och depression | 226 |

| | |
|--|-----|
| Effekt av indikerade program för ångest och depression | 227 |
| Bedömning av effektstorlek | 230 |
| Program för suicidprevention | 233 |
| Program för att förebygga ätstörningar | 233 |
| Moderatorer för effekt | 233 |
| Risker vid användning av program | 236 |
| Kostnadseffektivitet | 236 |
| Kommentarer till resultaten | 237 |
| Resultat av andra systematiska översikter | 237 |
| Minsta relevanta effekt | 240 |
| Metodbrister | 241 |
| Metaanalyser | 242 |
| Referenser | 304 |

6. Etiska och sociala aspekter **311**

| | |
|---|-----|
| Vad avses med etiska aspekter? | 311 |
| Vad avses med sociala aspekter? | 313 |
| Etiska och sociala aspekter på preventionsprogram mot skolbarns psykiska ohälsa | 313 |
| Litteratursökning | 314 |
| Etiska aspekter av övergripande samhällsrelevans | 314 |
| <i>Underliggande värderingar och synsätt</i> | 314 |
| <i>Inverkan på föräldrarollen</i> | 315 |
| <i>Ekonomiska intressen</i> | 317 |
| Andra syften än barnets bästa? | 317 |
| <i>Timeout och ignorering</i> | 317 |
| <i>Poängsättning av barns beteende</i> | 318 |
| <i>Tyst i klassen eller psykisk hälsa?</i> | 319 |
| Informerat samtycke, autonomi och personlig integritet | 319 |
| <i>Frivillighet centralt i hälso- och sjukvård samt socialtjänst</i> | 319 |
| <i>Inom skolpliktens ramar?</i> | 320 |
| <i>Samtycke i studier, men inte i praktiken i skolan</i> | 320 |
| <i>Samtycke och intressekonflikter</i> | 321 |
| Rättviseaspekter | 322 |
| Risk för stigmatisering | 323 |
| Genusaspekter | 324 |

| | |
|--|------------|
| Etnicitet | 325 |
| Kommentarer till projektgruppens slutsatser | 326 |
| Referenser | 327 |
| 7. Program som används i Sverige | 329 |
| Praxis inom barnhälsovården | 329 |
| Förskola och skola | 330 |
| Skolhälsovården | 330 |
| Socialtjänstens öppna verksamhet | 331 |
| Ungdomsmottagningar | 332 |
| Programbeskrivningar | 332 |
| Universella program | 332 |
| Selektiva/indikerade program | 335 |
| Kommentarer | 339 |
| Referenser | 340 |
| 8. Önskvärda praxisförändringar och deras konsekvenser | 343 |
| Evidens för svenska program | 343 |
| Önskvärda förändringar | 344 |
| Konsekvenser av en ändrad praxis | 345 |
| <i>Hälsomässiga konsekvenser</i> | 345 |
| <i>Ekonomiska konsekvenser</i> | 345 |
| Referenser | 347 |
| 9. Kunskapsluckor och forskningsbehov | 349 |
| Kunskapsluckor | 349 |
| Forskningsbehov | 351 |
| Behov av metodutveckling | 353 |
| Referenser | 356 |
| 10. Projektgrupp, externa granskare, bindningar och jäv | 357 |
| 11. Ord- och förkortningslista | 363 |

Bilaga 1. Sökstrategier

Publicerad på www.sbu.se/barnpsykohalsa

**Bilaga 2a. Programbeskrivningar
externaliserade problem**

Publicerad på www.sbu.se/barnpsykohalsa

**Bilaga 2b. Programbeskrivningar
internaliserade problem**

Publicerad på www.sbu.se/barnpsykohalsa

Bilaga 3. Granskningsmall för RCT

Publicerad på www.sbu.se/barnpsykohalsa

Bilaga 4. Exkluderade studier

Publicerad på www.sbu.se/barnpsykohalsa

**Bilaga 5. Metodologiska kommentarer
till metaanalyserna**

Publicerad på www.sbu.se/barnpsykohalsa

SBU:s sammanfattning och slutsatser



SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering
Swedish Council on Health Technology Assessment

SBU:s sammanfattning och slutsatser

Det är angeläget att finna metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Det finns tecken på att psykisk ohälsa hos barn kan ha ökat under de senaste decennierna och strukturerade insatser för att komma till rätta med problemen blir allt vanligare såväl inom kommunal verksamhet som inom hälso- och sjukvård. Interventionen utgörs av så kallade program som är standardiserade och finns beskrivna i manual eller motsvarande.

Här sammanfattas det vetenskapliga underlaget för två typer av program: dels de som främst syftar till att förebygga utagerande beteenden hos barn och ungdomar, dels de som i första hand syftar till att förebygga inåtvända problem som ångest, depression och självskadebeteende. Program som har en allmänt hälsobefrämjande effekt, t ex för att förebygga drogmissbruk och våldshandlingar ingår följaktligen inte. Programmen är avsedda att ha effekt, inte bara direkt efter att programmet har avslutats utan även i framtiden.

Rapporten har tagits fram på förfrågan av Kungliga Vetenskapsakademien och UPP-centrum (Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa) vid Socialstyrelsen. Båda har efterfrågat en systematisk litteraturöversikt för att klarlägga nyttan med att använda program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.

Slutsatser

- ❑ Av 33 bedömda standardiserade och strukturerade insatser (program) som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn har sju ett begränsat vetenskapligt stöd i den internationella litteraturen. Det är föräldrastödsprogrammen Incredible Years och Triple P, familjestödsprogrammet Family Check-Up samt skolprogrammen Good Behavior Game, Coping Power, Coping with Stress och FRIENDS.

Effekterna är med få undantag små. Studierna är utförda i andra länder.

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

- ❑ I Sverige används ett hundratal olika program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn, i huvudsak av utagerande typ. Inget av dem har utvärderats i Sverige i randomiserade studier med minst sex månaders uppföljning¹.

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

Programmen KOMET¹, COPE, SET, StegVis, Beardslees familjeintervention, Connect och DISA har undersökts i minst en kontrollerad studie vardera men har inte tillräckligt vetenskapligt stöd för förebyggande effekt.

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

- ❑ Program som bygger på att ungdomar med utagerande problem träffas i grupp kan öka risken för normbrytande beteenden. Andra negativa effekter för såväl program för utagerande som för inåtvända problem är tänkbara men ofullständigt belysta.
- ❑ Det behövs randomiserade studier som undersöker om de program som används har förebyggande effekt i svenska populationer och inte medför risker. Det behövs också hälsoekonomiska studier som undersöker om programmen är kostnadseffektiva.

¹ Sedan granskningen avslutades har en studie med SkolKOMET med medelhög kvalitet publicerats. Denna ingår inte i det vetenskapliga underlaget [5].

Bakgrund och syfte

Psykisk ohälsa kan definieras på olika sätt. Vi använde Barnpsykiatrikommitténs (SOU 1998:31) definition, som i första hand utgår från de symtom som barnet eller den unge uppvisar. Symtom som är varaktiga, som hindrar den unge från att fungera och utvecklas optimalt och som orsakar lidande är att betrakta som psykisk ohälsa. Denna definition svarar väl mot preventionsprogrammen, som nästan undantagslöst är inriktade på att minska symtom.

De flesta svenska skolbarn uppger i enkäter att de känner sig fysiskt och psykiskt friska. Men, andelen skolbarn som uttrycker att de har symtom på psykisk ohälsa, som nedstämdhet, huvudvärk och sömnsvårigheter, har ökat kontinuerligt sedan 1980-talet. Framför allt är det flickor i högstadiet som har fått mer problem [1].

Allvarlig psykisk ohälsa förekommer oftare hos barn som lever under sämre psykosociala förhållanden än hos barn som lever under bättre omständigheter. Enstaka, självrapporterade psykiska symtom hos barn och ungdomar i åldrarna 10–18 år förekommer däremot i ungefär samma utsträckning oberoende av social miljö [2].

Hos barn som redan i tidig ålder uppvisar trotsigt och utagerande beteende är risken större att utveckla allvarlig och långvarig, funktionsnedsättande psykisk ohälsa av både utagerande och inåtvänd typ [3]. De är överrepresenterade vad gäller att senare i livet utveckla antisocialt beteende. En hypotes är att tidiga insatser som syftar till att bryta beteendet skulle kunna minska risken för senare psykisk ohälsa av utagerande typ. En annan hypotes är att det kan vara mer fördelaktigt att ändra barnets beteende genom att fokusera på föräldrarna och på samspelet mellan dem och barnet. Forskning som bygger på dessa antaganden har resulterat i att strukturerade insatser utvecklats för att förebygga psykisk ohälsa av utagerande typ. Interventionerna baseras i huvudsak på utvecklingspsykologi, sociala inlärningsteorier och konsekvensstyrda beteendetekniker. Ofta kombineras flera interventioner till ett så kallat program.

På motsvarande sätt har det vuxit fram program för att förebygga inåtvända problem, framför allt depression och ångest. Programmen grundas

nästan uteslutande på teorier hämtade från behandling med kognitiv beteendeterapi.

Förebyggande åtgärder kan sättas in på flera nivåer:

Universell prevention vänder sig till samtliga utan hänsyn till riskfaktorer.

Selektiv prevention vänder sig till grupper av personer utifrån någon gemensam riskfaktor för psykisk ohälsa, t ex en socialt utsatt boendemiljö eller föräldrars missbruk.

Indikerad prevention riktar sig till personer som löper uppenbar risk för att utveckla psykisk ohälsa, vanligen pga att de har förhöjd symtomnivå. Gränsen mellan indikerad prevention och *tidig behandling* är svår att dra.

Syftet med rapporten är att fastställa kunskapsläget beträffande program för prevention av psykisk ohälsa hos skolbarn genom en systematisk litteraturoversikt.

Avgränsningar

Projektet avgränsades enligt följande:

- Programmen skulle ha ett uttalat syfte att förebygga psykisk ohälsa. Det innebär att studier som enbart undersökte programmets effekt på t ex minskat alkohol-, narkotika- och tobaksbruk, minskad förekomst av våldshandlingar och mobbning uteslöts. Sådana studier är mycket angelägna men kräver en egen systematisk översikt.
- Studierna skulle undersöka vilken effekt programmen hade på barnets psykiska ohälsa. Det medförde att studier som enbart mätte föräldrarnas beteende eller attityder inte togs med. Effekten skulle kvarstå en längre tid, minst sex månader efter att programmet hade avslutats. Effekten kunde jämföras antingen med ingen extra åtgärd eller med någon form av aktiv kontroll, som t ex självstudier.
- Programmen skulle rikta sig till barn och ungdomar mellan 2–19 år, deras föräldrar/vårdnadshavare eller deras lärare. Detta medförde

att studier som undersökte effekten av stöd till föräldrar med barn i spädbarnsåldern inte ingick. Studier på kliniska populationer eller med barn som hade funktionshinder eller medicinska problem som kan öka risken för psykisk ohälsa ingick inte heller.

Frågor

- Vilka program förebygger psykisk ohälsa av utagerande respektive inåtvänd typ?
- Vilka komponenter i programmen bidrar till effekten?
- Finns det något samband mellan programmens intensitet och varaktighet och deras effekt?
- Påverkas effekten av vem som genomför programmet och hur väl denne är utbildad i programmet?
- Vilka risker finns det med att använda programmen?
- Påverkas effekten av barnets kön, socioekonomiska förhållanden och etnicitet?
- Om programmet är effektivt, är det då också kostnadseffektivt?
- Finns det några etiska aspekter på programmen som bör vägas in?

Metod

SBU använder en systematisk metod. För varje fråga söks litteratur brett i utvalda databaser. De studier som uppfyller våra inklusionskriterier kvalitetsgranskas och tabelleras enligt en särskilt utarbetad metodik. Studiernas resultat evidensgraderas. Resultaten av litteraturgranskningen vägs sedan mot praxis samt hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Slutsatserna är därmed avpassade för svenska förhållanden.

Faktaruta 1 Studiekvalitet och evidensstyrka.

Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten i en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer som studiekvalitet, relevans, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, t ex dos-responssamband.

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer:

Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕)

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○)

Bygger på studier av hög eller medelhög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○)

Bygger på studier av hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)

När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet är motsägande anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidensen är desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

Slutsatser

I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

Resultat

Det vetenskapliga underlaget för program som ska förebygga utagerande problem utgjordes av 39 studier av 24 olika program. Av dessa rörde 4 studier universella, 19 selektiva och 16 indikerade program.

Det vetenskapliga underlaget för program som ska förebygga inåtvända problem utgjordes av 22 studier om 10 program. Av dem avsåg 11 universella program, 2 selektiva program och 9 indikerade.

Programmen jämförde med ingen extra insats, om det inte anges speciellt.

Kan program riktade mot utagerande problem förebygga psykisk ohälsa hos barn?

Universell prevention

- Good Behavior Game som universell skolintervention minskar utagerande symtom hos skolbarn på minst 12 månaders sikt, men effekten är liten (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om andra universella skolprogram kan förebygga psykisk ohälsa av utagerande typ pga att antalet studier är för litet (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- För universella program i andra miljöer än skolan saknas vetenskapligt underlag.

Selektiv prevention

- För prevention på selektiv nivå minskar föräldrastödsprogrammet Triple P symtomen på utagerande beteende hos barn i förskoleåldern i minst 12 månader i grupper med liten till måttlig social belastning (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är liten till måttlig (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Föräldrastödsprogrammet Incredible Years (De otroliga åren) har bara prövats som selektivt preventionsprogram i miljöer med betydande social utsatthet. Där har programmet en liten effekt på

förskolebarns utagerande symtom i minst 8 månader, enligt blindade observationer (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Enligt föräldraskattningar är dock effekterna ringa eller saknas (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).

- Selektiva program som riktas till familjer som har drabbats av inre påfrestningar minskar utagerande beteende hos barnen vid uppföljningar i minst 11 månader (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är mycket liten (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om andra selektiva program kan förebygga psykisk ohälsa hos barn eftersom studierna är för heterogena (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Indikerad prevention

- För prevention på indikerad nivå kan Family Check-Up, med tillgång till ytterligare insatser om så skulle behövas, minska symtomen på utagerande beteende hos barn och ungdomar i minst 12 månader (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är måttlig (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Skolprogrammet Coping Power minskar graden av utagerande beteende hos skolbarn i upp till 12 månader (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är liten (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om några andra indikerade program minskar utagerande beteenden vid uppföljningar från sex månader och upp till två år efter avslutad intervention eftersom studierna är motstridiga (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Program för selektiv och indikerad prevention kan på flera års sikt minska andelen ungdomar som uppfyller kriterierna på psykiatrisk diagnos inklusive antisocialt beteende (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).

Kan program som är riktade mot inåtvända symtom förebygga psykisk ohälsa?

Universell prevention

- Det går inte att bedöma om universella skolprogram varaktigt minskar depressiva symtom hos barn. Studierna visar motstridiga resultat och effekterna är obetydliga eller saknas (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Skolprogrammet FRIENDS som universell prevention minskar symtomen på ångest hos barn mellan 10 och 13 år i åtminstone ett år efter avslutad prevention (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är liten (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om övriga universella skolprogram minskar ångestsymtom hos barn. Studierna visar motstridiga resultat (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om universella skolprogram har effekt på andra symtom på psykisk ohälsa av inåtvänd typ hos barn och ungdomar. Kontrollerade studier saknas (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Selektiv prevention

- Det går inte att bedöma om selektiv preventionsprogram varaktigt kan minska symtom på depression eller ångest hos barn. Studierna är få och heterogena (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om program för selektiva prevention kan förebygga andra symtom på psykisk ohälsa av inåtvänd typ hos barn. Det saknas studier (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Indikerad prevention

- Programmet Coping with Stress (CWS) som indikerad prevention minskar risken för barn och ungdomar att få diagnosen depression inom ett år efter avslutad intervention (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är måttlig (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).

- Det går inte att bedöma effekter av Beardslees familjeintervention. Programmet är lika effektivt som föreläsningar men har inte jämförts med inaktiv kontroll (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Skolbaserade program som indikerad prevention minskar graden av depressiva symtom hos barn och ungdomar i upp till två år efter avslutad prevention men effekterna är mycket små (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om indikerade program kan minska graden av ångestsymtom hos barn på kort eller lång sikt. Antalet studier är för litet (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om indikerade program kan förebygga självmordstankar och självmordsbeteende hos barn och ungdomar pga få studier med mestadels låg studiekvalitet (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om indikerade program kan förebygga andra symtom på psykisk ohälsa av inåtvänd typ hos barn och ungdomar. Det saknas studier (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Övriga resultat om programmens effekter

- Det går inte att bedöma om några komponenter är mer verksamma än andra. Studierna är för heterogena (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om det finns något samband mellan effekt och programmens intensitet och varaktighet. Studierna visar motstridiga resultat (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma hur effekten påverkas av kompetensen hos utföraren. Huvuddelen av studierna har haft specialutbildad personal (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Risker och negativa effekter

- Ungdomar med höga nivåer av utagerande beteende som deltar i gruppinterventioner inom ramen för selektiva och indikerade preventionsprogram kan påverka varandra och övriga deltagare i negativ riktning (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om det finns några andra risker förknippade med program för utagerande eller inåtvända problem. Det saknas studier (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Hälsoekonomi

Det saknas underlag för att bedöma kostnadseffektiviteten i program för att förebygga psykisk ohälsa hos skolbarn. Två amerikanska studier har undersökt kostnadseffektiviteten för Coping with Stress respektive Incredible Years, men studierna är svåra att överföra till svenska förhållanden.

Etiska aspekter

Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn har många inbyggda etiska implikationer. Dessa omfattar dels specifika inslag i programmen, dels mer övergripande frågor.

Preventionsprogram kan reflektera ett snävt förhållningssätt till problem och lösningar. Det handlar om problemindivider snarare än om samhällsproblem. Programmen kan därmed komma att uppfattas som ett bättre alternativ än strukturella samhällsatsningar trots att många som riskerar att få problem finns i socialt utsatta grupper.

Nästan alla program har anglosaxiskt ursprung och kan därför bygga på en syn på barn som delvis skiljer sig från den svenska. Lydnad mot vuxna betonas starkare och är ett mål i många program. Vissa inslag i programmen kan innebära bristande respekt för barnet och dess behov. "Timeout" som används i många familjestödsprogram är ett omdiskuterat exempel. Om det skulle användas på ett sätt som innebär att barnet

avskiljs från kontakt genom att stå i skamvrån eller att bli inlåst på sitt rum, kan det strida mot FN:s barnkonvention om barnets rättigheter.

Belöningssystem med poängsättning är ett annat inslag som kan vara främmande för svensk kultur. Metoden används t ex inom skolprogrammet Good Behavior Game (GBG) där hela gruppens agerande poängsätts. Gruppens tryck kan bli hårt på enskilda gruppmedlemmar, i synnerhet om barnen upplever det som att de blir kollektivt bestraffade för en kamrats bristande förmåga att leva upp till spelreglerna. Mot detta ska vägas att programmet tycks ha effekt i önskad riktning, utan uppenbara negativa konsekvenser.

Föräldraprogram kan innebära att föräldrars autonomi hotas i och med att deras osäkerhet exploateras. De finns också en risk att balansen i familjesystemet påverkas på ett oönskat sätt. Men även det omvända kan vara fallet, dvs att program kan ge stöd åt osäkra föräldrar att återfå kontroll över sin situation och stärka deras kompetens och självkänsla som föräldrar. Detta ligger i programmets mål, och om syftet uppnås blir programmen snarast autonomiframjande för både barn och föräldrar.

De etiska frågorna varierar med preventionsnivån. Universella preventionsprogram har både för- och nackdelar. Universella insatser kan nå även en del av dem som annars underutnyttjar hjälp. En nackdel är att resurser som skulle ha kunnat läggas på barn med särskilda behov läggs på program för alla oavsett behov. En annan viktig fråga är hur frivillig medverkan bör vara. Om programmet ses som ohälsoprevention kan det tyckas självklart att sjukvårdens krav på informerat samtycke ska gälla. Medverkan blir då frivillig, vilket kan innebära att många potentiella högriskbarn avstår från att medverka.

Stigmatisering nämns ofta som ett problem i samband med preventionsprogram. Stigmatisering innebär att bli nedvärderande utpekad på ett eller annat sätt och kan t ex leda till försämrad status bland kamraterna. Det brukar framhållas som en fördel med universella program att deltagandet inte medför något stigma. Men det kan inte uteslutas att programmen ändå har en stigmatiserande effekt på de personer (eller

familjer) som lösningarna inte fungerar för och som då framstår som mindre lyckade. Det är inte heller klart hur stort problem som stigmatisering är vid selektiv och indikerad prevention. Sättet som den riktade insatsen erbjuds på spelar stor roll. Det finns studier som visar att barnet tvärtom kan känna sig utvalt och sett i positiv mening.

Svensk praxis

UPP-centrum vid Socialstyrelsen har inventerat vilka program som används i olika verksamheter. Enkäterna visade att program används frekvent, att det finns mer än hundra program och att en stor del av dem har utvecklats lokalt.

Många program som är etablerade i Sverige har över huvud taget inte utvärderats i kontrollerade studier som styrker att de har någon effekt på psykisk ohälsa. Andra program har visserligen undersökts i kontrollerade studier med tillräcklig uppföljning, men studierna har så stora metodologiska brister att de inte är tillförlitliga. De program som har utvärderats i minst en kontrollerad studie, oavsett studiekvalitet, är sammanställda i Tabell 1. Övriga program som förekommer i Sverige är inte vetenskapligt utprovade.

Tre program, Good Behavior Game, Coping Power och FRIENDS, som har begränsat stöd för effekt i internationella studier, används inte i Sverige.

Tabell 1 Program som används i Sverige och som är utvärderade som preventiv insats i minst en kontrollerad studie.

| Otillräckligt stöd för förebyggande effekt | Evidens för effekt på annan preventionsnivå, i internationella studier | Evidens för effekt i internationella studier | Evidens för effekt under svenska förhållanden |
|--|--|--|---|
| KOMET | DISA (CWS) | De otroliga åren | |
| COPE | | Triple P | |
| SET | | Family Check-Up | |
| StegVis | | | |
| Beardslees familjeintervention | | | |
| Connect | | | |

Önskvärda praxisförändringar och deras möjliga konsekvenser

Ett mål på *lång sikt* bör vara att samtliga program som används dels ska ha vetenskapligt stöd för effekter som är varaktiga, dels ska vara utprovade i olika svenska populationer.

På *kort sikt* bör målet vara att verksamheterna systematiskt utvärderar effekterna av program som redan är väl förankrade lokalt. Då mäts psykisk ohälsa hos barnen före programmet och vid en uppföljning.

Om verksamheterna beslutar att införa nya program, bör de väljas från den lilla grupp som har vetenskapligt stöd för effekt i internationella studier. Det är också rimligt att verksamheterna i högre grad än idag överväger om det finns strukturella alternativ till program. Några exempel är en ökad satsning på förskola och skola och en ökad tillgänglighet till vård och stöd för de barn och ungdomar som behöver det.

För barnen och deras föräldrar blir följderna av en förändrad praxis med all sannolikhet positiva. De skulle få bättre hjälp genom att program

med okänd effekt ersattes av annat stöd med bättre evidens (program eller andra metoder). Föräldrarna skulle slippa lägga ner tid och engagemang på en kanske verkningslös insats. Förändringarna är även ur ett etiskt perspektiv mera fördelaktiga för barn och föräldrar.

Även för verksamheterna skulle fördelarna överväga. Beslutsunderlaget skulle förbättras och metoder som inte är effektiva i den lokala kontexten kunde fasas ut snabbare. Det innebär i princip en möjlighet till besparingar och effektivare resursutnyttjande. Kostnadseffektiviteten, dvs hälsoeffekten per satsad krona, skulle därmed rimligen förbättras.

Systematiska uppföljningar kommer att påverka organisationen inom kommuner och landsting och kräva extra resurser. Personalen kommer att behöva utbildas i metoder för att mäta psykisk ohälsa. För de verksamheter som idag har dåligt utvärderade program och som övergår till mera väldokumenterade alternativ tillkommer kostnader för att utbilda personalen i programmet och att införa det.

Kunskapsluckor och behov av forskning

Vår granskning visar att få program har vetenskapligt stöd som preventiv insats. Även om många program minskar problemen på kort sikt så är det osäkert hur länge effekten varar. I vissa fall är det klarlagt att effekten faktiskt avklingar men när det gäller andra program är långtidseffekterna inte studerade. Ett fåtal långtidsuppföljningar tyder dock på att framgångsrika preventiva insatser kan minska psykisk ohälsa i många år.

Ett ytterligare problem är att det sociala och kulturella sammanhanget har stor betydelse för metodernas effekt. Det är inte säkert att program som i internationella studier har visat sig verksamma har samma effekt under svenska förhållanden. Effekterna kan sannolikt vara både större och mindre.

Det finns två stora forskningsbehov i ett svenskt perspektiv. De två frågorna som behöver besvaras är:

- Vilka av de program som har vetenskapligt stöd för prevention och som visar ”tillräcklig” effekt, har tillräcklig effekt även på olika svenska populationer?
- Hur lång tid varar effekten av sådana program?

Eftersom kunskapsläget är bristande finns det stor risk att barn och deras familjer utsätts för ineffektiva program. Det är därför angeläget att samverka på nationell nivå och snabbt påbörja randomiserade prövningar med långtidsuppföljningar av ett litet antal program. Samtidigt vore det av värde att pröva om program kan ha tilläggseffekt på strukturella insatser, inte minst vid interventioner i socialt utsatta miljöer.

Utifrån vår granskning är det fem program som borde prioriteras. Det är Family Check-Up, två program för inåtvända problem (CWS/DISA på selektiv nivå och FRIENDS som universellt program) samt två selektiva föräldrastödsprogram för utagerande beteende, Triple P och De otroliga åren. Effekterna av De otroliga åren har visserligen varit små i studierna men de har genomförts under förhållanden där effekter av förebyggande program kan förväntas överskuggas av sociala och ekonomiska problem.

Slutligen, betydande nationella resurser läggs idag på program vars effekter vi vet mycket litet om. Det vore rimligt att en del av dessa resurser öronmärktes till nationellt samordnade randomiserade studier.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009-126-71. ISBN: 978-91-978065-8-9. 2009.
2. Östberg V, Alfven G, Hjern A. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatr* 2006;95:929-34.
3. Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:404-12.
4. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36:567-89.
5. Forster M, Sundell K, Melin L, Morris RJ, Karlberg M. A randomized controlled trial of a standardized behavior management intervention for students with externalizing behavior. *J Emot Behav Disord*. (Accepted with request for revision).

1. Inledning

Syfte med projektet

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

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

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

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

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

Avgränsningar för projektet

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

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

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

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

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

Övergripande frågor

De övergripande frågorna var:

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

Målgrupper

Viktiga målgrupper för rapporten är:

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

Rapportens innehåll

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

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

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

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

Referenser

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009-126-71. ISBN: 978-91-978065-8-9. 2009.
2. Danielsson M. Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006. R 2006:10. Statens folkhälsoinstitut; 2006.
3. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, et al. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci* 2005;6:151-75.

2. Bakgrund

Definitioner på psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa kan definieras på olika sätt. I vår granskning valde vi att ansluta oss till Barnpsykiatrikommitténs definition av psykisk ohälsa, som i första hand utgår från de symtom som barnet eller den unge uppvisar [1]. Enligt denna definition betraktas symtom som är varaktiga, som hindrar den unge att fungera och utvecklas optimalt och som orsakar lidande som psykisk ohälsa. Definitionen fungerar väl för denna kunskapsöversikt, eftersom de granskade programmen nästan undantagslöst är inriktade på att förhindra uppkomsten av eller att reducera symtom.

En viktig begränsning med en symtombaserad definition är att den har ett ensidigt fokus på individen, och mera sällan säger något om bakomliggande orsaker till den psykiska ohälsan. Ett och samma symtom kan ha olika bakgrund för olika barn, och omvänt kan liknande bakgrunder leda till helt eller delvis olika symtombilder. En symtombaserad definition av psykisk ohälsa säger heller ingenting om barnets resurser, eller om risk- och friskfaktorer i miljön.

Vi är medvetna om att vi använder oss av en snäv definition av psykisk ohälsa, men den är tydlig och överensstämmer med avgränsningar i de granskade programmen. Definitionens begränsningar för givetvis med sig motsvarande begränsningar för hur våra resultat kan tolkas.

Psykisk ohälsa under uppväxtåren måste förstås i relation till barnets ålder, utvecklingsnivå och totala kontext. Ett beteende som ter sig helt normalt för en fyraåring kan vara klart avvikande och ett symtom på allvarlig psykisk ohälsa hos en fjortonåring – och vice versa.

De flesta små barn genomgår begränsade perioder av t ex trots och aggressivitet. Men om de utagerande beteendena är djupgående och

inkräftar på barnets funktionsförmåga och självbild och inte heller minskar när barnet blir äldre, ökar sannolikheten för att barnet får långsiktiga anpassningssvårigheter. I värsta fall förvärras de utagerande symtomen i tonåren, med påtaglig risk för livslångt antisocialt beteende. Det är också vanligt att små barn kan visa oro och ångslan och ha svårt att sova. För de flesta barn är sådana reaktioner övergående och en del av normalutvecklingen, men om symtomen kvarstår över lång tid kan de hämma barnets utveckling och öka risken för allvarliga problem med exempelvis ångest eller depression. Typiskt för preventionsprogram är att de syftar till att minska förekomsten av symtom och förhindra att de utvecklas till varaktig psykisk ohälsa.

I vetenskapliga sammanhang är det vanligt att dela in psykisk ohälsa hos barn i två huvudkategorier, som internaliserade (inåtvända) och externaliserade (utagerande) problem. Med externaliserade problem avses olika typer av utagerande beteende som t ex trots, aggressivitet och impulsivitet. Internaliserade problem omfattar symtom som ångest, depression, ätstörningar och andra psykosomatiska uttryck, samt självskade- och självmordsbeteende. Indelningen i externalisering och internalisering är dock delvis godtycklig och inte oproblematiserad, eftersom båda typerna av problem ofta förekommer samtidigt. Exempelvis har många barn med ADHD ofta emotionell labilitet med samtidig svårighet att reglera beteenden och affekter [2]. Unga med initialt utagerande problem utvecklar ofta senare depressiva problem med bl a ökad risk för självmord.

När utagerande eller inåtvända symtom, eller kombinationer av symtomen, är djupgående, varaktiga och medför lidande eller funktionsnedsättning definieras problemen med psykiatriska diagnoser.

Vår granskning har utgått från en uppdelning i program för utagerande respektive inåtvända psykiska problem. Uppdelningen har fallit sig naturlig eftersom prövarna nästan genomgående har undersökt effekter på bara den ena typen av problem. Ändå är det viktigt att ha i åtanke att programmen mycket väl kan ha effekt på bådadera, eftersom de ofta bygger på samma teorier och kan innehålla likartade komponenter.

Symtom har i regel både en subjektiv och objektiv sida. Med subjektiva symtom menas det som barnet själv upplever och besväras av, och är nära förknippat med barnets eget lidande. Objektiva symtom är de beteenden och uttryck för psykisk ohälsa som kan noteras av omgivningen, exempelvis av föräldrar, lärare och kamrater. Psykisk ohälsa ger sig i allmänhet tillkänna både för barnet själv och för omgivningen, men beroende på problembild kan de subjektiva respektive objektiva symtomen vara mer eller mindre framträdande. Förenklat kan man säga att inåtvända symtom, som ängslan och nedstämdhet, ofta är mindre tydliga för omgivningen, än vad fallet är för utagerande symtom, som hyperaktivitet, aggressivitet och trots.

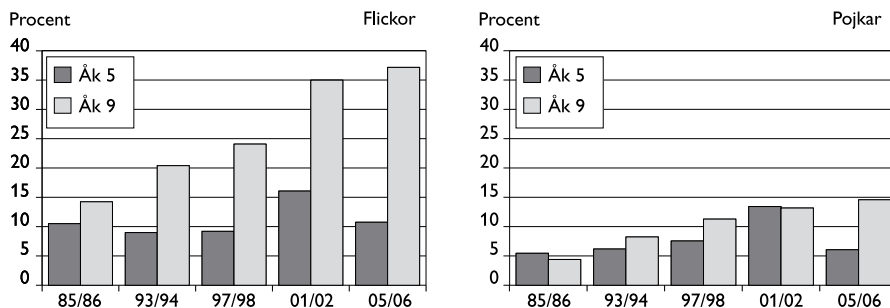
Subjektiva symtom kan fångas upp via självskattningsformulär eller kliniska intervjuer. Via kliniska bedömningar, föräldra- och lärarskattningar får man en bild av de objektiva symtomen. Strukturerade observationer av beteendet är ytterligare en metod för att bedöma objektiva symtom. Alla dessa metoder används i kliniska sammanhang, och utgör utfallsmått i de studier som vi granskat.

Psykisk ohälsa hos svenska skolbarn

Psykisk ohälsa bland barn är ett betydande folkhälsoproblem, men det råder brist på svenska studier. Ett undantag är den studie med identiska klassrumsundersökningar av 15-åriga flickor som genomfördes i Örebro år 1970 och 1996 [3]. Andelen med depression hade inte förändrats mellan mätningarna medan antisociala beteendeproblem hade ökat. En sammanställning av studier som utförts i Västeuropa mellan 1945 och 1995 kan också ge en viss vägledning. Den visar att inåtvända besvär som depression och självskadande beteende liksom kriminalitet och missbruk ökat med tiden. Ökningen var snabbast fram till början av 1980-talet [4].

Svenska skolbarn ingår dock i de klassrumsenkäter som genomförs av WHO med jämna mellanrum sedan 1980-talet. Enligt enkäterna trivs de allra flesta skolbarnen i Sverige med livet och känner sig fysiskt och psykiskt friska. Andelen skolbarn som svarade att de känt sig nere, haft svårt att somna, känt sig nervösa och/eller haft huvudvärk ökade dock successivt bland både flickor och pojkar fram till början av 2000-talet.

Därefter har ökningen stannat av utom för flickor i årskurs 9 (se Figur 2.1 nedan). Vid mätningen åren 2005–2006 rapporterade cirka en tredjedel av flickorna att de hade känt sig nedstämda minst en gång i veckan, haft svårigheter att somna eller huvudvärk medan en femtedel kände sig nervösa och/eller hade haft ont i ryggen [5].



Figur 2.1 Andel barn som uppger att de känner sig nedstämda minst en gång i veckan. Källa: Folkhälsorapport 2009 [5].

Andelen barn och ungdomar som sökte hjälp inom barn och ungdomspsykiatri ökade påtagligt under 1990-talets andra hälft. Det kan ha flera orsaker. En är att elevvården fick sämre möjlighet att utreda och stödja barn med psykiska störningar. En annan orsak kan vara att kunskapen om psykiska störningar hos barn och deras negativa betydelse för barnets utveckling har ökat, och att detta bidragit till ett ökat söktryck.

Andelen unga som vårdades på sjukhus efter självskaedehandlingar ökade också mellan åren 1999 och 2006. Däremot ökade inte de fullbordade självmorden. Det bör dock noteras att självmordstalen sjönk i flertalet åldersgrupper under det senaste decenniet, men inte i åldersgruppen 15–24 år. Andelen ungdomar i åldern 15–19 år som vårdades på sjukhus pga psykos var däremot stabil kring 4/10 000 under perioden 1991–2002.

Även socialtjänstens insatser till barn och unga i form av öppenvård samt placeringar i familjehem och vid institutioner har ökat under de senaste två decennierna. Sedan 1990-talet har andelen nyplace-

rade barn legat relativt stabilt kring 0,2 procent. Andelen nyplacerade ungdomar har däremot fördubblats under motsvarande tid och ligger för närvarande på cirka 0,8 procent. Parallellt har dessutom socialtjänstens öppenvårdsinsatser ökat markant [6,7].

Det saknas nationellt representativa undersökningar om andelen svenska barn som har diagnostiserade psykiska störningar och sjukdomar. En engelsk undersökning av barn mellan 5 och 16 år kan sannolikt vara överförbar för svenska förhållanden [8]. I studien som genomfördes år 2004 uppfyllde 8 procent av flickorna och 12 procent av pojkarna kriterierna för minst en psykisk störning enligt WHO:s sjukdomsklassifikation.

Slutligen är det värt att notera att det förefaller som om enstaka psykiska och psykosomatiska symtom hos barn och ungdomar mellan 10 och 18 år förekommer i ungefär samma utsträckning hos barn från olika sociala miljöer. Symtom på psykisk ohälsa är dock något vanligare hos barn i familjer med akuta ekonomiska problem, vilket framgår i Statistiska centralbyråns årliga undersökning av levnadsförhållanden (ULF). När det gäller psykiatriska diagnoser, alltså symtom som allvarligt stör barnets välbefinnande och funktionsförmåga, under barn- och ungdomsåren förefaller det som om de sociala skillnaderna är större. Svenska studier har visat betydande överrisker för ADHD [9], psykoser [10], depression [11], och självsador som kräver sjukhusvård [12] hos barn och ungdomar i hushåll med låg social status och/eller med ensamstående föräldrar. Den ovan refererade engelska studien visade också ett relativt starkt samband mellan förekomst av psykiska störningar och sociala faktorer.

Klassificering av preventiva insatser

Prevention avser insatser för att minska risken för ohälsa. Målet med prevention är att styra bort individen från riskfaktorer, eller att minska deras inflytande, och samtidigt stärka skyddsfaktorer. Prevention ska inte förväxlas med *promotion*, som är åtgärder som har det uttryckliga syftet att främja barns och ungdomars välmående och positiva utveckling. Många samhällsinsatser på politisk nivå som föräldraförsäkring och

kortare arbetsdagar för småbarnsföräldrar liksom insatser i skolan med gratis skollunch kan ses som hälsopromotion. Ett annat exempel är "livskunskap", som syftar till att förbättra skolklimat och elevernas förmåga till empati och samspel. Livskunskap är ibland ett schemalagt ämne.

Tidigare delades de flesta preventionsprogram in i primär, sekundär och tertiär prevention. Terminologin har sina rötter i en folkhälsotradition där det huvudsakliga målet är att åtgärda diagnostiserbara fysiska åkommor. Den har mer och mer kommit att ersättas av termerna universell, selektiv och indikerad prevention för att bättre överensstämja med kunskapsläget om risk- och skyddsfaktorer. Begreppen definierades år 1994 i en rapport från Institute of Medicine [13].

Universell prevention motsvarar vad som tidigare kallades primär prevention. Insatsen riktas till alla inom en viss population (skola, geografiskt område som landsting etc) utan hänsyn till individernas speciella behov eller risknivå. Gränsen mellan promotion och universell prevention är diffus. I generella skolprogram ingår t ex ofta att stärka elevernas sociala kompetens. God social kompetens kan ses som en positiv och utvecklande färdighet i sig (promotion) likaväl som ett mål för att öka elevernas motståndskraft mot t ex negativa kamratrelationer och därmed förekomst av psykisk ohälsa (prevention).

Gemensamt för *selektiv* och *indikerad* prevention är att barnets (familjens) behov på något sätt måste identifieras för att de ska kunna erbjudas insatsen. Vid *selektiv* prevention identifieras grupper av individer utifrån någon gemensam riskfaktor, t ex en socialt utsatt boendemiljö eller föräldrars missbruk. Den enskilda individens risknivå har inte kartlagts och interventionens utformning tar inte hänsyn till specifika behov hos individer i gruppen.

Vid *indikerad* prevention riktas insatsen till individer som var och en identifierats vara i uppenbar riskzon för utveckling av hälsoproblem, vanligen för att de har förhöjd symtomnivå. Insatsen anpassas till de individuella behoven. Gränsen mellan vad som kallas för selektiv respektive indikerad prevention är flytande och begreppen används på olika sätt i olika rapporter. En preventiv insats kan även syfta till att fånga upp

ett barn och/eller en familj för att sedan skraddarsy fortsatta interventioner (t ex Family Check-Up).

Klinisk intervention eller *behandling* innebär att barnet har ett identifierat hälsoproblem och får hjälp inom någon form av klinisk verksamhet/motagning. Även mellan indikerad prevention och behandling är gränsen oklar. Flera kända preventionsprogram har utvecklats från behandlingsprogram och innehåller liknande komponenter, problemen hos det enskilda barnet kan vid indikerad prevention vara i nivå med en klinisk diagnos.

De teoretiska grunderna för program för att förebygga psykisk ohälsa

Gemensamt för de preventiva insatser som ingår i granskningen är att de är uppbyggda som *program*. Med ett program avses att interventionen består av en eller flera standardiserade komponenter. Komponenterna har oftast utvecklats från beteendevetenskapliga teorier med sin grund i inlärningspsykologi, social inlärningsteori och systemteori. Det är svårt att urskilja ett tydligt mönster för hur teorierna tillämpas. Det är t ex inte så att vissa teoretiska modeller konsekvent används inom program som riktas mot inåtvänd respektive mot utagerande problematik.

Ett flertal psykologiska modeller har sina historiska rötter inom behaviorismen. Dess mest grundläggande begrepp är klassisk respektive operant betingning. Operanta tekniker innebär att man via så kallad positiv och negativ förstärkning försöker forma beteenden i önskvärd riktning. Ett exempel är den så kallade teckenekonomin, där barnet får belöningar för önskvärt beteende.

Social inlärningsteori understryker betydelsen av socialisering och framför allt observationer av andras beteende vid inlärning [14–16]. Begrepp som modellinlärning och generalisering är centrala. Grundläggande antaganden är alltså att individer kan omsätta observationer av andras beteenden – och dess konsekvenser – till de egna förutsättningarna.

Beteendeanalys och social inlärningsteori används för att påverka samspelet mellan barn och föräldrar, inte minst vid färdighetsträning riktade mot föräldrar. Tidiga ansatser koncentrerades på föräldrarna, som via sina förvärvade kunskaper, intog en mer eller mindre terapeutisk roll i förhållande till sina barn [17,18]. På senare tid har träningen i allt större utsträckning fokuserat på samspelet mellan familjemedlemmar [19]. I början av 1980-talet formulerade Gerald Patterson sin teori om hur föräldrar som disciplinerar sitt barn med tvång och hot oavsiktligt skapar en ond cirkel av tvingande familjeinteraktioner, "the coercive circle" [20]. Barnet lär sig en rad kortsiktigt funktionella men icke-önskvärda beteenden och är dåligt rustat för att utveckla positiva sociala interaktionsmönster. Pattersons teori har influerat många preventionsprogram [21].

Kognitiva teorier är centrala. Inom kognitiv teori är en grundläggande tanke att individer med t ex internaliserade symtom har dysfunktionella tankemönster som förstärks i en ond cirkel [22,23]. Kognitiva preventionsmodeller har ambitionen att förändra individens tankemönster och i förlängningen även det yttre beteendemönstret.

Ett flertal program tar också fasta på att barn är beroende av, och i viss mån även själv påverkar en vidare social kontext. Inte minst Bronfenbrenners utvecklingsekologiska perspektiv omnämns flitigt som en allmän referensram. Inom utvecklingsekologin framhålls att barns situation inte enbart påverkas av de individuella förutsättningarna och familjesammanhanget, utan också av den geografiska närmiljön, skolan och samhället i stort [24]. Den ekologiska teorin används ofta som argument för att involvera såväl familj som skola i program av multimodal karaktär.

Referenser

1. Socialstyrelsen. SOU 1998:51. Det gäller livet. Slutbetänkande av Barn-psykiatrikommittén.
2. Sobanski E, Banaschewski T, Asherson P, Buitelaar J, Chen W, Franke B, et al. Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 2010.
3. Wangby M, Magnusson D, Stattin H. Time trends in the adjustment of Swedish teenage girls: a 26-year comparison of 15-year-olds. *Scand J Psychol* 2005;46: 145-56.
4. Rutter M, Smith D. Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes. Chichester: Wileys; 1995.
5. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009-126-71. ISBN: 978-91-978065-8-9; 2009.
6. Lundström T, Vinnerljung B. Omhändertagande av barn under 1990-talet. I: Szebehely M (red). Valfärdstjänster i omvandling (SOU 2001:52). Stockholm: Fritzes; 2001.
7. Socialstyrelsen. Barn och unga – insatser år 2008. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Stockholm: Socialstyrelsen. 2009.
8. Green N, McGinnity A, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. London: Office for National Statistics; 2005.
9. Holmberg K, Hjern A. Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Dev Med Child Neurol* 2008;50:134-8.
10. Wicks S, Hjern A, Gunnell D, Lewis G, Dalman C. Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: a national cohort study. *Am J Psychiatry* 2005;162:1652-7.
11. Olsson G, von Knorring A. Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies-Depression Child (CES-DC). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997:81-7.
12. Jablonska B, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Ethnicity, socio-economic status and self-harm in Swedish youth: a national cohort study. *Psychol Med* 2009:87-94.
13. Mrazek P, Haggerty R, eds. Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington DC: National Academy Press; 1994.
14. Bandura A. Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1969.
15. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.
16. Gundersen K, Monahan L. Träning i social kompetens. I: Eikeseth S, Svartdal F (red). Tillämpad beteendeanalys. Lund: Studentlitteratur; 2007.
17. Moynahan L. Tillämpad beteendeanalys av sociala system. I: Eikeseth S,

- Svartdal F (red). Tillämpad beteendeanalys. Lund: Studentlitteratur; 2007.
18. Wahler RG, Winkel GH, Peterson RF, Morrison DC. Mothers as behavior therapists for their own children. *Behavior Res Ther* 1965;3:113-24.
19. Ogden T. Parent management training som foreldreopplaerning. *Specialpedagogikk* 1999;6:3-17.
20. Patterson GR, Chamberlain P, Reid JB. A comparative evaluation of a parent-training program. *Behav Ther* 1982;13:638-50.
21. Patterson G, Reid J. Social interactional processes in the family. The study of the moment by moment family transactions in which human social development is embedded. *J App Dev Psychol* 1984;5:237-62.
22. Beck AT. Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper & Row; 1967.
23. Götestam G. Ångestsyndrom. Diagnos och behandling. I Eikeseth, S & Svartdal, F (red). Tillämpad beteendeanalys. Lund: Studentlitteratur; 2007.
24. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.

3. Metodbeskrivning

Syftet med en systematisk granskning är att få en objektiv kartläggning av kunskapsläget. En systematisk granskning innebär att samtliga vetenskapliga studier som är relevanta för rapportens frågor identifieras och kvalitetsgranskas med avseende på tillförlitlighet och precision. Sökning efter litteratur och granskning utförs av minst två ämnesexperter för varje fråga ("läspar").

Inklusionskriterier

Först formulerade vi frågorna för projektet så att de lämpade sig för sökningar i databaser. Frågorna var fokuserade och definierad population, typ av insatser, jämförande insatser och effektmått (se Kapitel 4).

Därefter fastställde vi inklusions- och exklusionskriterier för de studier som skulle granskas (se Kapitel 4). Granskningen av studier som utvärderade effekter och kostnadseffektivitet begränsades till att gälla randomiserade studier och observationsstudier med kontrollgrupp. För att besvara frågorna om risker och etiska problem accepterades alla typer av studier.

Vi inkluderade studier på skandinaviska språk, engelska, tyska och franska.

Förutom studier som publicerats i tidskrifter med oberoende granskare kunde vi inkludera kontrollerade svenska utvärderingar som enbart publicerats som internrapporter eller i t ex universitetens databaser.

Urval av studier

Systematisk litteratursökning

Projektgruppens ämnesexperter tog i samarbete med SBU:s informatiker fram sökstrategier för de olika frågorna. Databassökningarna utfördes i början av projektet och i slutet, för att kontrollera att inga nya relevanta studier publicerats. Den sista sökningen genomfördes i oktober 2009.

Vi sökte litteratur i databaserna Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, PsycInfo, ERIC och IBSS. Gruppens uppfattning var att kontrollerade studier av befintliga program i allt väsentligt utförts under 1990- och 2000-talen. Databassökningarna omfattade därför litteratur från 1990. Inga språkbegränsningar sattes för bedömningen av abstrakt. I sökningarna exkluderades "experimental", "animal", "letters", "editorial" och "short communications".

Förutom databaser använde vi även referenslistor i systematiska översikter, i de beställda primärstudierna samt på webbsidor för de inkluderade programmen för att täcka litteraturen.

Kontexten är av stor betydelse vid preventiva insatser. Många skandinaviska utvärderingar har dock inte publicerats i vetenskapliga tidskrifter på ett sätt som gör att de återfinns i de aktuella databaserna. Därför kompletterade vi sökningarna med en kontroll av IMS (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete) listor över avslutade och pågående randomiserade studier i Sverige (www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide).

En mer detaljerad beskrivning av sökstrategierna redovisas i Bilaga 1.

Resultatet av litteratursökningen för respektive fråga, presenterat som abstraktlistor (korta sammanfattningar av studier), granskades oberoende av de två personerna i läsparet. Alla studier som åtminstone en av dem bedömde kunde tänkas uppfylla våra inklusionskriterier beställdes i fulltext.

Bedömning av studiernas vetenskapliga kvalitet

De beställda studierna granskades i fulltextformat av de två ämnesexperterna i läsparet, oberoende av varandra. Studier som vid närmare betraktande inte besvarade frågan eller som inte uppfyllde inklusionskriterierna, exkluderades. Samtliga exkluderade studier finns förtecknade i Bilaga 4 på SBU:s hemsida www.sbu.se/barnpsykohalsa.

Bedömningen av studiernas kvalitet och tillförlitlighet baserades på en systematisk granskning av de inkluderade studiernas uppläggning, utförande, resultatredovisning och slutsatser. Särskild vikt lades vid granskningen av i vilken utsträckning studien mäter vad den är avsedd att mäta, dvs studiens interna validitet samt precision. Det väsentligaste momentet var därför att värdera risken för systematiska fel (bias) genom brister i design och genomförande av studien.

För att minska risken för inter- och intrabedömarvariation användes granskningsmallar (checklistor). Syften med mallarna är att uppnå en gemensam norm för bedömning av vad som är god kvalitet, minimera riskerna för glidning i värderingarna samt öka reproducerbarheten. Granskarna använde SBU:s checklistor för randomiserade studier och för observationsstudier för att bedöma studiernas tillförlitlighet och precision (se Bilaga 3 på SBU:s hemsida www.sbu.se/barnpsykohalsa).

Granskarna i respektive läspar diskuterade därefter sina individuella bedömningar av studierna med varandra. Eventuell oenighet löstes med konsensus. Om inte ämnesexperterna kunde komma överens granskades studien av hela expertgruppen. Den slutgiltiga bedömningen av studiens kvalitet baserades på såväl studiens metodologiska kvalitet som dess relevans för svenska förhållanden. Bedömningsgraderna var *låg*, *medelhög* och *hög* kvalitet.

Demografiska data, beskrivning av intervention och kontroll samt resultaten från de studier som hade hög eller medelhög studiekvalitet, extraherades och fördes in i tabeller av en person i varje läspar. Uppgifterna kontrollerades av ytterligare minst en person. Studier med låg studiekvalitet tabellerades enbart för de frågor där det saknades studier med hög och medelhög studiekvalitet.

Granskning av hälsoekonomiska studier

För att en hälsoekonomisk studie ska inkluderas i utvärderingen krävs att den omfattar både kostnader och effekter, är relevant för svenska förhållanden och innehåller en jämförelse med bästa alternativet. Helst ska den också ha ett samhällsperspektiv, dvs analysen ska inkludera alla relevanta kostnader oberoende av vem som drabbas av dem.

I hälsoekonomiska utvärderingar jämförs två eller flera alternativa metoder med avseende på såväl kostnader som effekter. Om en metod har lägre kostnader och bättre effekter än alternativen så är den (dominerande) kostnadseffektiv och valet av metod ter sig från hälsoekonomisk synpunkt enkelt. Men, ofta är mer effektiva metoder också mer kostnadskrävande. Resultatet av den hälsoekonomiska analysen anges därför vanligen i så kallade inkrementella kostnadseffektkvoter (ICER). De är ett uttryck för skillnaden i kostnad mellan två metoder i relation till skillnaden i effekt. En metod betraktas som kostnadseffektiv om samhällets betalningsvilja kan antas överstiga merkostnaden per effekt-enhet för den aktuella metoden jämfört med bästa alternativa metod.

En hälsoekonomisk studie, som bygger på en enskild klinisk studie, kan enligt SBU:s normer aldrig tillmätas högre kvalitet och relevans än den kliniska studien. Vissa hälsoekonomiska studier är så kallade modellanalyser. De bygger i regel på data som hämtats från kliniska studier respektive kostnadsredovisningssystem och har ibland karaktären av prognostiska räkneexempel. Sådana analyser kan ge ett viktigt underlag för bedömningar av olika metoders kostnadseffektivitet och därmed vara av stort intresse som beslutsunderlag, förutsatt att de bygger på relevanta och tillförlitliga data och bedöms vara av hög eller medelhög kvalitet.

Kvalitetsgranskningen av de hälsoekonomiska artiklarna gjordes av två personer i projektgruppen (ämnesexpert respektive hälsoekonom) med hjälp av SBU:s checklista för hälsoekonomiska studier (Bilaga 3 på SBU:s hemsida www.sbu.se/barnpsykohalsa), och utmynnade i något av omdömena *hög kvalitet*, *medelhög kvalitet*, *låg kvalitet* eller *otillräcklig kvalitet*. Studier med otillräcklig kvalitet exkluderades.

Bedömning av effektstorlek

Endast studier med hög och medelhög studiekvalitet användes för att bedöma effekter och kostnadseffektivitet.

I bedömningen av de förebyggande effekternas storlek i de individuella studierna utgick vi så långt som möjligt från beräkningar av Cohen's d. Cohen's d relaterar skillnaden i beteendeförändring över tid mellan interventions- och kontrollgrupp till standardavvikelsen i hela studiepopulationen.

Utgående från Cohens definitioner är effektstorlekar:

- Obetydliga om $d < 0,20$
- Små om $d < 0,40$
- Måttliga om $d < 0,80$
- Stora om $d \geq 0,80$

För att underlätta jämförelser av utfall mellan olika studier och bedömningar av hur heterogena resultaten är samt om möjligt beräkna sammanvägda effektstorlekar för de olika programmen utfördes metaanalyser i form av så kallade "forest plots". Effektmåtten har följt den standard som rekommenderas inom *Cochrane Collaboration* [1]. Det innebär att standardiserade medelskillnader har använts för kontinuerliga utfallsmått och oddskvoter för dikotoma utfall.

Resultaten togs fram i två steg. Rådata matades in i Microsoft Office Excel med justeringar för skillnader vid baslinjen. I några fall, när nödvändiga rådata varit ofullständigt redovisade i originalstudierna, togs data fram genom att räkna baklänges och extrapolera (t ex från F-värden i ANOVA, olika varianter av Cohen's d m m). Även detta arbete utfördes i Microsoft Office Excel. Därefter togs de slutgiltiga resultaten, så kallade "forest plots" fram med hjälp av Cochrane Collaborations programvara Review Manager 5.0 (se Bilaga 5 på SBU:s hemsida www.sbu.se/barnpsykohalsa, för en mer detaljerad beskrivning av statistiska metoder).

Styrka på det vetenskapliga underlaget

Evidensstyrkan anger hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. Ju starkare evidensen är, desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid. Endast studier med hög och medelhög studiekvalitet användes för att bedöma evidensstyrkan.

SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE [2]. I GRADE utgår den sammanlagda bedömningen för varje effektmått från studiernas design (se Faktaruta 3.1). Därefter kan evidensstyrkan påverkas av försvagande/förstärkande faktorer. Faktorerna är:

- Studiekvalitet och relevans
- Samstämmighet
- Överförbarhet
- Precision i data
- Risk för publikationsbias
- Effektstorlek
- Andra viktiga aspekter, t ex dos–responssamband.

Faktaruta 3.1 Kategorisering av evidensstyrka enligt GRADE.

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer:

Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○). När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet är motsägande anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Evidensstyrkan återspeglar *kvaliteten* på de studier som undersökt effekten och därmed hur säker man kan vara på en beräknad effekt. En otillräcklig evidens betyder därför inte att effekten saknas, utan att resultaten är osäkra.

Slutsatser

SBU:s slutsatser baseras på en sammanvägd bedömning av effekt, risker, kostnadseffektivitet samt sociala och etiska aspekter.

Referenser

1. Higgins JPT, Green S. Cochrane hand-book for systematic reviews of interventions [updated September 2008]. The Cochrane Library. John Wiley & Sons, Ltd; 2008.

2. Grading quality of evidence and strength of recommendations; www.bmj.com/cgi/content/full/328/7454/1490. BMJ.

4. Systematisk granskning av program för utagerande problem

Evidensgraderade resultat

Kunskapsöversikten omfattar universella, selektiva och indikerade preventionsprogram som är standardiserade och genomförs enligt manual. Granskningen visade att flertalet program bygger på kognitiva beteendetekniker och social färdighetsträning, och gav underlag för följande slutsatser:

Universell prevention

- Good Behavior Game som universell skolintervention minskar utagerande symtom hos skolbarn på minst 12 månaders sikt, men effekten är liten (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om andra universella skolprogram kan förebygga psykisk ohälsa av utagerande typ hos barn eftersom antalet studier är för litet (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- För universella program i andra miljöer än skolan saknas vetenskapligt underlag.

Selektiv prevention

- För prevention på selektiv nivå minskar föräldrastödsprogrammet Triple P symtomen på utagerande beteende hos barn i förskoleåldern i minst 12 månader i familjer med liten till måttlig social belastning (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är liten till måttlig (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).

- Föräldrastödsprogrammet Incredible Years (De otroliga åren) har enbart prövats som selektivt preventionsprogram i miljöer med betydande social utsatthet. Där har programmet haft en liten effekt på förskolebarns utagerande symtom i minst 8 månader, enligt blindade observationer (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Enligt föräldraskattningar är dock effekterna ringa eller saknas (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Selektiva program som riktas till familjer som har drabbats av inre påfrestningar minskar utagerande beteende hos barnen vid uppföljningar i minst 11 månader (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är mycket liten (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om andra selektiva program kan förebygga psykisk ohälsa hos barn eftersom studierna är för heterogena (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Indikerad prevention

- För prevention på indikerad nivå kan Family Check-Up, med tillgång till ytterligare insatser om så skulle behövas, minska symptomen på utagerande beteende hos barn och ungdomar i minst 12 månader (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är måttlig (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Skolprogrammet Coping Power minskar graden av utagerande beteende hos barn i upp till 12 månader (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är liten (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om några andra indikerade program minskar utagerande beteenden hos barn vid uppföljningar från sex månader och upp till två år efter avslutad intervention eftersom studierna är motstridiga (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Övriga resultat

- Program för selektiv och indikerad prevention kan på flera års sikt minska andelen ungdomar som uppfyller kriterierna för någon psykiatrisk diagnos inklusive antisocialt beteende (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Utagerande problem är vanligare bland pojkar än bland flickor. Det går dock inte att bedöma om programmets effekter är beroende av kön, eftersom det saknas studier som kontrollerat för könsskillnader i symptom (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om programmets effekter är beroende av ålder eller etnisk bakgrund eftersom studierna är för heterogena (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om några komponenter i programmen är mera verksamma för att förebygga psykisk ohälsa hos barn än andra. Studierna är för heterogena (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om det finns något samband mellan effekt på utagerande beteende hos barn och programmets intensitet och varaktighet. Studierna är för heterogena (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma hur effekten på utagerande beteende hos barn påverkas av kompetensen hos den som genomför programmet. Huvuddelen av studierna har haft specialutbildad personal (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om program för att förebygga psykisk ohälsa av utagerande typ är kostnadseffektiva. Antalet studier är för litet.
- Ungdomar med höga nivåer av utagerande beteende som deltar i gruppinterventioner inom ramen för selektiva och indikerade preventionsprogram kan påverka varandra och övriga deltagare i negativ riktning (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Det går inte att

bedöma om program för att förebygga utagerande beteende hos barn kan ha en negativ effekt på familjesystemet, studierna har låg kvalitet (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Inledning

Kapitel 4 och 5 redovisar projektgruppens systematiska litteraturgranskning, uppdelat på program för i huvudsak utagerande (Kapitel 4) respektive inåtvända (Kapitel 5) problem. Frågor, inklusionskriterier och kvalitetskriterier var desamma för båda programtyperna och beskrivs nedan.

Frågor

Den generella frågan om effekten av programmen delades upp i följande underfrågor:

- Vilka program förebygger psykisk ohälsa?
- Vilka komponenter i programmen bidrar till effekten?
- Påverkas effekten av utföraren och dess utbildning i metoden?
- Finns det någon dos-respons?

Övriga frågor som ingick var:

- Vilka risker finns det med att använda programmet?
- Om programmet är effektivt, är det då också kostnadseffektivt?

Inklusionskriterier

Inklusionskriterierna för studier som utvärderade effekt var att de skulle vara kontrollerade, publicerade fr o m år 1990 och med vissa språkbe- gränsningar (engelska, skandinaviska, tyska och franska ingick).

Populationen skulle vara barn i den ålder då förskola och skola utgör viktiga vardagsmiljöer. Vi beslutade därför att inkludera studier där barnen var mellan 2 och 19 år. Studier på kliniska populationer eller med barn som hade funktionshinder eller medicinska problem som kan öka risken för psykisk ohälsa ingick inte.

Interventionen skulle vara standardiserade insatser på individ- eller gruppnivå, riktade till barn och/eller föräldrar, med syfte att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Studier som enbart undersökte programmets effekt på t ex minskat alkohol-, narkotika- och tobaksbruk, minskat våld eller minskad mobbning exkluderades.

Studierna skulle ha en uppföljningstid på minst sex månader efter det att insatsen hade avslutats, även för kontrollgruppen. Gränsen på sex månader var en rimlighetsbedömning från gruppens sida. Effekter omedelbart efter avslutad intervention kan inte vara tillräckligt som underlag för att bedöma program som ska vara förebyggande, något som bl a understryks i riktlinjer från Society for Preventive Research [1]. Vi gjorde emellertid undantag för ett litet antal studier av program som pågick under flera år med regelbundna mätningar av effekterna. Dessa inkluderades även om det saknades uppföljning sex månader efter avslutad intervention.

Studier med mer än 50 procent bortfall vid uppföljningen skulle exkluderas.

De *utfallsmått för effekt* som vi bedömde var relevanta för att ge ett mått på barnens psykiska ohälsa var:

- Symtomskattning, med hjälp av skattningsskalor eller kliniska bedömningar.
- Strukturerade beteendeobservationer.
- Mått på skolanpassning, t ex TOCA (Teacher Observation of Classroom Adaptation), som också är ett mått på utagerande beteendeproblem [2].
- Andel som uppfyller kriterier för psykiatrisk diagnos.
- Mått på antisocialt beteende, t ex genom självskattningar.

Studier som enbart mätte föräldrarnas beteenden, attityder och psykiska hälsa exkluderades. Effekten av preventionsprogram kan mätas i termer av minskade symtom på psykisk ohälsa eller incidens av nytillkomna problem. Utfallsmåtten kan röra såväl subjektiva som objektiva symtom. Barnets egen uppfattning, de subjektiva symtomen, kan speglas i exempelvis självskattningsformulär, medan föräldrar, lärare och kliniska bedömare ger sina respektive bilder av de objektiva symtomen via skattningsformulär eller andra metoder.

I många studier undersöks effekten på färdigheter som enligt de bakomliggande teorierna fungerar som skyddsfaktorer mot framtida problem. Det kan vara sociala och emotionella färdigheter, attityder, förmåga till konflikthantering och problemlösning men också inlärningsförmåga och framgång i skolan. Sådana mått har vi betraktat som indirekta eller sådana som medierar en effekt på psykisk ohälsa. De kan inte ersätta direkta effektmått på ohälsa. Studier som enbart mätt effekten med indirekta eller medierande mått har därför exkluderats.

Kvalitetskriterier

Det finns åtskilliga internationella riktlinjer om hur studier om prevention ska utvärderas men de är inte samstämmiga. Society for Preventive Research (SPR) utvecklade därför Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination som är en harmonisering av många tidigare riktlinjer [1].

SPR:s kriterier täcker så kallade ”efficacy”-studier, ”effectiveness”-studier och studier som undersöker effekterna vid implementering i stor skala (se Faktaruta 4.1 för definition av dessa begrepp).

Faktaruta 4.1 Studietyper för att undersöka effekten av preventionsinsatser.

Med "efficacy"-studier avses sådana där interventionen testas under optimala förhållanden. Det innebär bl a en god kontroll över eventuella störfaktorer och att interventionen genomförs med hög programtrohet. Utförarna är välutbildade, ofta programutvecklarna själva.

"Effectiveness"-studier undersöker om effekten kvarstår när interventionen genomförs under realistiska förhållanden. För att en intervention ska vara "effective" måste den även vara dokumenterad "efficacious".

Implementeringsstudier syftar till att säkerställa att interventionen fungerar även i stor skala och under realistiska förhållanden

De kvalitetskriterier som användes i vårt projekt var av två slag, dels sådana som finns inbyggda i SBU:s granskningsmallar, dels övriga som togs fram speciellt för projektet. Sammanlagt överensstämde våra kriterier i hög grad med SPR:s.

Kraven för medelhög studiekvalitet var:

- Randomiserad studie eller kontrollerad studie med adekvat kontroll för störfaktorer ("confounders").
- Bortfall mer än 30 procent efter sex månader; högre bortfall (upp till 50 procent) kunde accepteras vid längre uppföljningar om det fanns en trovärdig bortfallsanalys.
- ITT-analys ("intention-to-treat") gjord eller möjlig att räkna ut.
- Analys med hänsyn till störfaktorer för kontrollerade studier utan randomisering.

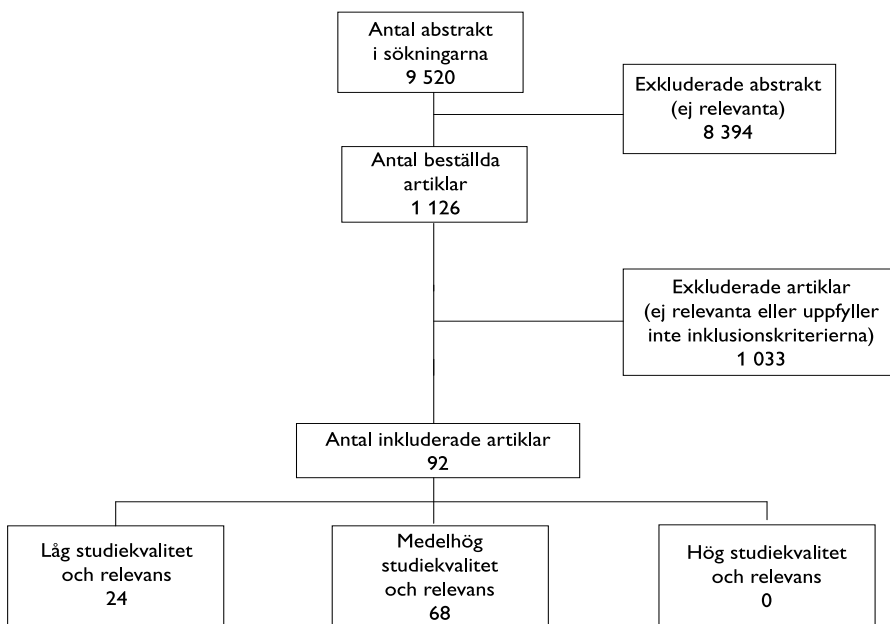
Kraven för hög studiekvalitet var:

- Väl utförd randomisering.
- Blindad utvärderare.
- Bortfall mer än 30 procent efter sex månader; högre bortfall kunde accepteras vid längre uppföljningar om det fanns en trovärdig bortfallsanalys.
- Uppföljning minst ett år efter avslutad intervention.
- ITT-analys ("intention-to-treat") gjord eller möjlig att räkna ut.
- Minst två oberoende bedömare av effekten (t ex lärar- och självskattning).

Urval av studier

Sökningarna som redovisas i Bilaga 1 på SBU:s hemsida (www.sbu.se/barnpsykohalsa) genererade 9 520 abstrakt om effekter av program för utagerande beteenden. Av dem avsåg 2 187 abstrakt förskolebarn.

Flödesschemat i Figur 4.1 sammanställer antalet titlar och abstrakt som vi gått igenom med avseende på effekten av program för utagerande symtom, antalet artiklar som vi har beställt i fulltext samt antalet artiklar som inkluderats. Flödesschemat innehåller studier för såväl skola som förskola.



Figur 4.1 Flödesschema för artiklar om program för att förebygga utagerande problem.

Vi identifierade 24 program som har utvärderats i minst en studie med medelhög kvalitet, totalt 36 studier. Program som enbart prövats i studier med låg studiekvalitet ingick inte i bedömningen av det vetenskapliga underlaget. Av de inkluderade studierna var 35 randomiserade och en kontrollerad utan randomisering. Fyra av dessa studier redovisade en god randomiseringsmetod. Elva av studierna hade någon del av utvärderingarna blindade, t ex i form av observatörer.

Samtliga program innehöll komponenter som bygger på teorier om social inlärning och beteendemodifiering. Många av dem utformades och användes ursprungligen för behandling av psykisk ohälsa, dvs på klinisk indikation. Med tiden har programmen modifierats och använts för prevention.

Vi delade upp vår granskning och bedömning av effekter beroende på om programmet hade prövats på universell, selektiv eller indikerad nivå (se definitioner på dessa begrepp i Kapitel 2). Några studier avsåg långvariga program som hade implementerats i områden med hög social belastning och inom ramen för longitudinella studier. Långtidsdata från dessa studier analyserades separat. Tabell 4.1 illustrerar för vilken typ av prevention som respektive program har prövats.

Tabell 4.1 Program för att förebygga utagerande problem.

| Programtyp | Universella | Selektiva | Indikerade | Långtidsdata |
|---------------------|-------------------------------------|---|---|---|
| Multi-modala | ATP | | | Seattle Development Project |
| | Baltimore | LIFT SAFEChildren FAST Adolescents and their parents with AIDS | Coping Power SHIP ATP Early Risers Fast Track Montreal Study | Fast Track Montreal Study Adolescents and their parents with AIDS |
| Skola | Second Step | | Peer Coping skills | Good Behavior Game |
| | Rochester SPS Good Behavior Game | | Prime Time | |
| Familjestöd | | Incredible years Triple P New Beginnings PMT Family Bereavement Program | Incredible years Family Check-Up COPE | New Beginnings |

Effekt av universella program

Med universella preventionsprogram avses program som riktas till alla barn inom en viss population utan hänsyn till det enskilda barnets eller familjens speciella behov eller risknivå. Endast fem studier, om fyra olika skolbaserade program, uppfyllde inklusionskriterierna och hade medelhög studiekvalitet. Data från studierna finns sammanställda i Tabell 4.5 i slutet av kapitlet. Programmen beskrivs kortfattat i Bilaga 2 på SBU:s hemsida, www.sbu.se/barnpsykohalsa.

Vi kunde inte identifiera några universella föräldraprogram som uppfyllde våra inklusionskriterier. Inte heller i de översikter som vi studerat beskrivs några sådana program.

Två av studierna rörde *Rochester Social Problem Solving Training Program* [3] från Australien respektive *Second Step* [4] från USA. De två programmen har många likheter. Båda är kognitivt baserade och syftar till att med social färdighetsträning utveckla barnens empatiska förmåga och att kunna hantera impulser och ilska. I båda studierna förmedlades insatserna av ordinarie lärare som en del av skolans undervisning vid cirka 30 tillfällen under ett läsår för elever i tidig skolålder (andra till fjärde årskurs). Vid uppföljningen sex månader respektive ett år efter interventionen sågs inga skillnader på lärar- och föräldraskattningar av beteendeproblem mellan interventions- och kontrollgrupperna.

Ett program som har många likheter med dessa två är *Promoting Alternative Thinking Strategies* (PATHS). Programmet har använts för universella interventioner i flera studier och ingår som delkomponent i Fast Track (se Avsnitt ”Effekt av indikerade program”). Ingen av studierna av PATHS inkluderades, främst pga att de saknade uppföljning.

Programmet *Good Behavior Game* (GBG) ges i klassrummet. Önskvärda beteenden belönas och förstärks med hjälp av ett system för att samla poäng (”token economy”). Det speciella är att elever med beteendeproblem arbetar i lag tillsammans med välfungerande kamrater. GBG har utvärderats i både Europa och USA och två studier ingick i granskningen [5–8].

I den amerikanska studien Baltimore Classroom-Centered and Family School Project deltog drygt 650 barn i första klass [5,6]. Skolorna låg såväl i problembelastade som mer stabila områden. Studien pågick under tre terminer. Två grupper, med och utan föräldrakomponent, fick GBG kombinerat med extra inlärningsstöd. Kontrollgruppen fick ingen extra åtgärd. Ett år efter interventionernas slut var graden av problembeteende, enligt skattning av blindade lärare, signifikant lägre i båda interventionsgrupperna jämfört med kontrollgruppen. Fem år efter interventionen kvarstod resultatet, även om skillnaderna var mindre. Dessutom fanns signifikant färre elever som uppfyllde kriterier för diagnosen "Conduct Disorder" (CD, uppförandestörning) i interventionsgrupperna. Föräldrakomponenten förstärkte inte effekten.

Det var framför allt pojkar som hade aggressivt beteende vid första mättillfället som uppvisade minskning i aggressivt beteende. Däremot verkade GBG inte kunna skydda de barn, som inte var aggressiva vid programmets början, från att utveckla problem.

Samma forskargrupp hade implementerat GBG med snarlik studie-design i en tidigare kohort av barn. Vi hittade ingen publicerad studie om effekterna på upp till några års sikt i denna tidigare kohort, men däremot en uppföljningsstudie som gjordes då deltagarna var 19–21 år [7]. Studien rapporterar kvarstående effekter och redovisas i Avsnittet "Långtidsuppföljningar".

van Lier och medarbetare samt Vuijk och medarbetare använde GBG enbart [8,9]. Drygt 60 elever i första klass från 13 skolor i Amsterdam och Rotterdam ingick. GBG anpassades till holländska förhållanden. van Lier undersökte årligen om programmet kunde påverka utveckling av antisocialt beteende, aggressivitet och depression/ångest. Vid ett års uppföljning visade studien att GBG hade en stor effekt på antisocialitet (Cohen's $d = 1,2$) för de 10 procent av barnen (nästan enbart pojkar) som hade störst problem med antisocialt beteende. Även självskattad aggressivitet minskade (Cohen's $d = 0,68$). För hela interventionsgruppen sågs en generell minskning av mobbning vid ettårsuppföljningen, men den enda skillnaden i mått på psykisk ohälsa var minskade självskattade depressiva/ångestsymtom (Cohen's $d = 0,20$). En uppföljning efter fyra år

visade på könsspecifika samband mellan minskad mobbning och långsiktig minskning av ångest och depression [9].

Adolescent Transition Program (ATP) sätter familjen i fokus. ATP syftar till att minska problembeteenden i tonåren, särskilt användning av droger och uttalat antisocialt beteende. Programmet finns på universell, selektiv och indikerad nivå och innehåller interventioner för både barn och föräldrar. En matchad randomiserad studie med nära 1 000 elever prövade effekten av ATP som universellt skolprogram för 11-åringar [10]. ATP som universell intervention minskade inte problembeteenden i tonåren. Däremot tycktes det universella formatet tjäna som en ram för att identifiera ungdomar med förhöjd symtomnivå och erbjuda dem och deras föräldrar ytterligare stöd via Family Check-Up (se Avsnitt ”Effekt av indikerade program”).

Bedömning av effekter

Fem studier av fem universella preventionsprogram uppfyllde följaktligen våra inklusionskriterier och bedömdes vara av minst medelhög kvalitet.

Underlaget för Good Behavior Game var tillräckligt för att vi skulle kunna dra en slutsats om programmet. Vi bedömde att det har begränsat vetenskapligt stöd som universell prevention (⊕⊕○○). Evidensstyrkan dras ner av att studierna har medelhög kvalitet och bristande precision. Som framgår av Avsnitt ”Effekt av selektiva program” ingår GBG även i Linking the Interest of Families and Teachers (LIFT), ett program på selektiv nivå som enligt en studie har positiv effekt för barn med förhöjd risk.

Det gick inte att dra några generella slutsatser om långvariga effekter av skolbaserade program. Tabell 4.2 sammanfattar studiernas resultat uppdelade på symtomnivå av utagerande beteenden och antisocialt beteende. Studierna var alltför heterogena för att det skulle gå att bedöma en sammanvägd effektstorlek. Det är dock värt att notera att inget av de tre program som inte innehöll GBG visade någon effekt.

Tabell 4.2 Sammanfattande resultattabell för universella preventionsprogram.

| Effektmått | Antal deltagare (antal studier) | Sammanvägd effekt | Bedömning av vetenskapligt underlag | Kommentarer (anledning till poängavdrag) |
|---|---------------------------------|-------------------|-------------------------------------|---|
| Symtomskattning efter 6–12 månader | n=2 256 4 RCT [3,4,6,8] | Kan inte bedömas | Otillräckligt underlag (⊕○○○) | Studiekvalitet (-1), Bristande samstämmighet (-1), Bristande precision (-1) |
| Självskattat antisocialt beteende upp till 5 år | n=1 676 2 RCT [5,10] | Kan inte bedömas | Motstridigt underlag | |

RCT = Randomiserad kontrollerad undersökning

Effekt av selektiva program

Med selektiv menas grupper av barn som befinner sig i omständigheter som enligt den vetenskapliga litteraturen ökar risken för psykisk ohälsa av utagerande typ, utan att nivån av beteendeproblem hos det enskilda barnet har använts som kriterium för att ingå i studiepopulationen.

Nio program har belysts i 25 publikationer av 16 studier med medelhög studiekvalitet. Övriga studier om dessa program uppfyllde inte inklusionskriterierna. Två av programmen (Incredible Years och Triple P), riktar sig till föräldrar, tre är familjestödsprogram (PMT, New Beginnings och Family Bereavement Program), medan fyra utgör flerkomponentprogram (LIFT, FAST, SAFEChildren och Adolescents and Their Parents with AIDS). Samtliga program är utvecklade och utprovade i USA med undantag av Triple P som härrör från Australien.

Data från studierna är sammanställda i Tabell 4.6.

Föräldrastödsprogram

Incredible Years (IY) skapades på 1980-talet av den amerikanska psykologen Carolyn Webster-Stratton. IY baseras på diskussioner i grupp kring förinspelade videosekvenser. Metoden riktades ursprungligen till föräldrar vars barn hade beteendeproblem som var så allvarliga att de behandlades inom klinisk barnpsykiatri [11–17]. Senare har programmet utvecklats vidare för att förebygga utagerande beteende och senare asocialitet. IY har också utvidgats. Det finns tilläggsmoduler som vänder sig till lärare och barn (se Bilaga 2a och 2b programbeskrivningar på SBU:s hemsida www.sbu.se/barnpsykohalsa). Programmet har använts och utvärderats i ett flertal länder i Nordamerika och Västeuropa, inklusive Norge [18].

Sex randomiserade studier ingick i granskningen. De vanligaste orsakerna till att studier om IY exkluderades var att uppföljningstiden var för kort eller att de beskrev effekter av behandling snarare än av prevention. Av de sex studierna avser fem selektiv prevention och en indikerad. Samtliga studier har utförts i områden med hög social belastning. Alla utom en bedrevs i USA.

Webster-Stratton genomförde en ”efficacy”-studie av en kombinerad förskolläro- och föräldrainervention [19]. Studien omfattade totalt 345 barn och 167 kontroller i åldern 3–7 år från sociala riskmiljöer. Barnen ingick i ett så kallat Head Start-program¹, i en icke namngiven stad i USA. Vid uppföljning 12–18 månader efter interventionen hade barnen i IY-gruppen en signifikant lägre nivå av utagerande beteenden vid blindade observationer i hemmet. Föräldraskattningar av barnens utagerande symptom skilde sig däremot inte mellan IY och kontrollgruppen.

I en uppföljande studie i en likartad population av förskolebarn inskrivna i ett Head Start-program fick föräldrarna erbjudande om en så kallad booster-intervention ett år senare [20].

¹ Head Start är ett förskoleprogram avsett att stimulera den intellektuella och sociala utvecklingen hos barn från ekonomiskt och kulturellt missgynnade miljöer. Det initierades i USA under slutet av 1960-talet, som en del av en välfärdssatsning, för att ge barnen mer likvärdiga chanser att klara skola och andra utmaningar. I Storbritannien har en liknande förskoleform införts, Sure Start.

Den bestod av en förkortad version av den initiala interventionen. Ett år efter tilläggsinterventionen sågs inga signifikanta skillnader mellan grupperna, även om det fanns en trend ($p = 0,07$) till mindre beteendeproblem i hemmet enligt föräldrarnas skattning.

I en tredje "efficacy"-studie undersökte Gross och medarbetare värdet av att utöka programmet från 8 till 12 veckor för både föräldrar och lärare. Barnen var två till tre år gamla. Familjerna bodde i Chicagos innerstadsområden och kom huvudsakligen från etniska minoriteter med låga inkomster [21]. Deltagarna randomiserades till enbart föräldra-intervention, enbart lärarintervention, både lärar- och föräldra-intervention eller kontrollgrupp. Ingen av interventionerna visade statistiskt signifikanta effekter i föräldrarnas skattningar av barnens beteende eller i blindade observationer i hemmet vid 12 månaders uppföljning. Lärarskattningarna visade ett svårtolkat mönster med en viss effekt av enbart föräldragrupp men ingen effekt av den kombinerade lärar- och föräldragruppen.

Gross och medarbetare utarbetade också en version av programmet tillsammans med en panel av afroamerikanska och latinamerikanska föräldrar i Chicagos låginkomstområden [22]. Programmet prövades med föräldrar till två till fyra-åriga förskolebarn, med klusterrandomisering på förskolenivå. Vid uppföljning ett år efter avslutad intervention skilde sig barnen i interventionsgruppen inte signifikant från kontrollerna enligt föräldrarnas skattningar. Blindade observatörer noterade dock en signifikant förbättring i interventionsgruppen. Detta kan till viss del tänkas bero på en regressionseffekt från en högre symtomnivå innan interventionen.

I ytterligare en amerikansk studie, med förskolebarn som var syskon till ungdomsbrottslingar, prövades en förlängd variant av programmet [23,24]. Föräldrarna träffades vid 22 tillfällen och även föräldrarnas egna sociala och psykologiska problem uppmärksammades. Vid två års uppföljning noterades en signifikant effekt på aggressivitet vid blindade hemobservationer men inte vid föräldraskattningar. Det bör dock noteras att kontrollgruppen hade en markant lägre nivå av aggressivitet vid observationer i hemmet jämfört med interventionsgruppen innan inter-

ventionen inleddes. En betydande del av den beskrivna förändringen skulle därför kunna förklaras av regressionseffekten.

Triple P (Positive Parenting Program) har utvecklats sedan år 1977 av Sanders och medarbetare i Australien. Programmet vänder sig till föräldrar med barn i åldrarna 0–19 år. Det baseras på flera teorier, främst social inlärning [25], beteendemodifiering och utvecklingspsykologi. Triple P består av moduler för fem olika nivåer, från generella insatser till alltmer riktade. Nivå 1 förmedlar information via media (tv, dvd, tidningar och informationsblad). Två nivåer är avsedda för föräldrar med barn som har milda beteendeproblem. Nivåerna 4 och 5 riktas till föräldrar vars barn har risk att utveckla allvarliga psykiska eller psykosociala problem, dvs en selektiv insats [25].

Det finns ett stort antal studier med olika design som undersöker effekten av Triple P. Vår sökning identifierade 27 randomiserade eller kontrollerade studier. Huvuddelen av dem har utförts av de forskare som utvecklat metoden och samtliga publicerade studier har visat positiv effekt av programmet. Det finns därför skäl att misstänka en publikationsbias.

Endast tre studier uppfyllde våra inklusionskriterier. Den vanligaste orsaken till att vi exkluderade studier om Triple P var att effekten på kontrollgruppen bara mättes direkt efter avslutad intervention. Andra studier exkluderades beroende på att de enbart intresserade sig för vilken effekt programmet hade på föräldrarna.

De inkluderade studierna undersökte effekten av Triple P nivå 4. Två av dem var randomiserade och utfördes i miljöer som inte valts ut pga hög grad av social utsatthet. Den tredje, en kontrollerad studie utan randomisering genomfördes i en population med lägre socioekonomisk status. I två av studierna hade interventions- och kontrollgrupperna olika symptomnivåer enligt förmätningarna. Det skapar regressionsproblem som försvårar tolkning av resultaten.

Bodenmann och medarbetare inkluderade tysktalande par med (minst) ett barn från medelklass i Schweiz. De rekryterades i huvudsak via

annonser och kravet var att de kände äktenskaplig stress [26]. Triple P nivå 4 jämfördes dels med en kortare äktenskapsintervention, dels med en ren kontrollgrupp. Ett år efter interventionen hade barnen i Triple P-gruppen mindre problem med utagerande beteende (Cohen's $d = 0,41$ på Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI, jämfört med den rena kontrollgruppen, dvs en måttlig effekt). Författarna kallade insatsen för universell. Vår bedömning är att insatsen var selektiv i och med att självrekrytering pga upplevd stress innebär en selektion. Barnen i samtliga grupper hade dessutom så höga värden på ECBI att de närmast kan betraktas som en högriskpopulation.

Heinrichs och medarbetare undersökte effekten av Triple P nivå 4 på förskolor i ett område i Tyskland [27]. Urvalet var självselekerat. I studien jämfördes 129 förskolebarn i interventionsgruppen med 90 barn i kontrollgruppen. Efter ett år var barnen i interventionsgruppen signifikant bättre mätt med Child Behaviour Check List (CBCL) (Cohen's $d = 0,32$, dvs en liten effekt). Det finns en obalans mellan interventions- och kontrollgruppen, såtillvida att föräldrarna i interventionsgruppen skattade högre grad av utagerande problem hos barnen vid studiens start än föräldrarna i kontrollgruppen. Författarna uppger att obalansen beaktades i den statistiska analysen.

Zubrick och medarbetare slutligen utvärderade effekterna av Triple P nivå 4 i en kontrollerad studie utan randomisering i Australien [28]. Familjerna bodde i områden med hög andel fattiga och arbetslösa. Triple P erbjöds i ett distrikt medan ett andra distrikt utgjorde kontroll. Cirka 800 familjer rekryterades till vardera gruppen efter annonsering. Två år senare skattade föräldrarna från Triple P-gruppen en signifikant minskning av symtom hos barnen enligt ECBI, jämfört med föräldrarna i kontrollgruppen (Cohen's $d = 0,47$, dvs en måttlig effekt). Även i denna studie angav föräldrar i kontrollgruppen lägre nivå av beteendeproblem när studien startade än föräldrar i interventionsgruppen. Författarna uppger dock att den statistiska analysen har beaktat obalansen mellan grupperna.

Familjestödsprogram

Fyra studier har undersökt om program riktade till hela familjen kan minska symtom på psykisk ohälsa hos barn i familjer med inre påfrestningar. Tre studier avsåg barn till föräldrar som skilt sig. DeGarmo och medarbetare använde *Parent Management Training* (PMT) i en randomiserad studie med nyligen frånskilda mödrar som hade en son i årskurserna 1–3 [29]. Vid uppföljande mätningar hade sönerna till de mödrar som gått igenom PMT signifikant lägre nivåer av utagerande och aggressivt beteende än kontrollmödrarnas söner [29]. Effekten var liten men stabil över tid (SMD $-0,23$ (95% KI $-0,51$ till $0,05$) vid uppföljning efter 30 månader).

I en annan studie av PMT var det primära syftet att stärka styvfäders föräldraförmåga [30]. Författarna undersökte samtidigt om förbättrad föräldraförmåga påverkade barnen. De fann ett samband mellan initiala positiva förändringar hos styvfäder och lägre nivåer av depression och problembeteenden hos barnen vid uppföljning efter tre år.

Även Wolchik och medarbetare intresserade sig för barn till frånskilda mödrar. De utvärderade programmet *New Beginnings* [31,32]. Mödrarna, med ett barn i 9–12 årsåldern, randomiserades till tre grupper: intervention med enbart modern, intervention med både mor och barn och kontroll med självstudier. För de 40 procent av barnen som hade genomsnittliga eller förhöjda ingångsvärden på CBCL:s externaliserade delskala sågs en signifikant, måttlig effekt (Cohen's $d = 0,38$), vid uppföljningen efter sex månader. Barnen följdes även upp sex år senare, vilket redovisas i Avsnitt "Långtidsuppföljningar".

Sandler och medarbetare undersökte om det gick att förebygga psykisk ohälsa hos barn som mist sin ena förälder under de senaste 30 månaderna [33]. Deras *Family Bereavement Program* hade många likheter med *New Beginnings*. Vid uppföljning efter elva månader noterade författarna att flickor, som hade haft förhöjda symtomnivåer innan studien började, hade haft nytta av programmet. De hade signifikant lägre nivå av såväl externaliserade som internaliserade symtom (Cohen's $d = 0,28$ för självskattning och $0,30$ för föräldraskattning). Pojkarna förbättrades inte.

Multimodala program

Fyra av de inkluderade programmen var multimodala. Tre av dem hade selekterat barnen pga att de bodde i socialt utsatta områden. Den fjärde studien avsåg barn som hade en förälder med AIDS. Även dessa barn kom från familjer med dåliga socioekonomiska förhållanden.

Linking the Interest of Families and Teachers (LIFT) bestod av ett 10-veckors skolprogram med Good Behavior Game som en av komponenterna, samt en parallell föräldrautbildning (se även Avsnitt "Effekt av universella program"). LIFT har utvärderats för två kohorter, i första och femte klass men endast interventionen i årskurs fem är tillräckligt redovisad för att kunna bedömas [34]. Skattningar av lärare och oberoende observatörer direkt efter interventionens slut visade signifikanta förbättringar för barn med hög initial risk [35,36]. Däremot var effekten låg eller obefintlig för barn som hade lägre risk. Efter tre år hade barnen i kontrollskolorna högre nivåer av antisociala beteenden. De hade omkring 50 procent ökad risk för att använda alkohol regelbundet och för att ha blivit gripna av polis samt fördubblad risk att umgås med antisociala kamrater, jämfört med interventionsgruppen [37].

Families and Schools Together (FAST) bygger på förankring i när-samhället och föräldrars "empowerment". FAST har inte prövats vetenskapligt i den utsträckning som programmets hemsida ger intryck av (<http://familiesandschools.org>). Visserligen har ett stort antal studier gjorts, men utan kontrollgrupp och uppföljning. Endast en studie, utförd bland nordamerikanska indianer, motsvarade våra inklusionskriterier [38]. Studien omfattade totalt 100 barn och deras föräldrar och interventionen pågick i åtta veckor. Vid ett års uppföljning sågs inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupperna på utfallsmått för psykisk ohälsa även om det fanns positiva tendenser.

Tolan och medarbetare undersökte effekten av *SAFEChildren* i socialt utsatta områden i Chicago [39]. Cirka 400 barn i första klass och deras föräldrar deltog. Interventionen pågick en termin och bestod av föräldrautbildning i grupp samt stödundervisning inom ramen för Fast Track (se Avsnitt "Effekt av indikerade program") till barnen. Vid sex månaders

uppföljning sågs inga signifikanta effekter på gruppen som helhet. Däremot hade programmet en liten men gynnsam effekt på problem-beteenden (och social förmåga) hos de 25 procent av barnen som hade högst risk. Tre år senare randomiserades 50 procent av interventionsgruppen till en andra programomgång. Vid uppföljningen ytterligare ett år senare visade sig en liten effekt, med lägre impulsivitet (Cohen's $d = 0,29$) och en tendens till lägre aggressivitet ($p < 0,10$; Cohen's $d = 0,19$) hos dem som fått "booster" i årskurs 4 jämfört med dem som enbart fått del av intervention i årskurs 1 [40]. För de barn som i årskurs 1 hade högst risk hade "boostern" en ytterligare förstärkt effekt (Cohen's $d = 0,29$).

Som framgår av namnet riktade sig *Adolescents and Their Parents with AIDS* till en mycket specifik högriskgrupp. Rotheram-Borus och medarbetare prövade ett program för att stärka förmågan till "coping" hos AIDS-sjuka föräldrar i New York och deras tonåriga barn [41–43]. Familjerna levde i uttalad ekonomisk och social utsatthet. Programmet genomfördes under åren 1993–1995 då personer med AIDS hade en betydligt sämre prognos än idag. Effekten på primärmåttet Brief Symptom Inventory var liten (SMD $-0,20$ (95% KI $0,03$ till $-0,43$)) efter 15 månader, och därefter avklingande. Men samtidigt visade de fortsatta mätningarna i upp till sex år att ungdomarna i interventionsgruppen klarade av vardagen bättre än kontrollerna (se också Avsnitt "Långtidsuppföljningar").

Bedömning av effekter

Femton studier om sammanlagt nio manualbaserade program utgjorde det vetenskapliga underlaget. Endast två av programmen har flera effektstudier av minst medelhög kvalitet; Incredible Years med fem studier och Triple P med tre studier.

Incredible Years har endast prövats i socioekonomiskt mycket utsatta miljöer. I dessa situationer tycks inte Incredible Years ha några varaktiga effekter när föräldrarna skattar hur utagerande barnen är. Däremot förefaller det som om barnen förbättras när oberoende observatörer skattar dem. I en metaanalys (se Figur 4.4) av de studier som har använt blinda observatörer är effekten signifikant men liten, SMD $-0,22$ (95%

$\kappa 1 -0,42$ till $-0,02$). I resultatet ingår inte studien av Brotman och medarbetare [23,24]. Anledningen är att kontroll- och interventionsgrupperna i denna studie är extremt obalanserade när det gäller nivåerna av beteendeavvikelse innan intervention. Det leder till att effekten som uppges i studien är unikt hög och avviker kraftigt från övriga studiers. Vi har kontaktat författarna för att få bekräftat om resultaten är korrekta utan att ha fått svar.

Vår sammanlagda bedömning är att det finns ett begränsat stöd för att Incredible Years förbättrar utagerande beteenden hos barn i förskoleåldern i minst åtta månader, mätt med blindade observatörer (⊕⊕○○).

Triple P är som program mycket likt Incredible Years men visar bättre effekt i studierna. Vid bedömning av evidensstyrkan har vi endast tagit hänsyn till de två randomiserade studierna. Den kontrollerade studien av Zubrick och medarbetare ändrar inte evidensstyrkan [28]. Dessa två randomiserade studier avsåg barn med enstaka riskfaktorer, dvs med lätt till måttligt förhöjd risk för psykisk ohälsa. En sammanvägning av dem tyder på ett begränsat vetenskapligt stöd för att Triple P kan förebygga utagerande symtom mätt med ECBI på 12 månaders sikt vid måttlig social belastning. Evidensen dras ner till begränsat vetenskapligt stöd av att studierna har medelhög kvalitet och att vi bedömer risken för publikationsbias som hög (⊕⊕○○).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma övriga program var för sig (⊕○○○).

Vi utförde metaanalyser på gruppnivå. Programmen delades upp som föräldrastöd, familjestöd och multimodala program. Utfallsmåtten var, som framgår av Tabell 4.3, symtomskattning vid olika tidpunkter.

Metaanalysen på föräldrastöd illustrerade skillnaderna i effekt mellan Triple P och Incredible Years i studierna, dvs en större effektstorlek för Triple P.

Sammantaget har familjeprogrammen PMT, New Beginnings och Family Bereavement Program en liten effekt på utagerande beteende mätt med symtomskala, SMD $-0,18$ (95% KI $-0,36$ till $0,00$) (se Figur 4.5) vid mätning efter 12 månader. Samtliga studier har genomförts med familjer som valts ut pga inre påfrestningar och inte för att de lever under svåra socioekonomiska förhållanden. Det finns därmed ett vetenskapligt stöd för att familjestödsprogram minskar utagerande beteende hos barn i familjer med interna påfrestningar men utan hög social eller ekonomisk utsatthet ($\oplus\oplus\circ\circ$). Evidensen dras ner av att studierna har medelhög kvalitet och bristande precision.

De multimodala programmen har genomförts i populationer med varierande risk för psykisk ohälsa. Gemensamt för dem är att barnen har levt i områden med större social utsatthet. Sannolikt sätter den sociala kontexten som barnen och familjerna befinner sig i gränser för möjligheterna att uppnå varaktiga effekter med den här typen av preventionsprogram. Det går därför inte att bedöma om multimodala program har någon effekt på utagerande symptom. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt ($\oplus\circ\circ\circ$).

Fyra studier noterade att interventionen hade effekt främst på barn som hade förhöjd risk när studien startade [32–34,39]. Det är svårt att dra några slutsatser från detta fynd i och med att studierna definierat risk på olika sätt. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt ($\oplus\circ\circ\circ$).

Tabell 4.3 Sammanvägd effekt och vetenskapligt stöd för selektiva preventionsprogram.

| Effektmått | Antal deltagare (antal studier) | Sammanvägd effekt | Bedömning av vetenskapligt underlag | Kommentarer (anledning till poängavdrag) |
|---|------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---|
| Symtomskattning efter 6–8 månader, föräldrastöd | n=647 5 RCT [21,23,26,32,44] | Går inte att bedöma | $\oplus\circ\circ\circ$ | Studiekvalitet (–1), Bristande precision (–1), Bristande samstämmighet (–1) |

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.3 fortsättning

| Effektmått | Antal deltagare (antal studier) | Samman- vägd effekt | Bedömning av veten- skapligt underlag | Kommentarer (anledning till poängavdrag) |
|---|---|---|--|---|
| Symtom- skattning efter 12–16 månader, föräldrastöd | n=1 310 9 RCT [19–22,24,26, 27,44] | SMD = –0,14 (–0,25; –0,02) | ⊕⊕○○ | Studiekvalitet (–1), Bristande precision (–1) |
| Symtom- skattning efter 6–12 månader, familjestöd | n=495 3 RCT [32,33,44] | SMD = –0,18 (–0,36; 0,00) | ⊕⊕○○ | Studiekvalitet (–1), Bristande precision (–1) |
| Symtom- skattning efter 6–15 månader, multimodala program | n=1 698 4 RCT [35,38,39,43] | Går inte att bedöma pga motstridiga resultat | ⊕○○○ | Studiekvalitet (–1), Bristande sam- stämmighet (–1), Bristande precision (–1) |

RCT = Randomiserad kontrollerad undersökning

Effekt av indikerade program

En stor del av de program som vi har granskat faller inom kategorin indikerad prevention. Insatsen är indikerad när den riktar sig till barn som redan visar symptom och därför bedöms vara i riskzonen för att utveckla bestående eller allvarliga beteendeproblem

Vi har granskat 31 artiklar som avser 15 studier om 11 strukturerade program som används på indikerad nivå. Samtliga studier har medelhög studiekvalitet. De 11 programmen har även utvärderats i 25 studier med låg studiekvalitet (se referenslista över studier med låg studiekvalitet).

Programmen har mycket gemensamt med övriga program som ingår i granskningen. De flesta är multimodala, och involverar både barn, föräldrar och/eller lärare, och endast två är rena skolprogram. Den teoretiska basen är likartad, med inlärningspsykologi, social inlärningssteori, kognitiv teori och systemteori som hörnstenar. Ett program, Family

Check-Up, skiljer sig dock från övriga genom att det utgörs av en kort strukturerad probleminventering med familjesystemet i fokus.

I övrigt är programmen på indikerad nivå något längre än de universella och selektiva insatserna. Samtliga studier är utförda i Nordamerika förutom studien med *Incredible Years* som genomfördes i Storbritannien.

Program med fokus på familjestöd

Två av programmen har speciellt intresse, *Incredible Years* och COPE, eftersom de används mycket i Sverige. En studie med *Incredible Years* inkluderades (se även Avsnitt ”Effekt av selektiva program”). Stewart-Brown och medarbetare utvärderade programmet i primärvården i Storbritannien [45,46]. Programmet pågick under tio veckor. Barnen var i åldrarna två till åtta år och föräldrarna skattade att barnen hade måttliga till höga nivåer av beteendeproblem. Vid sex månaders uppföljning skattade föräldrarna i interventionsgruppen en signifikant lägre nivå beteendeproblem. Effekten kvarstod inte vid uppföljning efter tolv månader.

The Community Parent Education Program (COPE) skapades av den kanadensiske psykologen Charles Cunningham i början av 1990-talet för att i grupp stödja föräldrar som har barn i åldern 3–12 år med uttalade beteendeproblem. Varje grupp omfattar 25–30 föräldrar, ett format som brukar framhållas som en effektivitetsfördel.

Vi identifierade en enda studie som uppfyllde våra inklusionskriterier. Cunningham och medarbetare jämförde effekten av COPE dels med en traditionell klinisk behandling, dels med en kontrollgrupp utan insatser [47]. Studien omfattade 150 förskolebarn med en hög nivå av utagerande beteendeproblem. I ett av två instrument där föräldrar skattade utagerande beteenden hos barnen konstaterades en signifikant bättre effekt av COPE jämfört med såväl klinisk behandling som kontrollgrupp. Med det andra instrumentet sågs ingen skillnad.

Ett tredje föräldrastödsprogram är *Family Check-Up* (FCU). Till skillnad från de övriga programmen som granskas i rapporten baseras FCU på individualiserade åtgärder för såväl barn som föräldrar. Insatserna består vanligen av ett hembesök med observation, ett samtal med föräldrarna

för att inventera problem samt ett möte för återföring med eventuella åtgärdsförslag. FCU används ofta som en inkörsport till ytterligare insatser, anpassade efter familjens specifika behov. Arbetssättet förutsätter alltså att utföraren har professionell kompetens i familjearbete och att familjen kan erbjudas ytterligare stöd och behandling. Det innebär följaktligen att de effekter som studierna presenterar är resultatet av de sammantagna insatser som gjorts.

Tre studier av FCU med totalt 916 barn ingick i vår granskning [10,48,49]. Två randomiserade studier med drygt 800 barn riktade sig till familjer med barn i tidig förskoleålder [48,49] och visade måttliga effekter (Cohen's $d = 0,41$ respektive Cohen's $d = 0,46$) för barn med förhöjd risk. Effekten föreföll att vara hållbar över flera års tid. Den tredje studien omfattade 115 mellanstadiebarn som identifierats inom ramen för en universell implementering av Adolescent Transition Program [10]. Barnen som deltog i Family Check-Up hade lägre nivåer av utagerande tonårsproblem jämfört med dem som hade motsvarande initiala problemnivåer men inte fick ta del av interventionen. Även dessa effekter kvarstod vid uppföljningar.

Adolescent Transition Program (ATP) som universell intervention har redan beskrivits i Avsnitt "Effekt av universella program". En randomiserad studie av Dishion och medarbetare undersökte effekten av barn- och föräldrakomponenterna i ett indikerat program [50]. Det vände sig till 11–14 åringar med förhöjd risk. Resultaten följdes upp ett år efter intervention. I studien ingick 158 barn, randomiserade till fem grupper, vilket gav låg statistisk styrka. Effektstorlekarna var små (Hedge's g mellan 0,10 och 0,20) och svårtydda men talar för att föräldrakomponenten var viktig (se även Avsnitt "Risker vid användning av program").

Program med fokus på skolan

Granskningen omfattade också några skolbaserade program, som gett varierande effekter i studierna. Inget av dem används i Sverige. Två av programmen, Coping Power och Peer Coping Skills hade positiv effekt. *Coping Power* har utvärderats i två studier av Lochman och medarbetare och visade måttliga effekter i båda vid uppföljningar efter ett år (Cohen's $d = 0,35$ respektive 0,34 vid lärarskattningar) [51,52]. Deltagarna hade

identifierats av lärarna som dem som hade störst problem med utagerande, aggressivt beteende. I den första studien, som omfattade både pojkar och flickor pågick programmet under tre terminer [51]. Interventionen bestod dels av Coping Power, dels av en universell del, bestående av föräldraträffar och att lärarna utbildades i bemötande och förhållningssätt.

I den andra studien jämfördes en grupp pojkar som enbart fick barnkomponenten med en grupp som dessutom fick en föräldrakomponent samt med en kontrollgrupp som inte fick någon åtgärd [52]. Programmet pågick under två år. Barnen till föräldrar som deltog i föräldraträffarna hade dessutom lägre kriminalitet och drogmisbruk än kontrollgruppen medan uppförandet i skolan inte förändrades.

Även *Peer Coping Skills Program* (PCS) visade måttlig effekt (Cohen's $d = 0,6$) vid uppföljning efter sex månader. Barn i årskurserna ett till tre screenades av lärarna [53]. De med de största problemen (>65 i CBCL TRF (Child Behavior Checklist Teacher Report Form)), erbjöds att delta. Programmet pågick under ett läsår. Både interventionsskolor och kontrollskolor fick även ta del av en enkel generell insats. Barn som visat aggressivt beteende parades ihop med barn utan uppenbara sådana problem vid gruppövningarna. PCS ledde till minskad aggressivitet direkt efter avslutad intervention enligt lärarna. Skillnaden kvarstod vid uppföljning efter sex månader.

Two andra program, *Schools and Homes In Partnership* (SHIP) och *Prime Time*, är utvärderade i en studie vardera. Dessa studier kunde inte påvisa någon långvarig effekt på barnen. SHIP utvärderades på en likartad population som de tidigare studierna [54,55]. Föräldrastödet byggde på Incredible Years. Barnkomponenten syftade till att lära barnen önskvärt beteende i klassrummet och i samvaro med klasskamrater utanför klassrummet. Barnens utagerande beteende skattades av såväl föräldrar som lärare, vilket var en styrka i studien. Men, varken lärare eller föräldrar såg någon effekt på barnen vare sig vid slutet av interventionen, eller vid uppföljningarna, ett respektive två år senare.

Prime Time binder samman anknytningsteori och social inlärning. Programmet är ett av få i vår granskning som använde sig av mentorer. Mentorskapet hade vissa paralleller med insatsen kvalificerad kontaktperson som återfinns inom svensk socialtjänst. I en studie av Cavell och medarbetare fick även barnen i kontrollgruppen mentorer men de hade kortare utbildning och fick ingen handledning av programutvecklarna [56]. Studien visade inga signifikanta effekter av interventionen jämfört med kontrollen. Möjligen ledde interventionen till att barnen fick mer positiva attityder till aggressivt beteende, vilket var en oväntad negativ effekt (se Avsnitt ”Risker vid användning av program”).

Sedan granskningen avslutades har en studie av programmet Skol-KOMET godkänts för publicering. Studien uppfyllde våra inklusionskriterier och håller en medelhög kvalitet. Eftersom den inte inkom i tid ingår den inte i det vetenskapliga underlaget. Studien beskrivs närmare i Kapitel 7.

Multimodala program

Ytterligare en grupp studier handlar om mycket ambitiösa insatser som implementerades i socialt utsatta familjer eller områden. Förutom själva programmen kunde stödet bestå av t ex fria måltider och läxhjälp. Programmen pågick under flera år.

Tremblay och medarbetare undersökte effekten av det tvååriga kanadensiska *Montreal Prevention Experiment* [57–60]. Det riktade sig till pojkar som enligt förskollärarna visade tecken på störande och aggressivt beteende samt till deras föräldrar. Programmet startade då pojkarna var sju år och de följdes upp årligen från 10 till 15 års ålder. Enligt självskattningarna hade färre pojkar i interventionsgruppen antisociala beteendeproblem, och detta resultat kvarstod fortfarande vid 15 års ålder. Mödrarna i interventionsgruppen rapporterade initialt en ökning av problem hos barnen, vilket tolkades som att programmet gjort dem mer uppmärksamma. Lärarnas beteendeskattningar visade inte på några säkerställda skillnader, men färre i interventionsgruppen jämfört med kontrollerna hade problem med skolgång och kamratrelationer vid två och tre års uppföljning (11–12 års ålder). Resultaten rapporterades utan uppgift om effektstorlekar. De effekter som sågs minskade över tid (se Avsnitt ”Långtidsuppföljningar”).

Conduct Problems Prevention Research Project Group (CPPRG) utvärderade effekterna av Fast Track jämfört med ingen intervention. Programmet liknar det som användes i Montreal Longitudinal Study men innehöll även en universell del och pågick under hela skoltiden, årskurs 1–10. Syftet med Fast Track var att modifiera individuella riskfaktorer. Effekterna av programmet mättes kontinuerligt och redovisades i sju delrapporter [61–67]. Den sista mätningen gjordes när ungdomarna slutade skolan (se Avsnitt ”Långtidsuppföljningar”).

Studien genomfördes i ungefär 50 skolor jämnt fördelade mellan fyra regioner i USA och cirka 8 500 barn deltog. Efter screening bedömdes 10 procent utgöra en högriskpopulation, som fick ta del av den indikerade delen av programmet.

Den universella komponenten var en modifierad version av PATHS. Effekten utvärderades bara en gång, efter årskurs 1, och exkluderas därmed [61,68]. I den indikerade delen ingick föräldraträffar och hembesök.

Efter tre år sågs små men signifikanta förbättringar i skolanpassning i den indikerade interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Både lärare och föräldrar rapporterade även små signifikanta förbättringar i utagerande beteende. Andelen som inte hade några kliniska problem var något högre i Fast Track-gruppen, 37 procent jämfört med 27 procent. Däremot fanns ingen skillnad i andelen barn som fått en psykiatrisk diagnos,

Early Risers utvecklades i Minnesota i slutet av 1990-talet med syfte att via tidiga insatser (skolstart) förebygga antisocialt beteende och drogmissbruk i tonåren. Programmet hade komponenter som var riktade till barn respektive föräldrar i såväl strukturerade som mer individuellt anpassade former och pågick under två år [69–72].

Två studier av *Early Risers* ingick i granskningen. Studierna har testat i vilken utsträckning programmet kan överföras till olika miljöer och med olika grad av engagemang från programutvecklarna. I samtliga användes en inaktiv kontroll.

August och medarbetare implementerade programmet i skolor i en "efficacy"-studie [69,71,72]. Programmet påverkade inte graden av utagerande symtom för gruppen som helhet. Däremot sågs en effekt när interventionen avslutades efter två år för den tredjedel av barnen som vid programstart hade de största problemen (Cohen's $d = 0,70$, med kontroll för skillnader vid studiens början, dvs en stor effekt). Ett år senare hade effekterna på de olika måtten minskat. Efter ytterligare två år var andelen barn som hade symtom på Oppositional Defiant Disorder (trotsyndrom, ODD) signifikant lägre i interventionsgruppen (Cohen's $d = 0,47$ för föräldraskattningar och $0,34$ för lärarskattningar, dvs en måttlig effekt) [72]. Andelen barn som hade symtom på Conduct Disorder (uppförandestörning, CD) eller som hade fått diagnosen CD eller ODD var jämförbar i de båda grupperna. Dessa resultat hade inte justerats för skillnader vid studiens början.

I den andra studien implementerades programmet i så kallade Neighbourhood Family Centers [73,74]. På samma sätt som för den föregående studien sågs inga effekter på gruppen som helhet när programmet avslutades. För de barn som hade störst problem skattade lärarna att programmet hade en liten men signifikant effekt på utagerande symtom. Ett år senare hade effekten förlorats.

Bedömning av effekter

Trettioen artiklar som redovisade 15 studier av sammanlagt 11 manualbaserade program på indikerad nivå utgjorde det vetenskapliga underlaget.

Få program har tillräckligt vetenskapligt underlag för att deras effekt ska kunna bedömas. Det finns två undantag. De två studierna med Coping Power visar att programmet har en liten till måttlig effekt på utagerande beteenden hos barnen mätt med symtomskattning vid 12 månaders uppföljning. Evidensstyrkan dras ner av att studierna har medelhög kvalitet och att sammanvägningen ger bristande precision. Vi bedömde därmed att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för Coping Power som indikerad insats (⊕⊕○○).

Programmet Family Check-Up (FCU) har visat en liten men signifikant minskning av symtomen på utagerande beteende i tre randomiserade studier med totalt nära tusen barn. Även här dras evidensstyrkan ned av att studierna har medelhög kvalitet och att sammanvägningen har en bristande precision. Det finns därmed ett begränsat vetenskapligt stöd för att FCU är ett effektivt program för att förebygga utagerande problem på minst 12 månaders sikt (⊕⊕○○). Observera att Family Check-Up ofta leder till ytterligare och skraddarsydda insatser. Vid uppföljning är det därför den samlade effekten av Family Check-Up och eventuella tilläggsinsatser som avläses.

Övriga program har antingen visat motstridiga resultat i två eller flera studier eller endast utvärderats i en studie av hög eller medelhög kvalitet, vilket ger otillräckligt underlag för att dra slutsatser om programmen var för sig. Därför, och med stöd i att de olika programmen innehåller likartade komponenter, har vi prövat om det finns underlag för att dra några sammanfattande slutsatser, tvärs över programmen. Vi har kunnat göra metaanalyser med avseende på symtomskattning vid några olika tidpunkter. Resultaten sammanfattas nedan i Tabell 4.4.

Tabell 4.4 Sammanvägd effekt och vetenskapligt stöd för indikerade preventionsprogram.

| Effektmått | Antal deltagare (antal studier) | Sammanvägd effekt | Bedömning av vetenskapligt underlag | Kommentarer (anledning till poängavdrag) |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Symtomskattning efter 6 månader | 312 barn 2 RCT [45,53] | SMD = -0,51 (-0,82 till -0,20) | Begränsat ⊕⊕○○ | Studiekvalitet (-1), Bristande precision (-1) |
| Symtomskattning efter 12 månader, skolprogram | n=429 4 RCT [51,52,54,56] | Går inte att bedöma | Motstridigt underlag | Studiekvalitet (-1), Bristande precision (-1), Bristande överensstämmelse (-1) |

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.4 fortsättning

| Effektmått | Antal deltagare (antal studier) | Sammanvägd effekt | Bedömning av vetenskapligt underlag | Kommentarer (anledning till poängavdrag) |
|---|-----------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---|
| Symtomskattning efter 12 månader, multimodala program | n=1 218 4 RCT [57,65,69,71] | Går inte att bedöma | Otillräckligt ⊕○○○ | Studiekvalitet (-1), Bristande precision (-1), Överförbarhet (-1) |

RCT = Randomiserad kontrollerad undersökning; SMD = Standardavvikelse

Som framgår av Tabell 4.4 går det att dra få slutsatser om hur indikerade program påverkar framtida beteendestörningar. De två studier där föräldrarna skattat barnens symtom efter sex månader tyder på att det skulle kunna finnas en mera kortvarig effekt. De studier som följt barnen under längre tid blir mer motsägelsefulla men kan tolkas som att en eventuell effekt minskar med tiden.

Några studier rapporterar att interventionen har tydligare effekt på de barn som enligt mätning vid studiens början löper störst risk för psykisk ohälsa [49,65,69,73]. Risknivån har dock definierats på så varierande sätt att det inte varit möjligt att göra en metaanalys av högriskgrupper.

Programmen kan ha gynnsam effekt på antisocialitet (⊕⊕○○). I ett-årsuppföljningar visade två av tre RCT en relativ minskning av självrapporterat antisocialt beteende (Cohen's d = 0,25 respektive 0,27; n=570) [51,52]; i den tredje, med knappt 200 barn, minskade andelen barn som självrapporterade antisociala beteenden men effektstorleken uppgavs inte [57].

Det vetenskapliga underlaget är slutligen otillräckligt för att bedöma om programmen minskar risken för att utveckla diagnoser som uppförandestörning och trotssyndrom. Endast två studier har redovisat detta utfallsmått och ingen av dem visade någon effekt av interventionen mätt över hela studiepopulationen.

Långtidsuppföljningar

Några av de program som vi har beskrivit tidigare har en tydlig longitudinell ansats och följer upp barnen efter sex år eller ännu längre tid. Det är Montreal Prevention Experiment, Fast Track, och Adolescents and Their Parents with AIDS. I detta avsnitt sammanfattar vi långtidsdata från dem, samt från en tidig implementering av Good Behavior Game i Baltimore [7] och familjestödsprogrammet New Beginnings. Dessutom redovisar vi några resultat från ytterligare en studie, Seattle Development Project, som inte beskrivits tidigare och vars förtjänst ligger i just den långa uppföljningen.

Seattle Development Project startade i Seattle, Washington år 1981 med syfte att via tidiga insatser förebygga antisocialt beteende i tonåren [75–77]. Ursprungligen var studien upplagd som en randomiserad studie, men via tilläggskohorter fick den en kvasiexperimentell karaktär. Interventionsgrupperna och kontrollerna följdes kontinuerligt upp till 15 år efter programslut. Under årskurserna 1–4 fick barnen ta del av pedagogiska strategier för att befrämja klassrumsklimat, inlärning och social färdighetsträning. Föräldrarna erbjöds att delta i workshops som bl a syftade till att förbättra deras kommunikation med sina barn. Under årskurs 5–6 förstärktes programmet med färdighetsträning till barn och föräldrar för att förbättra barnens förmåga att avstå från umgänge med antisociala kamrater. I studien ingick två interventionsgrupper – dels de som deltog vid något tillfälle under årskurs 1–6 (fullständig intervention), dels de som endast deltog vid något tillfälle under årskurs 5–6 (sen intervention).

Efter interventionens slut har Seattle-projektet följts upp med datainsamlingar om sociala faktorer och psykisk hälsa hos deltagarna vid 18, 21, 24 och 27 års ålder. Trots att programmet syftat till att förebygga antisocialt beteende, är de validerade utfallsmått som rapporterar effekter i stor utsträckning av internaliserad karaktär. Sammantaget visar resultaten från långtidsuppföljningarna att det fanns en mindre andel psykiatriska symtom i interventionsgrupperna, men mönstren var instabila beträffande typ av psykiska problem. Vid den sista uppföljningen, då deltagarna var 27 år, rapporterades signifikant färre psykiatriska diagnoser i den fullständiga interventionsgruppen jämfört med kontrollerna (RR 0,58 [77]).

I likhet med Seattle-projektet hade Montreal Prevention Experiment, som inkluderade enbart pojkar, en tydlig longitudinell ansats (se Avsnitt ”Effekt av indikerade program”). Vid uppföljningar efter fyra och sex år, då barnen var 13–15 år, kvarstod inga effekter på utagerande beteende enligt föräldra- och lärarskattningar. Däremot hade pojkarna i interventionsgruppen i större utsträckning klarat vanlig skolgång och de rapporterade själva lägre nivåer av antisociala problembeteenden. Det fanns dock inga skillnader i registrerad brottslighet. Effekterna var små, och långt ifrån entydiga [58].

Även Fast Track, som beskrivits tidigare under Avsnitt ”Effekt av indikerade program” hade ett longitudinellt upplägg och pågick under hela skoltiden, årskurs 1–10. I en analys av utfallet mellan årskurs 3 och 9 sågs inga skillnader mellan grupperna med avseende på andel med psykiatrisk diagnos, men däremot på andelen som enligt självskattningar uppvisade antisocialt beteende. För den extrema högriskgruppen (>96 percentilen i aggressivitet enligt Teacher Observation of Classroom Adaptation, TOCA) tycktes interventionen minska andelen psykiatriska diagnoser under hela utvecklingsförloppet. Vid projektets slut hade 26 procent av interventionsgruppens högriskungdomar en psykiatrisk diagnos, att jämföra med 46 procent i kontrollgruppen.

Det selektiva programmet Adolescents and Their Parents with AIDS [41] (se Avsnitt ”Effekt av selektiva program”) följdes upp 4 och 6 år efter intervention. Inga effekter sågs då på symtomskattningar (Brief Symptoms Inventory), men ungdomar i interventionsgruppen hade signifikant bättre odds att vara i meningsfull sysselsättning, klara sin försörjning och inte ännu själva ha blivit föräldrar. De uttryckte också högre förväntningar på livet, som att få ett bra arbete och att gifta sig.

Good Behavior Game som universellt skolprogram prövades i en RCT i 19 skolor i Baltimore i årskurserna 1–2, med början läsåret 1985–1986 [7]. Skolorna fanns i låginkomstområden och majoriteten av eleverna var afroamerikaner. Totalt 922 elever ingick i studien; av dessa deltog 689 (75 procent) i en 90 minuter lång strukturerad telefonintervju vid 19–21 års ålder. De unga män som på lågstadiet hade deltagit i GBG hade signifikant lägre nivåer av missbruk och antisocial personlighets-

störning, och effekten var starkast bland dem som enligt lärarskattningar visade höga nivåer av aggressivt och utagerande beteende i årskurs 1–2.

New Beginnings Program var en selektiv intervention riktad till nyligen frånskilda mödrar med barn i mellanstadieålder (se Avsnitt ”Effekt av selektiva program”). När barnen följdes upp efter sex år hade interventionsgrupperna färre utagerande symtom än kontrollerna. Effekten var mycket stor (SMD $-1,51$ (95% KI $-1,88$ till $-1,13$)) när både mor och barn deltagit. Denna grupp hade också signifikant färre psykiatriska diagnoser [31].

Diskussion av resultat från långtidsuppföljningar

Ett stort antal program har den uttryckliga ambitionen att i ett tidigt skede – ofta vid skolstart – förebygga utagerande och antisocialt beteende under tonåren. Med tanke på detta är det anmärkningsvärt få program som har följt barnen under längre tidsperioder. De sex program som har redovisats i detta avsnitt representerar i detta avseende lovvärda undantag.

Samtliga program med längre uppföljningstid rapporterar positiva effekter på sikt. Det betyder inte att de samlade resultaten ger en särskilt entydig eller sammanhållen bild. Utfallen för Seattle Social Development Project uppvisar ett tämligen instabilt mönster där effekter vid enskilda mätpunkter sällan eller aldrig kvarstår över tid. Studien ger heller ingen tydlig bild av vad som sker med utagerande symtom, trots programmets uttryckliga ambitioner att förebygga just sådan problematik.

Montreal Prevention Experiment påvisar visserligen långtidseffekter på skolgång och för självrapporterat utagerande beteende, men inte för lärar- och föräldraskattningar eller registrerad kriminalitet. Ungdomarna som deltagit i Adolescents and Their Parents with AIDS uppvisar inte lägre psykiska ohälsotal, men de tycks ha klarat av sin svåra livssituation bättre än kontrollgruppen som fick ”standard care”, att döma av utfallet i flera sociala variabler. De uttrycker också mer positiva förväntningar på livet.

Fast Track uppvisar gynnsamma effekter på självrapporterat antisocialt beteende och på psykiatrisk problematik, det senare visserligen bara bland dem med höga initiala symtomnivåer. Samtidigt är det viktigt att påpeka att Fast Track är ett program som pågår under en lång tid och att barnen även vid senare mättillfällen alltså får insatser.

I jämförelse med Fast Track pågår skolprogrammet Good Behavior Game under förhållandevis kort tid, två år. Ändå rapporteras det mycket långsiktigt kunna minska förekomsten av missbruksproblem och antisocial personlighetsstörning hos pojkar i socioekonomiskt utsatta områden.

Ett udda bidrag till den samlade bilden ger New Beginnings, som riktade sig till en grupp barn med endast måttligt förhöjd risk. Trots den jämförelsevis korta interventionen hade interventionsgruppen påtagligt lägre nivå av psykiatrisk problematik vid 6-årsuppföljningen.

Det som framskymtar i långtidsuppföljningarna och som även syns vid kortare uppföljningstider (se Tabell 4.3 och 4.4), är att insatsernas eventuella effekt samspelar med andra faktorer. Det finns inga linjära samband mellan intervention och långsiktigt utfall, och ett utfallsmått som är relevant vid en tidpunkt kan ha underordnat intresse vid en annan. Symtomskattningsskalor tycks ha ett bäst före datum, medan psykiatriska diagnoser, skolgång och social anpassning kan vara intressanta index på barnets långsiktiga psykiska hälsa.

Enligt vår bedömning ger långtidsuppföljningarna ett begränsat vetenskapligt stöd för att selektiva och indikerade preventionsprogram kan minska andelen ungdomar som på längre sikt uppfyller kriterierna för någon psykiatrisk diagnos, inklusive antisocialt beteende.

Moderatorer för effekt

Vi skulle också ta ställning till om de granskade studierna kunde ge någon vägledning i vilka faktorer som gynnar eller missgynnar en effekt. De frågor vi ställde sammanfattas nedan.

Är någon preventionsnivå att föredra?

En viktig fråga är vilken nivå av prevention som är optimal. Universella insatser har en stark tradition i Sverige, mycket beroende på att sådana metoder ses som mindre utpekande. Vår granskning visar dock att det generellt sett saknas vetenskapligt stöd för att universella metoder förebygger psykisk ohälsa. Ett möjligt undantag utgörs av det skolbaserade Good Behavior Game, som lyfts fram som en verksam komponent i två av de studier vi granskat. Våra resultat ger därmed en annan bild än flera aktuella metaanalyser av universella skolbaserade program, som rapporterar små men signifikanta effekter [78–80]. Wilson och medarbetare kom t ex fram till att den sammanvägda effektstorleken för att minska aggressivt och/eller utagerande beteende var 0,21 (SMD, där liten effekt ligger i intervallet 0,20–0,40) [78]. De fann få skillnader mellan olika typer av program men bäst effekt för de program som erbjöds elever från högriskmiljöer.

Hundert och medarbetare har pekat på flera skäl till att det är svårt att påvisa positiva effekter av insatser med universella program [81]. Eftersom de flesta i populationen inte har några problem kan de inte visa någon (eller mycket begränsad) ”förbättring”. Ett annat skäl till att det är svårt att finna positiv effekt av universella program är att då en universell insats måste vara relativt begränsad i omfattning är det teoretiskt den del av populationen som har måttliga problem (och en relativt liten del av hela populationen) där man kan förvänta bäst effekt, medan insatsen för de med riktigt stora problem sannolikt är otillräcklig.

Selektiva insatser har något bättre stöd i vår kunskapsöversikt. De studier som har granskats har dock studiepopulationer som valts ut på sinsemellan varierande grunder, och de rapporterade utfallen varierar också. Vår granskning antyder att programmen har bättre effekt för barn som har enstaka riskfaktorer men i övrigt lever under rimligt välordnade socioekonomiska förhållanden. Hit hör t ex barn vars familjer upplever påfrestningar i samband med att föräldrarna skilt sig.

Studierna av selektiva program talar sammantaget för att den sociala kontext som barnen och deras familjer befinner sig i påverkar möjligheterna att uppnå varaktiga effekter. För barn som lever under mycket

svåra socioekonomiska livsvillkor förefaller det som om även fleråriga program är otillräckliga för att varaktigt påverka utveckling av psykisk ohälsa. Bilden modifieras något av det fåtal långtidsuppföljningar som finns, och som antyder att väl avvägda program kan ge barn i riskzon något bättre förutsättningar att klara skolgång och andra framtida utmaningar. Detta står i samklang med annan social- och beteendevetenskaplig forskning [82]. De flesta av de granskade studierna har genomförts i USA. Detta gör att det är svårt att uttala sig om hur programmen fungerar hos riskpopulationer i ett välfärdssamhälle av svensk modell.

Även när programmen används på *indikerad nivå* är det svårt att dra några generella slutsatser. Både Family Check-Up och Coping Power har ett begränsat vetenskapligt stöd. I övrigt förefaller det som om effekterna blir tydligare ju högre symtombelastning barnen har. Ett extremt exempel är programmet Fast Track där endast de 3 procent av barnen som hade störst problem också hade nytta av insatsen. Mönstret från studier av både indikerade och selektiva åtgärder är att ju svårare socioekonomiska förhållanden barnet lever under, desto mindre är chansen att programmet förmår förebygga psykisk ohälsa. När det gäller indikerade insatser är det för övrigt också svårt att dra gränsen mellan prevention och tidig behandling.

Är effekten relaterad till barnens risknivå?

Sju av de 24 granskade programmen redovisar resultat som tyder på att barn med förhöjd initial risk har störst nytta av programmet. Definitionen av förhöjd risk har varierat mellan studierna, men de finns representerade på samtliga tre nivåer av prevention (Baltimore-studien på universell nivå; LIFT, SAFEChildren och New Beginnings på selektiv nivå; Early Risers, Fast Track och Family Check-Up på indikerad nivå). Det kan inte uteslutas att man här delvis har att göra med en regressionseffekt och eftersom inte alla studier rapporterar denna typ av analyser måste detta delresultat tolkas med försiktighet.

Finns det någon dos–responseffekt?

Vår granskning ger inte underlag för att skönja några tydliga dos–responssamband. Programmen varierar i längd från en månad till flera år, men de som pågår längst tenderar att vara mindre intensiva. Vi kon-

staterar dock att ingenting tyder på att korta indikerade program med enstaka komponenter har varaktig effekt.

Några program har prövat ”booster”-sessioner, med varierande resultat. En extra session av Incredible Years ett år efter den första interventionen gav ingen signifikant effekt [20], vilket dock kan hänga ihop med att få föräldrar deltog. SAFEChildren har prövat en mer ambitiös ”booster” i form av en förnyad interventionsomgång tre år efter den första, vilket gav en liten men tydlig effekt [40]. Några, men inte alla, studier har funnit ett samband mellan effekt och hur flitigt man deltagit i programmet. Detta kan dock inte tas till intäkt för ett dos-responssamband, utan lika gärna vara ett uttryck för motivationens betydelse för utfallet.

Många föräldraprogram ger familjerna hemuppgifter, och ser det som en viktig del av metoden. Rationalen bakom hemuppgifter är beteendeterapeutisk; man måste aktivt pröva och träna nya och mer ändamålsenliga beteenden för att få förändring till stånd. Men det är också ett sätt att uppmuntra föräldrarna att själva ta ansvar och att utvidga dosen.

Spelar programtrohet och utförarens kvalifikationer någon roll?

I flertalet fall har de som utvecklat programmen själva lett eller åtminstone medverkat i studierna. Utförarna har genomgående varit väl kvalificerade, med avslutade högskoleexamina och/eller pågående studier på avancerad nivå inom vård/beteende/socialvetenskap, och de har haft fortlöpande kontakt med forskargruppen. Endast en studie är en uttrycklig ”effectiveness”-studie [51], där ordinarie lärare har fungerat som gruppleddare med stöd av en detaljerad manual och handledning varje vecka. I några flerkomponentprogram har ordinarie lärare medverkat i skoldelen av interventionen, efter särskild utbildning och under kontinuerlig handledning. Vi konstaterar att programmen i dessa studier har prövats under förhållanden som befinner sig långt ifrån implementering på bred front. Eftersom variationen är liten kan vi inte dra några slutsatser om vilken betydelse programtrohet och utförarens kvalifikationer kan ha för utfallet.

Spelar åldern på barnen någon roll?

Studierna omfattar barn från 2 till 19 år, med det stora flertalet i åldersspannet 2–11 år. Indikerad prevention med Incredible Years har prövats främst med barn i förskoleålder, medan Family Check-Up prövats för barn i såväl förskoleålder som tidig adolescens. Två program är anpassade för barn i adolescensen (Adolescents and Their Parents with AIDS, ATP). Övriga program inkluderar barn i åldrarna 6–11 år, och det konkreta innehållet framstår som anpassat efter aktuell åldersgrupp. För de yngre grupperna finns ett tydligt inslag av beteendetekniker (Incredible Years, SHIP) medan de socialt färdighetstränande och kognitiva inslagen blir tydligare för de något äldre. Denna variation är utvecklingspsykologiskt välgrundad, men ger inte underlag att dra några slutsatser om ålderns betydelse för programmets effektivitet.

Genusaspekter

Utagerande symtom är vanligare hos pojkar, medan flickor i större utsträckning rapporterar inåtvända symtom som ångest och depression. Det är den angivna bakgrunden till att tre av de granskade studierna enbart har pojkar som deltagare [48,52,57]. Fem andra studier har undersökt om det finns några könsskillnader i effekten av programmet. Två studier av Good Behavior Game rapporterade att programmet är effektivast för pojkar som på lågstadiet uppvisar höga nivåer av aggressivt och utagerande beteende [7–9]. I en tredje studie fann man att 11-åriga flickor och deras föräldrar var något mer benägna än pojkfamiljer att använda sig av Family Check-Up då det erbjöds inom ramen för ett universellt Adolescent Transition Program [10]. I resterande två studier som undersökt saken sågs inga skillnader i effekt mellan könen [49,51]. Övriga granskade program har över huvud taget inte analyserat genusaspekter, mer än att man oftast rapporterar en viss övervikt av pojkar bland programdeltagarna. Det går därmed inte att uttala sig om det finns några könsskillnader i programmets effekt, det vill säga om programmets innehåll skulle passa flickor eller pojkar bättre. I den utsträckning man iakttagit större effekt för pojkar kan det förmodas bero på att det helt enkelt är fler pojkar som har höga nivåer av utagerande symtom.

Deltagarna i föräldraprogram är i hög grad mödrar. Gemensamt för samtliga inkluderade effektstudier var att fäderna deltog i ytterst begränsad omfattning, oavsett socialt sammanhang.

Etnicitet och sociodemografiska förhållanden

Den stora majoriteten av de granskade studierna har gjorts i USA. Undantagen utgörs av de tre studierna av Triple P, som genomförts i Australien, Schweiz och Tyskland, en brittisk studie av Incredible Years [45] samt den enda inkluderade studien av COPE, som är kanadensisk [47]. De flesta programdeltagare har tillhört familjer med ekonomiska och sociala resurser under genomsnittet, och det finns en överrepresentation av minoritetsgrupper. Variationen är dock stor. Connell och medarbetares studie [10] av Adolescent Transition Program med Family Check-Up hade en ganska bred etnisk representation, medan flera studier hade en majoritet afroamerikanska deltagare (t ex flera av studierna av Incredible Years, Early Risers, SAFEChildren, en av Coping Power-studierna). Families and Schools Together (FAST) implementerades på ett indianreservat. I SHIP-studien hade flertalet familjer latinamerikansk bakgrund [54] Den sistnämnda studien rapporterade en liten effekt på internaliserade symtom för den minoritet deltagare som hade europeiskt ursprung, men inga effekter i övrigt. Fyndet kan bero på slumpen, men kan ändå tjäna som en påminnelse om att programmen är utvecklade inom specifika kulturella kontext.

Studierna pekar också på ett samband mellan föräldrarnas sociala sammanhang och graden av närvaro i föräldragrupperna. I studierna av Incredible Years var närvarofrekvensen lägre än 50 procent vid mötena. I de europeiska studierna av Triple P deltog däremot en hög andel av mödrarna.

Risker vid användning av program

Sökningarna gav 534 abstrakt om negativa effekter av program, oavsett om de riktade sig mot externaliserade eller internaliserade problem. Tio studier om externaliserade problem ingår i det vetenskapliga underlaget.

Även några av de studier som ingick i granskningen av effekten noterade risker med att använda programmen. Dishion och medarbetare rapporterade en ökning av såväl utagerande symtom som normbrytande beteenden hos 11–14-åringar som sammanförts i en indikerad gruppintervention inom Adolescent Transition Program [50]. Föräldrakomponenten hade istället en liten men gynnsam effekt. Även Cavell och medarbetare redovisade oönskade effekter av programmet Prime Time [56]. Interventionen tycktes leda till mer positiva attityder till aggressivt beteende bland lågriskungdomar som inom ramen för en gruppintervention sammanfördes med ungdomar med utagerande problem.

I synnerhet den tidiga studien av Dishion och medarbetare kom att rikta strålkastarljuset mot så kallade iatrogena effekter av gruppinterventioner [50]. Dishion och medarbetare har i flera efterföljande studier visat att det finns en påtaglig risk för negativ socialisering i grupper som inkluderar barn och ungdomar med utagerande symtom. I longitudinella uppföljningar av Adolescent Transition Program och Cambridge-Somerville Youth Study fann man att programdeltagare hade en ökad risk för problem i tonåren och upp i vuxen ålder, jämfört med kontroller [83,84]. Dishion och medarbetare har understrukt föräldrars betydelse för att motverka sådana oönskade effekter. Deras ståndpunkt får stöd av Warren och medarbetares studie av programmet FAST, där man fann att föräldramedverkan i grupperna kan eliminera riskerna för iatrogena effekter vid interventioner med 8–12-åringar [85].

I en indikerad preventionsstudie prövade Palinkas och medarbetare ett program med social färdighetsträning, PALS, för att förhindra att 14–19-åriga flickor med hög risk i socialt utsatta områden hamnade i drogmissbruk [86]. Effekten var den motsatta; deltagande i PALS Skills Training medförde en ökad risk för att tidigare drogfria flickor skulle ha börjat använda marijuana tre månader efter intervention, jämfört med en kontrollgrupp. En liknande och nedslående rapport kommer från en förhållandevis stor ($n = 715$) ”effectiveness”-studie i Washington DC av programmet Strengthening Families där PALS är en komponent [87]. Programmets enda signifikanta effekt var att barn i familjer som deltagit i PALS Skills Training vid eftermätningen hade fler negativa kamratkontakter än övriga grupper. Fenomenet är begrip-

ligt utifrån utvecklingspsykologi och social inlärningsteori. I gruppen får barnen och ungdomarna sina antisociala beteenden uppmärksammade och förstärkta, och uttryck som ”smitta” och ”inskolning i en avvikarroll” har använts för att beskriva fenomenet. Det har observerats både i grupper som består enbart av högriskungdomar, t ex i Palinka och medarbetares ovan nämnda studie, och i grupper som också innehåller välanpassade jämnåriga, t ex i studien av Cavell och medarbetare [56].

Mager och medarbetare prövade effekten av gruppammansättning i en intervention som fokuserade på ”problem solving skills”, och fann i sin studie att det fanns en tendens till iatrogena effekter enbart i de blandade grupperna. Grupperna var dock obalanserade så att högriskungdomarna i de blandade grupperna var något mer symtombelastade. En möjlig förklaring till Mager och medarbetares fynd är att riskungdomars negativa självbild förstärktes i blandgrupperna [88].

Förekomsten av iatrogena effekter är inte oomstridd. På basis av en metaanalys drar Weisz och medarbetare slutsatsen att risken för negativa effekter av gruppinterventioner har överdrivits [89] och att det finns en risk för att man kastar ut barnet med badvattnet. Vår samlade bedömning är dock att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att gruppinterventioner med barn och ungdomar kan medföra en risk för ökad grad av utagerande beteende.

I litteraturen finns även ett fåtal studier som rapporterar att program kan ha negativa effekter på familjesystemet. Två av dem gäller Incredible Years. I en brittisk kvalitativ intervjustudie undersökte Mockford och medarbetare hur familjens dagliga liv hade påverkats av att en av föräldrarna deltagit i Incredible Years [90]. De 14 deltagarna, mestadels mödrar, rapporterade svårigheter med att tillämpa programmet på hemmaplan, och att de nya uppfostransteknikerna ledde till konflikter med den andra föräldern.

En amerikansk studie vände sig till fäder vars 3–5-åriga barn gick i en Head Start-förskola, och rekryterade knappt 40 deltagare till en randomiserad studie där interventionen bestod av pappagrupper med Incredible Years [91]. Deltagandet var lågt, men vid eftermätningen sågs

vissa positiva effekter på barnens beteende enligt fädernas och lärarnas skattningar. Däremot tycktes relationen mellan föräldrarna ha försämrats. Författarna drog slutsatsen att interventionen kan rubba sköra familjesystem, och att det är något man bör vara uppmärksam på vid implementeringen. Ett liknande budskap förmedlas av Szapocznik och medarbetare, som sammanfattade två interventionsstudier med minoritetsfamiljer där minst ett barn, 6–18 år, hade beteendeproblem [92]. Enligt författarna ledde insatser som inte inkluderade familjen till signifikant försämring i familjens inbördes relationer och funktion.

Sammantaget är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma om program kan ha en negativ effekt på familjesystemet, men det är en aspekt som man bör vara uppmärksam på.

Kostnadseffektivitet

Sökningen resulterade i 799 abstrakt som avsåg både externaliserade och internaliserade problem. En studie om externaliserade problem uppfyllde våra inklusionskriterier och hade medelhög kvalitet. I en amerikansk studie undersökte Foster och medarbetare kostnadseffektiviteten av Fast Track [94]. Analysen grundades på tre resultatmätt: diagnos på CD (uppförandestörning), ”acts of interpersonal violence avoided” och ”index criminal offense avoided”. Utvärderingen gjordes i samband med den randomiserade studie som beskrivs i Avsnitten ”Effekt av indikerade program” och ”Långtidsuppföljningar”. Resultatet av analysen blev att interventionen inte generellt sett var kostnadseffektiv men att den möjligen kunde vara kostnadseffektiv för riskfall.

En studie är otillräckligt för att dra några slutsatser om huruvida det är kostnadseffektivt med preventionsprogram för att förebygga psykisk ohälsa av utagerande typ.

Kommentarer till resultaten

Denna systematiska litteraturgenomgång har granskat 24 manualbaserade program med avseende på deras förmåga att varaktigt förebygga utagerande problem. Granskningen visar att flertalet program inte har

någon säkerställd förebyggande effekt, och att de effekter som redovisas, med få undantag, är små.

Våra sökningar har även omfattat tidigare publicerade systematiska översikter och metaanalyser. Tabell 4.10 sammanfattar nyare systematiska översikter som täcker olika aspekter av prevention av utagerande problem. Resultaten varierar givetvis mellan översikterna beroende på vilken fråga som har analyserats och hur litteraturen har valts ut. Översikter om utagerande problem fokuserar oftast på program som syftar till att förebygga våld och mobbning. Programmens effekter på psykisk ohälsa av utagerande typ ses i dessa översikter som ett surrogatmått.

Resultatet från andra systematiska översikter

I en Cochrane-översikt har Mytton och medarbetare analyserat om skolbaserade program är effektiva för att förebygga våld [107]. De utförde metaanalyser med skattning av symtom på psykisk ohälsa i form av utagerande beteende på 34 randomiserade studier. Sju av dem hade 12 månaders uppföljning. Mytton rapporterar i texten att effektstorleken ”post test” var $SMD -0,41$ och vid uppföljningen $-0,40$. Detta är måttliga effekter, och i sammanhanget imponerande resultat – även om heterogeniteten är så hög att det är tveksamt om analysen är relevant ($I^2 = 72\%$). Problemet är att text och bifogad metaanalys för uppföljningen inte stämmer överens. Metaanalysen grundas visserligen på sju studier men endast tre av dem har någon uppföljning. Däremot har andra studier med uppföljning inte lagts in i metaanalysen. Man kan också notera att analysen gjorts med så kallad ”random effects model”. Det innebär att resultaten inte viktas efter studiestorlek. Det leder i sin tur till att små studier med stora effekter får jämförbar tyngd i analysen med stora studier med liten effekt. Vår bedömning är att Cochrane-översiktens analys inte är tillförlitlig.

Två andra, något mer välgjorda översikter om effekter av skolbaserade program har utförts av Hahn och medarbetare respektive av Wilson och medarbetare [79,80]. Fokus är även här våldshandlingar eller ”surrogatmått för våldshandlingar”. Skattning av utagerande beteende räknas i båda studierna som surrogatmått. Wilson använde 249 studier utan

kvalitetskriterier och fann en effektstorlek, SMD på $-0,21$ för universella program, $0,29$ för selektiva program och $0,05$ för multimodala program "post test". Konfidensintervallen var breda men specificerades inte i texten. Effekter vid uppföljning ingick inte i analyserna. Till skillnad från vårt arbete inkluderades insatser utan manual (25% av studierna) och cirka 40 procent av studierna var avhandlingar och annat material som inte publicerats i "peer-reviewed" tidskrifter.

Hahn och medarbetare inkluderade 53 studier men endast tolv av dem hade skattning av utagerande beteende som utfallsmått [79]. Medianeffekten över samtliga åldrar var en 15 procent relativ minskning i våldsam samt uppförande "post test". Effekterna vid uppföljning kvantifierades inte men författarna noterade att effekten avtog med tiden.

Lösel och medarbetare analyserade effekterna av social skills training i skolan för att förebygga antisocialt beteende [106]. Barnen var mellan 0–18 år gamla och hade antingen risk för att utveckla CD/ODD eller hade redan någon av diagnoserna. Lösel och medarbetare inkluderade 85 randomiserade studier som publicerats fram till år 2001. Mätt som ett kompositmått av antisocialt beteende och social förmåga var effektstorleken Cohen's $d = 0,38$ "post test". För antisocialt beteende enbart var effekten lägre, Cohen's $d = 0,26$. Effekterna var också lägre för de 20 procent av studierna som följde upp resultaten efter minst tre månader. För antisocialt beteende var då effekten $0,22$. Författarna noterade att äldre studier visade större effekter och att mindre studier visade större effekter än stora.

Två översikter har undersökt effekter av föräldrastödsprogram som prevention eller tidig behandling. Kaminski och medarbetare inkluderade kontrollerade studier på barn mellan 0–7 år, publicerade före september 2002 [109]. Av dem mätte 48 studier effekten på utagerande beteende. Effektstorleken, angiven som medelvärde och standardfel "post test", var $0,25$ ($0,03$).

Lundahl och medarbetare inkluderade 63 kontrollerade studier som publicerats före 2004 [105]. Interventionerna behövde inte följa någon

manual. Lundahl beräknade effektstorleken, Cohen's d, till 0,42 "post test". Vid uppföljningar sjönk effekten till Cohen's d = 0,21.

Barlow och medarbetare fokuserade på föräldrastöd för familjer där barnen var yngre än 3 år i sin Cochrane-översikt [108]. Endast fem studier kunde inkluderas. Effektstorleken för föräldraskattningar "post test" var SMD -0,44 (95% KI -0,95 till 0,07) och för oberoende observationer av beteendet SMD -0,55 (95% KI -0,86 till -0,25), dvs måttliga effekter. Vid uppföljningar sågs inte längre någon effekt av interventionerna.

Vid ett första påseende kan det alltså förefalla som om vår granskning ger ett mera negativt resultat än andra översikter. Sannolikt är skillnaderna inte så stora. Översikterna kommer visserligen fram till att skolbaserade program kan ha en liten effekt på utagerande beteende "post test". Vid uppföljningar minskar dock effekterna i de översikter som redovisat sådana data. En annan faktor som spelar in är att några översikter omfattar både prevention och tidig behandling, något som kommer att öka effektens storlek. Slutligen har författarna ofta valt att använda "random effects model" för att uppskatta effektstorlekar. Därmed finns det risk för att effekterna överskattas i och med att små studier får större vikt i analyserna.

Minsta relevanta effekt

För att bedöma de förebyggande effekternas storlek har vi utgått från beräkningar av Cohen's d. En viktig fråga är vilka effektstorlekar som behövs för att en preventiv insats ska vara intressant att införa. Vid prevention förutsätter man att problemen ännu inte är särskilt uttalade, och då kan även små mätbara effekter vara ett uttryck för att programmet har avsedd verkan.

I universell prevention blir effekterna av interventioner mätt på hela populationen med nödvändighet små, eftersom andelen individer med de problem man avser att förebygga är liten. För dessa individer kan däremot effekten vara stor. Med universell prevention kan man förvänta sig nå många av dem, och därför kan även mycket små populations-

effekter vara av intresse. Vid bedömning av universella program finns det skäl att fästa avseende även vid effektstorlekar som enligt Cohen's definition är obetydliga, så länge skillnaden mellan interventions- och kontrollgrupp är statistiskt signifikant och talar till interventionens fördel. Denna generösare tolkning av effektstorlek har vi även tillämpat vid selektiv och indikerad prevention, där konsistenta effekter om $0,10 > d < 0,20$ har bedömts positivt.

Metodbrister

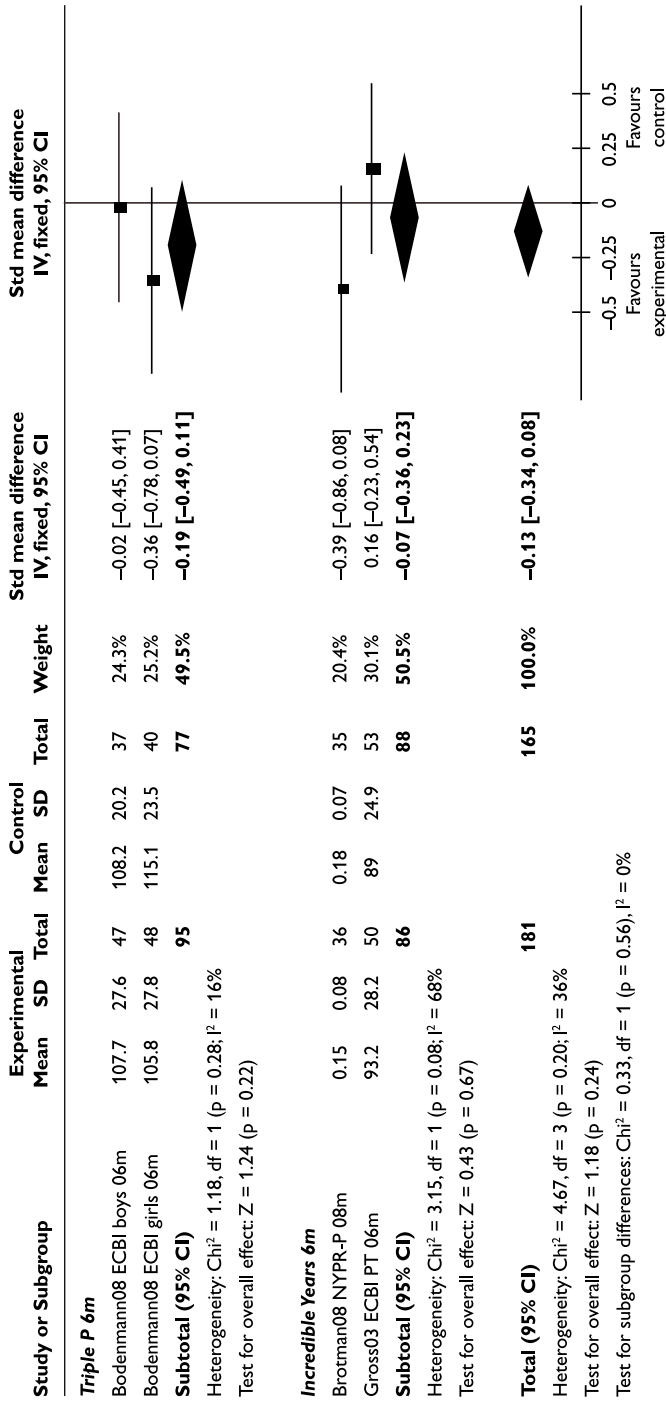
Av de granskade studierna har ingen höjt sig över medelhög studie kvalitet. Det bör ses som ett uttryck för områdets svårighetsgrad, snarare än forskargruppernas tillkortakommanden. Undantagslöst har studierna genomförts i sammanhang där det är svårt att upprätthålla optimal kontroll.

Randomisering är praktiskt svårhanterlig, och proceduren är ofta oklart beskriven, i synnerhet i studier som publicerats för mer än tio år sedan. Klusterrandomisering, som tillämpats i många studier i skola och förskola, är en försvarbar strategi för att öka kontrollen av interventionen och begränsa spridningseffekter. Samtidigt medför detta förfarande en risk att överskatta effektens statistiska signifikans, och man bör räkna med bredare konfidensintervall. Trots väl genomförd randomisering rapporterar ganska många studier obalanserade grupper, och det är ibland oklart i vilken utsträckning man lyckats korrigera för detta i utfallsanalyserna. Rent statistiska begränsningar i materialet kan försvåra en tillfredsställande korrigering av obalansen.

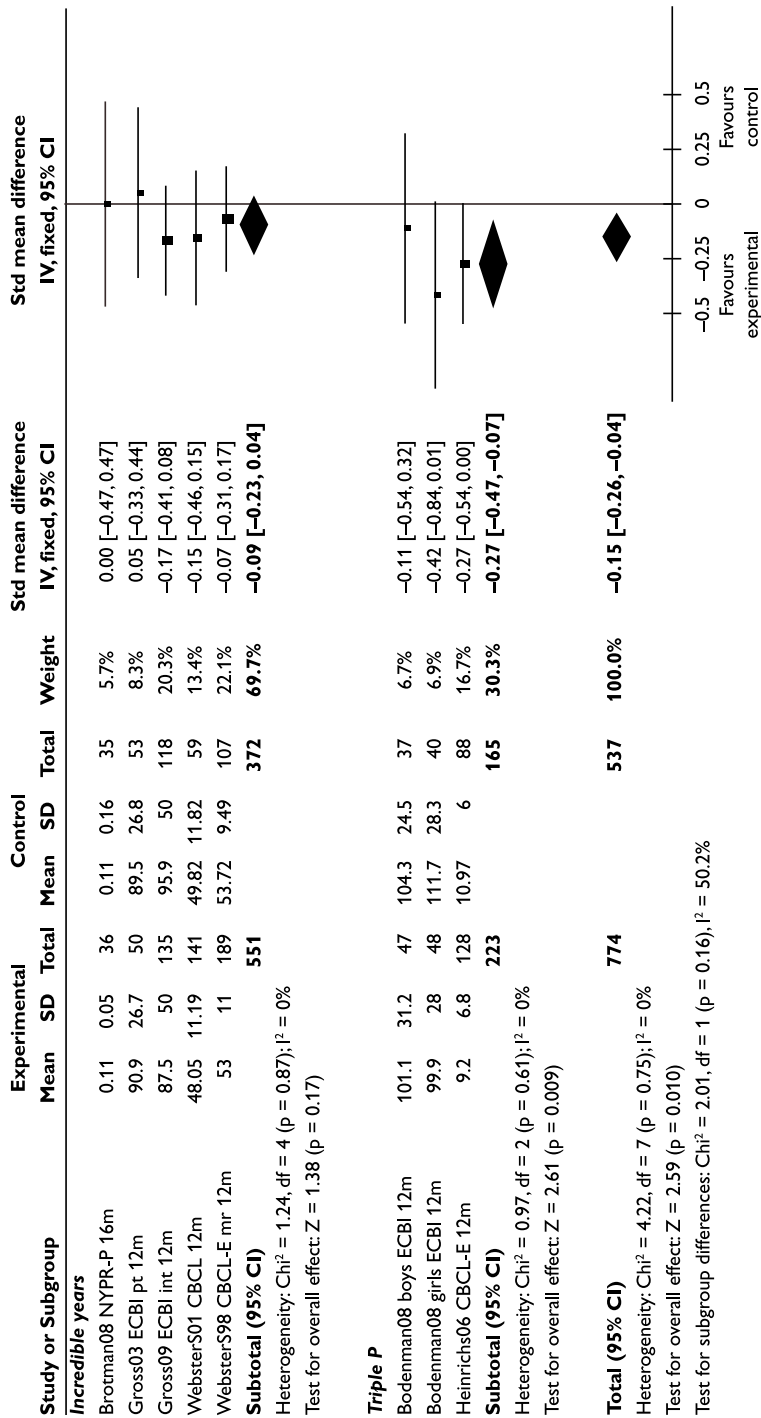
Bortfall är ett svårhanterligt problem, i synnerhet vid de önskvärda längre uppföljningstiderna. Familjer flyttar, barn byter skola, motivationen att medverka varierar helt naturligt över tid, och bortfall på 30–40 procent förekommer i enskilda studier. I allmänhet redovisas helt tillfredsställande bortfallsanalyser, men en osäkerhet kring resultatens giltighet kvarstår alltid vid stora bortfall. De flesta studier har tillämpat ITT-analys, men det kan å andra sidan leda till att faktiska interventionseffekter osynliggörs. Studier med lågt bortfall har ofta haft ett

större tapp i rekryteringsfasen, med svårbedömda konsekvenser för den externa validiteten.

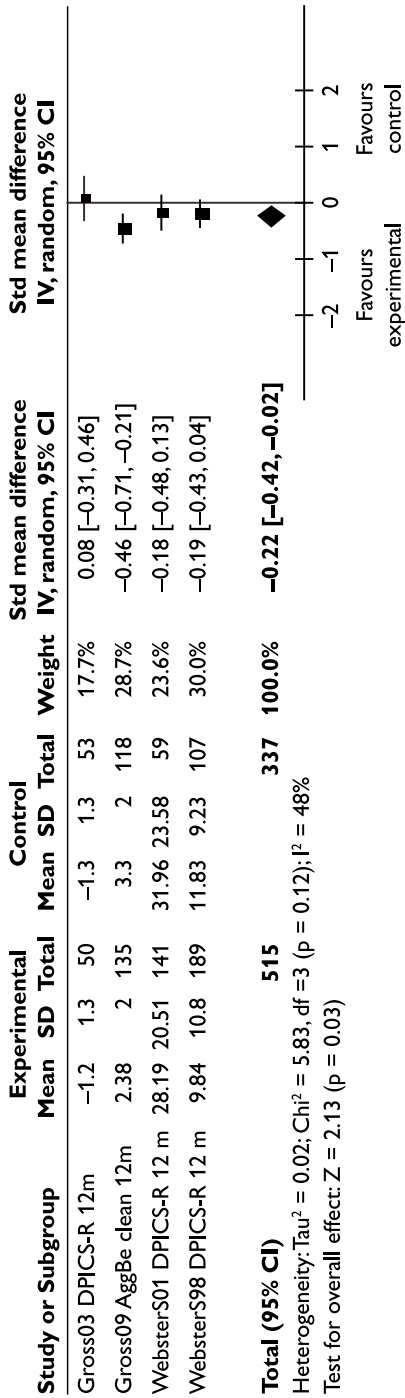
I många studier är det oklart vad som är primärt utfallsmått, och inte så få rapporterar effekter som utifrån programmets uttalade syfte snarast ter sig slumpmässiga. Flertalet studier har mer än en informant, oftast barnet och föräldern, men blindade skattningar och observationer är mindre vanliga. Det finns endast ett fåtal långtidsuppföljningar, och dessa antyder att programmens eventuella långtidseffekter samspelar dynamiskt med andra faktorer under barnets uppväxt. Det är därför knappast meningsfullt att luta sig mot enstaka effektmått över långt tid. Bedömning av långsiktiga och komplexa effekter torde istället kräva en uppsättning väl avvägda utfallsmått samt teoretiskt grundade analyser.



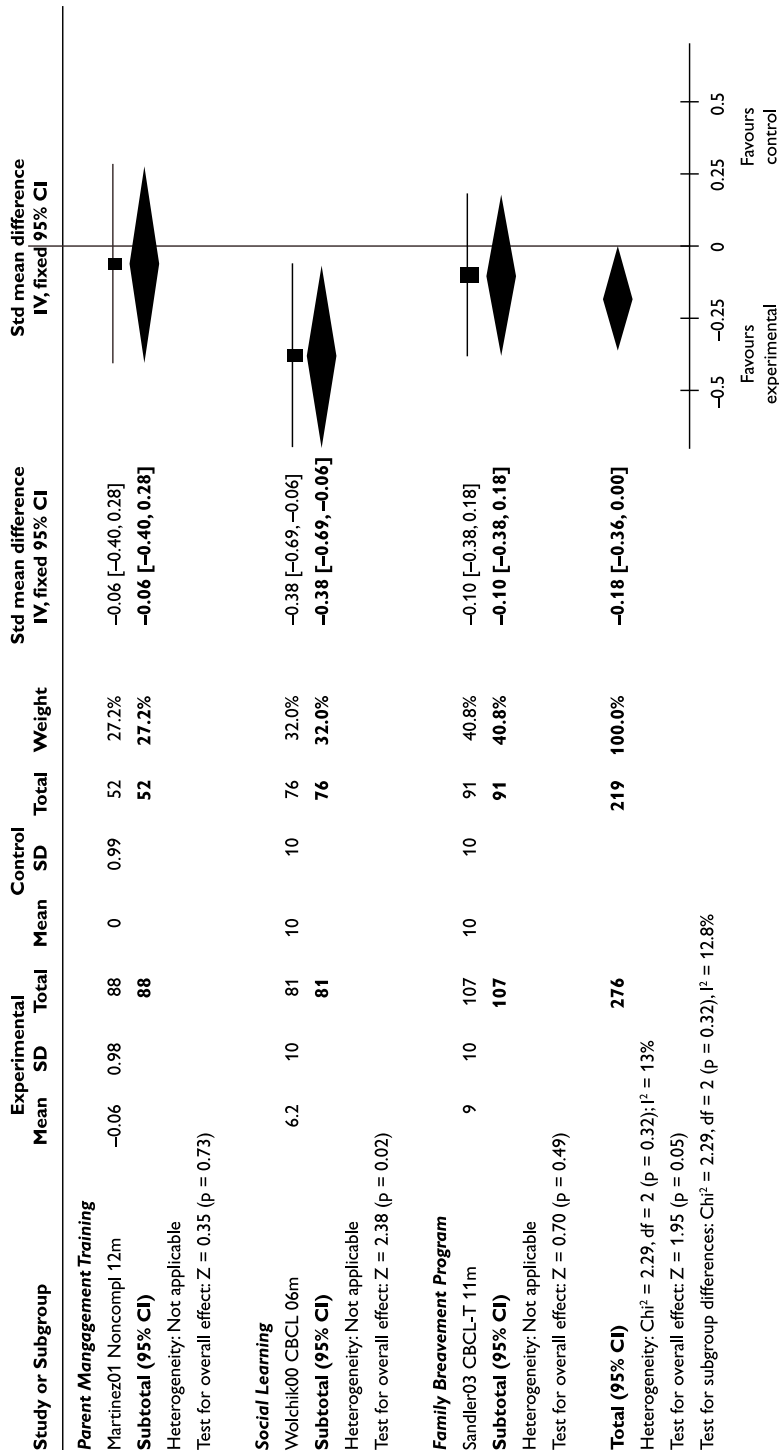
Figur 4.2 Selektiva föräldrabesöksprogram, symtomskattning efter 6–8 månader.



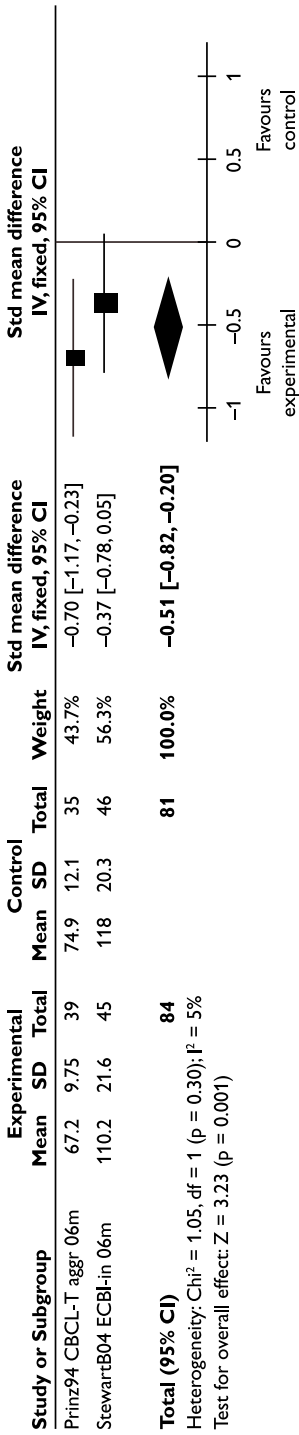
Figur 4.3 Selektiva föräldrabildningsprogram, symtomskattning efter 12–161 månader.



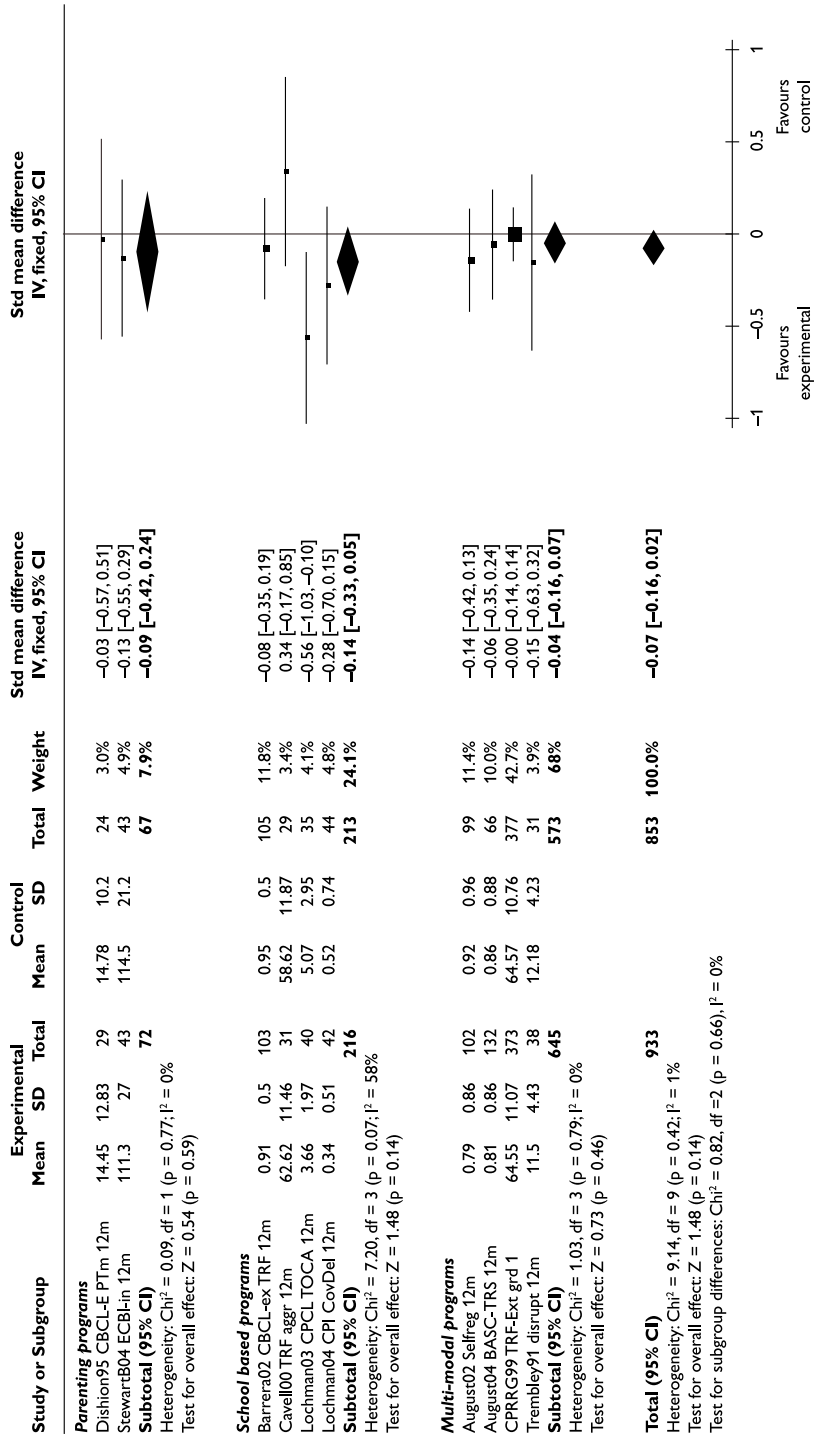
Figur 4.4 Incredible Years selekterat program, oberoende observationer efter ett år.



Figur 4.5 Selektiva familjestödsprogram, symtomskattning efter 12 månader.



Figur 4.6 Indikerade program, symtomskattning efter 6 månader.



Figur 4.7 Indikerade program, symtomskattning efter 12 månader.

Table 4.5 Externalizing symptoms, universal programs.

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Connell et al 2007 [10] USA | <p><u>Design</u> RCT, randomised at individual level</p> <p><u>Setting</u> Three middle schools in an ethnically diverse metropolitan district in the USA</p> <p><u>Population</u> Sixth graders 90% consented n=998 (526 boys)</p> <p><u>Follow-up time</u> Annually through age 18 (>6 years)</p> | <p><u>Intervention</u> ATP multi level program, universal part (also see table 4.7 for description of the indicated part of the program), n=500</p> <p><u>Intensity</u> Six in-class lessons on life skills</p> <p><u>Drop out rate</u> 20% by 6 years follow-up</p> | <p><u>Control</u> no intervention (no information on controls, eg contagion), n=498</p> <p><u>Drop out rate</u> 20% by 6 years follow-up</p> | <p><u>Self report on substance use and antisocial behaviour</u> No effect at any of the annual measurements</p> <p><u>Arrest records</u> No effect during the follow-up period</p> | <p>Moderate</p> <p>Entire sample included in analysis (Complier Average Causal Effect, CACE)</p> | <p><u>Competence of staff</u> Professionals from the Family Resource Center, established in the participating schools</p> <p><u>Fidelity</u> Satisfactory</p> <p><u>Attendance rate</u> Not reported</p> <p><u>Gender analysis</u> No gender effect on universal level</p> |

The table continues on the next page

Table 4.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|--|--|--|---------------------------|--|
| Grossman et al 1997 [4] USA | <p><u>Design</u> RCT. Pairs matched for district, reduced lunch cost and proportion minority students</p> <p><u>Setting</u> 2 second and 2 third grade classrooms each from 12 elementary schools (total 49 classrooms) in 4 districts in State of Washington</p> <p><u>Population</u> n=1 100 n=790 had parental consent (54% boys, 80% Caucasian) Mean age: 8.2 years All children participated in the curriculum</p> <p><u>Follow-up time</u> 2 weeks and 6 months post intervention</p> | <p><u>Intervention</u> Second Step: A Violence Prevention Curriculum, n=314</p> <p><u>Intensity</u> 30 lessons, 35 minutes once or twice a week. Empathy training, impulse control, anger management. Discussion, role plays, conceptual activities</p> <p><u>Drop out rate</u> 8%</p> | <p><u>Control</u> No intervention, n=372</p> <p><u>Drop out rate</u> 21%</p> | <p><u>TRF Aggression and delinquency subscale</u> No significant differences between groups</p> <p><u>CBCL Aggression and delinquency scales</u> No significant differences between groups</p> | Moderate | <p><u>Competence of staff</u> Teacher training 2 days</p> <p><u>Fidelity</u> Twice during the intervention period, two investigators monitored and rated the quality of the implementation</p> <p><u>Attendance rate</u> Not reported</p> <p><u>Gender analysis</u> No gender analysis</p> |

The table continues on the next page

Table 4.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|--|---|--|---------------------------|--|
| lalongo et al 1999 [6] | <u>Design</u> RCT, randomised at classroom level, teachers at 5 year follow-up were blind to condition | <u>Intervention</u> Three terms Baltimore Project | <u>Control</u> Standard curriculum, n=not reported | At one year follow-up (second grade): | Moderate | <u>Competence of staff</u> Parent training: teachers and social workers/psychologists. Teachers underwent 60 hours training and were certified |
| lalongo et al 2001 [5] USA | <u>Setting</u> 9 schools (27 classrooms) from five large urban areas in Baltimore. SES varied from very poor to moderate <u>Population</u> n=653 first grade students (51% male, 87% African-American, >60% entitled to free lunch) Mean age: 6.2 years <u>Follow-up time</u> 1 year and 5 year | I1: Classroom intervention comprising GBG and learning support, n=not reported I2: FSP training for teachers and parents in communication skills with weekly home-school lear- ning and communi- cation activities 9 workshops for parents: Parental parenting practices <u>Drop out rate</u> (both groups) At 1 year follow-up: 11.5% At 5 years follow-up: 22% | | <u>Teacher rating (TOCA-R)</u> (Factors concentration, accepting authority, social participation) <u>I1 vs C</u> Boys: ES 0.54 Girls: ES 0.73 Greater benefit for children with moderate problems at baseline <u>I2 vs C</u> Boys: ES 0.22 Girls: ES 0.34 For boys, benefit was larger for those with mild-moderate problems at baseline <u>Parent rating (POCA-R)</u> No significant effects At 5 year follow-up (sixth grade) <u>Teacher rating (TRCB CF)</u> I1 vs C: ES 0.39 I2 vs C: ES 0.29 No gender effects <u>Lifetime diagnosis</u> <u>of conduct disorder (DISC-IV)</u> Trend for lower probability of lifetime diagnosis for both groups compared to C | | <u>Program integrity</u> Three-day seminars for teachers and videotape training. Monitoring of fidelity implementation <u>Program attendance</u> Parents attended on average 4.02 of the seven parenting sessions, 13% failed to attend any of the workshops. <u>Gender analysis</u> Separate analysis boys/girls |

The table continues on the next page

Table 4.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|--|---|---|---------------------------|--|
| Sawyer et al 1997 [3] Australia | <u>Design</u> CCT, schools matched for SES, not ITT <u>Setting</u> 2 primary schools 94% of mothers were married Evenly distributed SES from low to high/middle occupa- tional class <u>Population</u> Mean age: 8.2 years <u>Follow-up time</u> Post intervention + 1 year post intervention | <u>Intervention</u> Rochester Social Problem Solving Training Program, n=102 (60% boys) <u>Intensity</u> Program taught to all children during regular school hours over a 20-week period, 34 lessons <u>Drop out rate</u> 30% | <u>Control</u> Standard curriculum, n=86 (54% boys) <u>Drop out rate</u> 29% | <u>Inventory of Problematic Social Situations for Children (IPSSIC), CBCL and TRF</u> No significant differences between groups | Moderate | <u>Competence of staff</u> Teachers trained in the program <u>Program integrity</u> Fidelity was ensured by regular meetings with investigators. Teachers were observed three randomly selected occasions |

The table continues on the next page

Table 4.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|--|---|--|---|---|---|
| Vuijk et al 2007 [9] | RCT <u>Setting</u> 13 elementary schools in Rotterdam and Amsterdam | <u>Intervention</u> GBG, n=371 | <u>Control</u> No intervention, n=295 | <u>YSR at 1 year follow-up</u> <u>Total sample</u> Anxious/depressed: Cohen's d=0.20 | Moderate No information on randomisation pro- cedure, no blinding, completer analysis | <u>Competence of staff</u> Teachers, who received three afternoons of training |
| van Lier et al 2005 [8] | | <u>Intensity</u> Two years, three times weekly | <u>Drop out rate</u> Not reported separately | No effect on YSR aggressive behavior | Drop out was related to higher levels of antisocial behaviour | <u>Fidelity</u> Teachers were coached by advisors 10 hours annually. The program was modified to suit Dutch culture |
| The Netherlands | <u>Population</u> 90% of eligible children in first class n=666 consented (51% boys) Mean age: 6.9 years 69% Caucasians 36% from low SES families (representative of Dutch population) 10% constituted a high risk group (92% males) <u>Follow-up</u> 1 year and 4 years after end of intervention | <u>Drop out rate</u> 25% for the full sample after 1 year 34% for the full sample after 4 years | | <u>High risk group</u> Aggressive: Cohen's d=0.68 <u>Antisocial behaviour</u> <u>at 1 year follow-up</u> <u>High risk group</u> Cohen's d=1.2 <u>Moderate and low risk groups</u> No effect of intervention | Loss to follow-up related to ethnicity and low SES | <u>Attendance rate</u> Part of regular curriculum <u>Gender analysis</u> Yes, effects not dependent on gender for YSR. Not per- formed on antisocial behaviour since virtually, all were boys |

ATP = Adolescent Transition Program; CBCL = Child Behaviour Check List; C = Control; DISC-IV = Diagnostic Interview Schedule for Children; ES = Effect size; FSP = Family-school-partnership; GBG = Good Behavior Game; n = Number of patients; I = Intervention; ITT = Intention-to-treat; RCT = Randomised controlled trial; SES = Socio economic status; TOCA-R = Teacher Observation of Classroom Adaptation-revised; TRCB CF = Teacher Rating of Conduct Problems Checklist form; TRF = Teacher Report Form; YSR = Youth Self Report

Table 4.6 Effects of selective programs to prevent mental problems in children.

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|---|--|--|---------------------------|---|
| Bodenmann et al 2008 [26] Switzerland | <u>Design</u> RCT <u>Setting</u> Switzerland Recruitment via advertisements in newspapers <u>Population</u> n=150 families with children aged 2–12 years (mean 6.6 years, SD=2.83) Family income: 78% of families had between 40 000 and 80 000 USD Educational level: ≥50% of mothers had high school or university exam. Marital quality lower in the CCET-group <u>Follow-up</u> One year | <u>Intervention</u> Triple P, level 4 group version n=50 couples Baseline ECBI (mothers): 117.9 (23.4) <u>Intensity</u> 15 hours (12 hours workshop, 2 hours telephone contact, 1 hour autodidactic reading) <u>Drop out rate</u> (mothers) 4% | <u>Control</u> C1: CCET, marital distress preven- tion program, one weekend work- shop and home- work n=50 couples Baseline ECBI (mothers): 123.8 (23.8) C2: No intervention, n=50 couples Baseline ECBI (mothers): 118.4 (25.4) <u>Drop out rate</u> (mothers) C1: 8% C2: 20% | <u>ECBI (mothers)</u> <u>at 1 year follow-up</u> Triple P: 99.9 (28.0) No intervention: 112.4 (28.3) p<0.05 CCET: 107.5 (25.9) Cohen's d: 0.41 for comparison Triple P and no intervention 0.28 for comparison Triple P and CCET | Moderate | <u>Competence of staff</u> Accredited practitioners for both Triple P and CCET <u>Attendance rate</u> Not reported <u>Fidelity</u> Regular supervision and session checklists <u>Gender analysis</u> Gender analysis was performed on the parents: Fathers did not see any difference in child behaviour and their parental practice hardly changed |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|--|--|--|---|--|--|
| Brotman et al 2008 [24] | <u>Design</u> RCT, blinded observers, ITT | <u>Intervention</u> Incredible Years adapted to limited parental education, parental depression, stressful life events and social adversity | <u>Intervention</u> None n=45 | <u>Blinded home observation</u> <u>DPICS-R</u> <u>C-group:</u> 0 months: 0.19 6 months: 0.87 16 months: 0.78 24 months: 1.15 | Moderate Remarkable pattern for observation data despite blinded obser- vers | <u>Competence of staff</u> Psychologists or doctoral candidates, most of them trained by the program developers |
| Brotman et al 2005 [23] | <u>Setting</u> Families with youth in Family Court n=1 228 families (577 contacted) | n=47 | <u>Drop out rate</u> For total sample (see Intervention) | <u>I-group:</u> 0 months: 0.77 6 months: 0.66 16 months: 0.17 24 months: 0.16 | | <u>Attendance rate</u> Mean: 12 of 22 (55%) |
| USA | <u>Population</u> Child: Sibling of criminal offender in designated area (53% girls, mean IQ=83) Age: 33–63 months Family characteristics: 65% Afro American and 27% Hispanic. 55% had high school education. English speaking. High maternal psychopathology <u>Exclusion criteria</u> Caregivers with ongoing substance abuse or psychotic disorders. Child with pervasive developmental disorder or severe mental retardation <u>Follow-up</u> 8, 16 and 24 months after baseline measurement | <u>Intensity</u> 6–8 months comprising: Parent training: 22 sessions. Child training: 22 sessions Home visits: 10 Booster sessions, 15 hours, 4 to 6 months after the end of the intervention <u>Drop out rate for total sample (C+I)</u> 13% at 8 months 23% at 16 and 24 months | | SE 0.89 <u>Parental report</u> <u>NYPR-P</u> <u>IC-group:</u> 0 months: 0.17 6 months: 0.15 16 months: 0.14 24 months: 0.07 <u>I-group:</u> 0 months: 0.21 6 months: 0.21 16 months: 0.15 24 months: 0.11 ns | | 73% in at least one booster group <u>Fidelity</u> Standardised manuals and materials, comprehensive training, weekly monitoring and supervision of implemen- tation. But, the components of this modified program were poorly described and the deviation from the manual is not reported Some economic compen- sation for participation in group sessions <u>Gender analysis</u> No gender analysis No analysis of sociodemo- graphic differences between I and C groups |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|--|--|---|---------------------------|---|
| DeGarmo et al 2004 [95] USA | <u>Design</u> RCT (unbalanced 64%/36%) <u>Setting</u> Medium sized city in Pacific North West, USA. Majority of family lower middle class SES | <u>Intervention</u> PMT applied on divorced single mothers <u>Population</u> n=153 <u>Intensity</u> Original version included 14–16 weekly topics, but two were combined with others (30% were exposed to 16-weeks version and 69% to 14-weeks version) | <u>Control</u> No intervention <u>Population</u> n=85 <u>Drop out rate</u> 11% at 30 months | <u>Externalising construct</u> (based on CBCL-TRF, noncom- pliance computed from IPC- codes & aggression partly from IPC-codes) SMD at 12 months –0.20 (95% CI –0.49 to 0.09) SMD at 18 months –0.13 (95% CI –0.42 to 0.16) SMD at 30 months –0.23 (95% CI –0.51 to 0.05) | Moderate | <u>Competence of staff</u> Trained leaders at the Oregon Social Learning Center <u>Fidelity</u> Standard materials, close monitoring and recurrent ratings by group leaders and co-leaders indicated adequate intervention integrity <u>Attendance rate</u> Mean=8.5 sessions, SD=5.7 <u>Gender analysis</u> Not reported |
| Original sample For- gatch et al 1999 [96] | <u>Inclusion criteria</u> Mother separated within prior to 3–24 months, resided with biological son in grades 1–3 | | | | | |
| Martinez et al 2001 [44] | <u>Exclusion criteria</u> Not cohabit with new partner | | | | | |
| Patterson et al 2004 [97] | <u>Follow-up time</u> 6, 12, 18 and 30 months | <u>Drop out rate</u> 13% at 30 months | | | | |
| DeGarmo et al 2005 [29] | | | | | | |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|--|--|--|--|---|
| Gross et al 2009 [22] USA | <p><u>Design</u> RCT, cluster randomised at day care center level. Matched on size, ethnical composition, percent single-parent-households and median income, ITT analysis</p> <p><u>Setting</u> Seven day care centers in Chicago with >60 children >90% of families eligible for child care subsidies</p> <p><u>Population</u> 34% of the eligible population accepted to participate</p> <p><u>Inclusion criteria</u> Child age 2–4 years. Only one child per parent. English speaking</p> <p><u>Follow-up time</u> "Post test", 6 months and 1 year post intervention</p> | <p><u>Intervention</u> CPP, ie Incredible Years modified to be relevant across racial/ethnic groups, n=156</p> <p><u>Intensity</u> 11 weekly sessions with parents</p> <p><u>Drop out rate</u> n=13%</p> | <p><u>Control</u> No intervention, n=136</p> <p><u>Drop out rate</u> 13%</p> | <p><u>Parent report (ECBI)</u> No intervention effects when doses were not taken into account</p> <p>Scores on ECBI intensity scale but not on ECBI problem scale ($p < 0.05$) were dependent on dose. Significant effects were seen at 6 months and maintained at 12 months for the group where parents attended >5 sessions</p> <p><u>Aversive child behaviour during play (DPICS)</u> Significantly fewer aversive behaviours at 6 months and maintained at 12 months</p> <p>Effects were larger for the group where parents attended >5 sessions</p> | <p>Moderate</p> <p>Inter rater reliability for child observation was 0.73</p> <p>Results for the high dose group may have been the results from regression to the mean</p> | <p><u>Competence of staff</u> Graduate degree and trained by the study investigators</p> <p><u>Fidelity</u> Weekly protocol check lists and random observations of parent groups by the investigators</p> <p><u>Attendance rate</u> Mean: 4.3 sessions (SD=4.2) 1/3 of parents did not attend any sessions. 45.2% attended >5 sessions ("high dose")</p> <p>Children in the high dose group had more baseline behaviour problems scores than children in the low dose group</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|--|---|--|--|--|
| Gross et al 2003 [21] USA | <p><u>Design</u> Effectiveness study. Cluster randomised, matched by ethnicity, size, income, single parenthood. Randomisation not described in detail</p> <p><u>Setting</u> Day care centers in a socially disadvantaged area in Chicago. 97% minority population. >90% of children had subsidized day care</p> <p><u>Population</u> Age: 2–3 years</p> <p><u>Follow-up time</u> "Post test", 6 and 12 months later</p> | <p><u>Intervention</u> Incredible Years (BASIC) I1: Parent and teacher training, n=78 I2: Parent training, n=55 I3: Teacher training, n=75</p> <p><u>Intensity</u> 12 weekly sessions with parents</p> <p><u>Drop out rate</u> 30% of parents in I1 and 9% in I2. 31% of teachers dropped out over all</p> | <p><u>Control</u> No intervention, n=59</p> <p><u>Drop out rate</u> 9% of parents</p> | <p><u>Parental report (ECBI)</u> No difference between groups</p> <p><u>Teacher reported classroom behaviors (KPC, proportion that moved from high risk to low risk status)</u> <u>From baseline to "post test":</u> Parent training: 44% Teacher training: 100% (based on two children) Control: 18%</p> <p><u>From "post test" to 1 year follow-up</u> Parent training: 66.7% Teacher training: 66.7% Control: 78.6% p<0.01</p> <p>Note: none in the combined group improved whereas 14.3% got worse (p<0.05)</p> <p><u>DPICS-R (blinded observer, free play situation)</u> No significant effects</p> | <p>Moderate</p> <p>Child classroom behaviour problem scores (KPC) were skewed. Therefore a cut off of 40 was used to create a high risk and a low risk group</p> | <p><u>Competence of staff</u> Teachers. Note: 67% of teachers in the combined group were replaced but they were not trained</p> <p><u>Fidelity</u> One day workshop and ongoing supervision including weekly protocol</p> <p><u>Attendance rate</u> Not reported</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> <p>Selective dropout of parents with less coercive and harsh parenting strategies in parent groups</p> |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|--|--|--|---------------------------|---|
| Heinrichs et al 2006 [27] Germany | <p><u>Design</u> RCT, cluster randomised, matched for SES and number of children in the day care centers</p> <p><u>Setting</u> Recruitment at 17 public day care centers in Braunschweig</p> <p>Recruitment rate: 31%</p> <p><u>Population</u> n=280 but only 219 families with two parents were evaluated (53.9% boys) Mean age of child: 4,5 years (SD=0.98)</p> <p>Sample of middle and upper SES (38% of families earned >3 000 euro/month)</p> <p><u>Exclusion criteria</u> Siblings to the child</p> <p><u>Follow-up time</u> One year</p> | <p><u>Intervention</u> Triple P, level 4, n=129</p> <p><u>Intensity</u> Four sessions, opportunity for telephone contacts in between (15–20 minutes)</p> <p><u>Drop out rate</u> Not explicitly stated but results were based on 128 mothers</p> | <p><u>Control</u> No intervention, n=90</p> <p><u>Drop out rate</u> Not explicitly stated but results were based on 88 mothers</p> | <p><u>CBCL 1 1/2–5 (German translation)</u> <u>Internalizing problems (mother)</u> Cohen's d: 0.28</p> <p><u>Externalizing problems (mother)</u> Cohen's d: 0.32</p> <p>No changes in paternal assessments vs baseline</p> | Moderate | <p><u>Competence of staff</u> Licensed trainers</p> <p><u>Fidelity</u> The fidelity to the manual was >90% at all group sessions</p> <p><u>Attendance rate</u> High for mothers. 88.4% of the mothers and 6.3% of the fathers participated in at least three workshops</p> <p>68.8% of the fathers did not attend any of the sessions</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|--|---|---|---|---|
| Kratochwill et al 2004 [38] | <u>Design</u> Matched pairs randomly assigned to I or C group, blinded teachers and observers | <u>Intervention</u> FAST [99], n=50 | <u>Control</u> Curriculum as usual, n=50 | <u>Parent rating (CBCL)</u> Intervention group less withdrawn, effect size 1.92 | Moderate Moderate relevance as culturally adapted manual based program | <u>Competence of staff</u> Certified FAST trainers |
| Fisher et al 2003 [98] USA | <u>Setting</u> Early elementary schools in 3 American Indian nations, rural Northern Wisconsin <u>Population</u> Children at risk for school problems and future drug abuse in families of American Indian descent <u>Follow-up</u> 9–12 months | <u>Intensity</u> 8–10 week curriculum, 40% mandatory content and 60% modified to suit group and context, each session lasting 2.5 hours Following graduation families participate in support meetings for two years, with gradually decreasing staff assistance <u>Drop out rate</u> 20% total for inter- vention and control | <u>Drop out rate</u> See intervention group | <u>Teacher rating (TR)</u> ns tendency favoring intervention group | | <u>Attendance rate</u> 50–100% for each cycle (attendance unrelated to outcome) <u>Fidelity</u> Training and supervision part of program, certified observers attended 3/8 sessions in each group <u>Gender analysis</u> Not reported |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|---|--|--|---|--|
| Reid et al 1999 [35] | <u>Design</u> RCT, randomisation at school level. Blinded observers | <u>Intervention</u> LIFT, 3-months program, n=382 students in six schools | <u>Control</u> n=289 in 6 schools <u>Drop out rate</u> See intervention | <u>Observer rating of physical aggression, IPC</u> Immediate effect size 0.36 for students scoring +1 SD at pretest; effect size 0.57 for students scoring +2 SD at pretest. Measurement not used at 3 years follow-up | Moderate Inconsistencies in reports | <u>Competence of staff</u> LIFT instructors were members of research center staff. (However, program intended to be taught by regular school personnel or trained and experienced laypersons.) |
| Eddy et al 2000 [34] | <u>Setting</u> Public elementary schools in the Eugene-Springfield area (population: 200 000, Oregon, USA) | <u>Intensity</u> Classroom skills training, 2 one hour sessions weekly for 10 weeks. | | | | |
| Stoolmiller et al 2000 [36] | <u>Population</u> 12 schools, 32 classrooms with first and fifth graders, 671 students consented (88% of eligible student), 51% female | Playground imple- mentation of GBG, individual and class rewards. Parent group meetings for 6 weeks. Family involvement stressed | | <u>Teacher rating of social competence and school adjust- ment at 1 year follow-up (Walker-McConnell Scale)</u> Effect size 0.17 | | <u>Attendance rate</u> 58% average attendance on any given parent session. 23% received information in the mail. 13% accepted a home visit. 5% refused participation |
| Eddy et al 2003 [37] | <u>Inclusion criteria</u> Schools in catchment areas with increased risk for youth delinquency, defined as above median (ie >9%) juvenile detain- ment. (After refusals one school just below the median was also included) | <u>Drop out rate</u> <10% and mostly due to family mobility | | At 3 years follow-up: Fifth grade cohort 1.49 x more likely to patterned alcohol use; 1.55 x more likely to have been arrested; first graders claimed to show fewer symptoms of impulsivity, inattention and hyperactivity, compared to controls, but data is not clearly presented | | <u>Fidelity</u> Assessment by routine check- lists + independent observers in 15% of school sessions and group meetings; 90% of inten- ded content was covered <u>Gender analysis</u> Not reported Effects on IPC interacted with pre-intervention scores |
| USA | <u>Follow-up time</u> Approximately 1 year and 3 years post intervention | | | | | |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|--|--|---|---|--|--|
| Rotheram-Borus et al 2004 [41] USA | <p><u>Design</u> RCT, randomisation by computer, ITT</p> <p><u>Setting</u> New York City, Division of AIDS Services, mostly Latino and African American families</p> <p><u>Population</u> n=429 parents with AIDS and their adolescents. The final sample included 317 adolescents (loss due to informed consent and parental deaths)</p> <p><u>Inclusion criteria</u> Financially needy persons with AIDS Age of parents: 25–70 years Age of child: 11–18 years</p> <p><u>Exclusion criteria</u> Parent institutionalized at recruitment</p> <p><u>Follow-up time</u> 1, 2 and 4 years post intervention (see Table 4.8 for long term follow-up at 6 years post intervention)</p> | <p><u>Intervention</u> Coping skill intervention, based on social learning and behavioural principles, n=156 adolescents (126 parents)</p> <p><u>Intensity</u> Module 1: 8 sessions >4 weeks for parents only. Module 2: 16 sessions >8 weeks for parents + adolescents. Module 3: Delivered to adolescents only if the parent had died</p> <p><u>Retention of adolescents at 1, 2, 3 and 4 years follow-up</u> 86, 95, 92 and 90%, respectively</p> | <p><u>Control</u> Standard care, within the same agency, n=161 adolescents</p> <p><u>Retention of adolescents at 1, 2, 3 and 4 years follow-up</u> 82, 94, 92 and 91%, respectively</p> | <p><u>Brief Symptom Inventory</u> 15 months: SMD –0.20 (95% CI 0.03 to –0.43)</p> <p>24, 36, 48 months: ns but positive trend</p> | <p>Moderate</p> <p>Some inconsistencies in number of participants and attrition between publications</p> <p>Standard care also positive trend; controlled for together with baseline level</p> | <p><u>Competence of staff</u> Social workers and graduate students in clinical psychology, who attended a 5-day training and received ongoing supervision</p> <p><u>Fidelity</u> Sessions videotaped, fidelity rated and monitored by supervisor</p> <p><u>Attendance rate</u> 75% of parents that lived at completion of study attended in average 15.2 of 24 sessions (range 1–24) 71% of their children attended in average 10.3 of 16 sessions (range 2–16)</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Sandler et al 2003 [33] USA | <p>RCT</p> <p><u>Setting</u> Phoenix metropolitan area</p> <p><u>Population</u> 44% of 432 eligible families consented 67% non Hispanic Caucasians Mean age of children: 11.4 years Median income: 30 000–35 000 USD per year</p> <p><u>Inclusion criteria</u> Death of a parent 4–30 months earlier. Child age 8–16 years</p> <p><u>Exclusion criteria</u> Use of mental health service or bereavement service. Suicidal intent or current diagnosis of major depression in child or caregiver. Child diagnosed with ODD, CD or ADHD</p> <p><u>Follow-up</u> 11 months after end of intervention</p> | <p><u>Intervention</u> FBP, n=90 families with 135 children</p> <p><u>Intensity</u> 12 sessions, 2 hours each for caregivers and children separately. Two individual family meetings to review their use of program skills</p> <p><u>Components</u> Techniques that had been used in program for children of divorce [32]</p> <p><u>Drop out rate</u> 13%</p> | <p><u>Control condition</u> Self studies (one booklet per month during three months) n=66 families with 109 children</p> <p><u>Drop out rate</u> 9%</p> | <p><u>YSR</u> Girls: Cohen's d=0.28 (p<0.05) Boys: No significant differences</p> <p><u>CBCL externalizing subscale</u> Girls: Cohen's d=0.30 (p<0.05) Boys: No significant effects</p> <p>Age of the child did not influence the results</p> | <p>Moderate</p> <p>Randomisation by computer at the level of family, ITT-analysis</p> | <p><u>Competence of staff</u> 2 clinicians with master's degrees who received 40 hours of training plus 2 hours training per week during the program</p> <p><u>Fidelity</u> 89%, rated by two independent raters from videotapes of five sessions</p> <p><u>Attendance rate, FBP</u> Caregivers: Average 86% Children: Average 88% of sessions Self study: Caregivers: 42% had read at least half of the books 38% of adolescents and 71% of children had read at least half of the books</p> |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|--|---|--|--|---------------------------|---|
| Tolan et al 2009 [40] USA | <u>Study design</u> RCT <u>Setting</u> See Tolan et al [39] <u>Population</u> 50% of the intervention group of Tolan et al when the children were in fourth grade [39] <u>Follow-up</u> 12 months post intervention | <u>Intervention</u> SAFEChildren booster dose, 20 session multiple family groups with 4–6 families in each group <u>Population</u> n=95 <u>Drop out rate</u> 82% of original sample consented to participate in booster; drop out rate among booster participants was 2% | <u>Control</u> No intervention <u>Population</u> n=101 <u>Drop out rate</u> See intervention group | <u>POCA-R</u> Aggression: Cohen's d= -0.19 Impulsivity: Cohen's d= -0.29 <u>Additional booster effect on children from high risk families</u> Aggression: Cohen's d=-0.29 | Moderate | <u>Competence of staff</u> See Tolan 2004 [39] <u>Fidelity</u> No information <u>Attendance rate</u> 80% attended >50% of sessions, 69% attended 90–100% of sessions <u>Gender analysis</u> Not reported |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|--|--|---|---|--|--|
| Tolan et al 2004 [39] USA | <p><u>Design</u> Efficacy, RCT (unbalanced 55%/45%), cluster randomised per classroom</p> <p><u>Setting</u> Poor urban high risk community in USA (inner city Chicago) with >40% of households below poverty level, crime rate > Chicago average</p> <p><u>Population</u> 84% of eligible families accepted to participate 42.5% African-American 57.5% Latino 44% of the primary caregivers did not graduate from high school 85% had income <30 000 USD/year</p> <p><u>Inclusion criteria</u> Families with first grade child</p> <p><u>Follow-up time</u> 6 months</p> | <p><u>Intervention</u> SAFEChildren</p> <p><u>Population</u> n=217</p> <p><u>Intensity</u> Family component: 22 weeks sessions after school Academic tutoring, twice weekly 30 minutes during school hours for 22 weeks</p> <p><u>Drop out rate</u> 3%</p> | <p><u>Control</u> No intervention</p> <p><u>Population</u> n=196 (aggression) n=197 and (hyper activity)</p> <p><u>Drop out rate</u> 7%</p> | <p><u>TOCA-R combined with POCA-R at 6 months</u> Aggression: SMD 0.18 (95% CI -0.02 to 0.38)</p> <p>Hyper activity: SMD 0.07 (95% CI -0.13 to 0.26)</p> <p>Larger effects in the 25% of children at highest risk</p> | <p>Moderate</p> <p>Randomisation not described, ITT-analysis</p> | <p><u>Competence of staff</u> Not specified; trial initiated and run by university-based research group</p> <p><u>Fidelity</u> No information</p> <p><u>Attendance rate</u> 78% completed the program, 82% attended >50% of the sessions</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|--|--|---|---|--|
| Webster-Stratton et al 2001 [20] USA | <p><u>Design</u> Quasi-experimental, random (by lottery) classroom 2:1</p> <p><u>Setting</u> 14 schools from two large urban Head start districts (>80% on welfare, high proportion minorities, single parents and parental substance abuse)</p> <p><u>Population</u> 60% of eligible families consented Average family income: 11 600 USD 52% single mothers 63% from minorities</p> <p>Age of children: 3–7 years, mean 56 months</p> <p><u>Follow-up</u> 1 year</p> | <p><u>Intervention</u> Incredible Years in addition to Head start program, n=225</p> <p><u>Intensity</u> Parents: 12 week group sessions + 4 booster sessions 1 year later</p> <p>Kindergarten teachers: 6 days, once a month</p> <p><u>Drop out rate</u> 15% dropped out during the intervention, 26% of those remaining were lost to follow-up at 1 year</p> <p>Total drop out rate: 38% at 1 year follow-up</p> | <p><u>Control</u> Head start program as usual, n=103</p> <p><u>Drop out rate</u> 43% at 1 year follow-up</p> | <p><u>Child conduct problems at home</u> (Construct based on ECBI and CBCL externalizing). Trend for effect of intervention ($p < 0.07$)</p> <p><u>Number of children below "at risk cut off" (≤ 9 problems/30 min)</u> I: 80% C: 48% $p < 0.008$</p> | <p>Moderate</p> <p>Observer reliability rate at least 75% at two occasions</p> <p>Blinded observers, completer analysis only</p> <p>Attrition analysis shows that children at higher risk tended to remain in the study in the intervention group, but not in the control group. This may lead to an underestimation of effects</p> | <p><u>Competence of staff</u> Teachers and family workers trained by the investigators</p> <p><u>Fidelity</u> One session for each group leader was monitored by project leader</p> <p><u>Attendance rate</u> Low Mother attended mean 5.73 and fathers 3.34 sessions of first 12 sessions. 39% of mothers and 27% of fathers attended booster sessions</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> <p><u>Incentive</u> Gift of 50 dollar for each assessment</p> |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|--|--|--|--|---|---|
| Webster-Stratton 1998 [19] USA | <p><u>Design</u> Quasi-experimental, random (by lottery) classroom 2:1. Same protocol as for Webster-Stratton 2001 [20]</p> <p><u>Setting</u> See Webster-Stratton 2001 [20]</p> <p><u>Population</u> Families socially disadvantaged (>80% on social welfare, >30% minorities, >50% single parents and 20–30% maternal substance use)</p> <p><u>Follow-up</u> 12–18 months</p> | <p><u>Intervention</u> Incredible Years (Partners version) in addition to Head Start program, n=345 (294 completed post assessment)</p> <p><u>Intensity</u> Parents: 8 group sessions Teachers: 2 days work shop Same videotapes discussed in parent and teacher groups</p> <p><u>Drop out rate</u> 21% dropped out shortly after randomisation because they left the Head start program. 8% dropped out during the intervention. 29% of those remaining were lost to follow-up. Total drop out from randomisation 45%</p> | <p><u>Control:</u> Head start as usual, n=167 (130 completed post-assessment)</p> <p><u>Drop out rate</u> 22% dropped out shortly after randomisation because they left the Head start program. 18% of those remaining were lost to follow-up. Total drop out from randomisation 36%</p> | <p><u>CBCL Externalizing Intervention</u> Pretest: 55.29 1 year: 53.50</p> <p><u>Control</u> Pretest: 55.10 12–18 months: 53.40 ns</p> <p><u>ECBI Intervention</u> Pretest: 10.04 12–18 months 7.99</p> <p><u>Control</u> Pretest: 9.56 12–18 months 8.54 ns</p> <p><u>Blinded home observations DPICS-R Intervention</u> Pretest: 14.25 12–18 months: 9.84</p> <p><u>Control</u> Pretest: 9.66 12–18 months: 7.24 ANOVA F 3.67, p<0.05</p> | <p>Moderate</p> <p>Attrition analysis: Drop out had similar background characteristics and ECBI scores at pre and "post test" as those that remained in the study</p> | <p><u>Competence of staff</u> Not reported</p> <p><u>Fidelity</u> High. Monitored by random videotapes of group sessions. 100% discussed all videotape vignettes</p> <p><u>Attendance rate</u> Mother attended mean 5.91 and fathers 5.32 sessions</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> <p>Unbalanced control/intervention population probably explains some of the described effect (intervention group has more child behaviour problems at baseline)</p> |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|--|--|--|---|-------------------------------------|--|
| Wolchik et al 2000 [32] USA | <p><u>Design</u> RCT, unbalanced 68%/32%</p> <p><u>Setting</u> Maricopa County, Phoenix, Arizona metropolitan area n=622 eligible, 240 randomized, 49% female</p> <p><u>Inclusion criteria</u> Divorce decree granted within previous 2 years; Mothers primary residential parent ≥1 child 9–12 years spent ≥50% of the week with mother. Neither mother nor child in treatment for psychological problems. No plan for mothers to remarry during trial</p> <p>Sufficient in English language. Child not in special education program for mentally or learning disabled.</p> <p><u>Exclusion criteria</u> CDI >17(child) endorsed an item about suicidal ideation, or above the 97th percentile on externalizing subscale on CBCL</p> <p><u>Follow-up time</u> 6 months 6 years (see table 4.8)</p> | <p><u>Intervention</u> New Beginnings: clinical methods based on social learning and cognitive behavioral principles for behavioral change</p> <p>I1: Mother plus child program, n=81 I2: Mother only program, n=83</p> <p><u>Drop out rate</u> 9%</p> | <p><u>Control</u> Quasi placebo (self studies)</p> <p><u>Population</u> n=76</p> <p><u>Drop out rate</u> 11%</p> | <p><u>Externalizing problems</u> Mother-child reports showed a significant effect of the program</p> <p>Teacher data indicated a nonsignificant program effect on acting out behaviours at "post test" but program effects had increased at follow-up</p> <p><u>Internalizing problems</u> Neither mother-child nor teacher reports showed intervention effects</p> | <p>Moderate</p> <p>ITT analysis</p> | <p><u>Competence of staff</u> Clinicians with master's degrees, who received 30 hours training and continuous supervision</p> <p><u>Fidelity</u> High (1) leaders knowledge of intervention content (2) completion of program segments</p> <p><u>Attendance rate</u> Mothers 77% of sessions Children 83% of sessions</p> <p><u>Homework completion</u> Mothers 54% Mothers and child program 55%</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|--|--|--|---|---|--|
| Zubrick et al 2005 [28] Australia | <u>Design</u> CCT <u>Setting</u> Universal prevention in socially deprived areas in Western Australia. Recruitment via local media, professional referral and participant recommendation <u>Inclusion criteria</u> A child within the age range 3–4 years. The program reached about 66% of the eligible children <u>Follow-up time</u> 12 and 24 months after post assessment | <u>Intervention</u> Triple P level 4 group intervention (8 hours) n=804 families in Eastern Metropolitan Health Region. Child age: Mean 43.9 months (58.7% male). Mothers with no post school qualifications: 45.2% ECBI intensity score in clinical range: 41.5% (mean score 121.6 (27.7)) <u>Intensity</u> 8 hours <u>Drop out rate at 24 months</u> 27% | <u>Control</u> Health care and family support services as usual n=806 families in Southern Metropolitan Health Region Child age: 45.6 months (54.7% male). Mothers with no post school qualifications: 37.9% ECBI intensity score in clinical range: 21.5% (mean score 107.1 (26.5)) <u>Drop out rate at 24 months</u> 14.3% | <u>ECBI reported by one parent (normally the mother)</u> Cohen's d at 24 months follow-up: 0.47 | Moderate Groups were not balanced Mixed linear model- ling post-stratification performed plus sensi- tivity analyses addressing non-random attrition | <u>Competence of staff</u> 16 community and child health nurses, social workers, health promotion officers and psychologists who had been trained during a 3-day intensive program <u>Fidelity</u> Detailed manual, structured training, performance criteria to assess integrity of learning. Case manager for the project. Debriefing sessions <u>Program attendance</u> High 81.8% completed all four workshops. Parents received on average 7.8 hours (SD 1.9) of program exposure <u>Gender analysis</u> Not reported |

ADHD = Attention-Deficit Hyperactivity Disorder; ANOVA = Analysis of variance; C = Control; CBCL-TRF = Child Behaviour Check List Teacher Report Form; CCET = Marital distress prevention program; CCT = Controlled clinical trial; CD = Conduct Disorder; CDI = Children's Depression Inventory; CI = Confidence interval; CPP = Chicago Prevention Program; DPICS-R = Dyadic Parent-Child Interaction Coding System revised; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; FAST = Families and Schools Together; FBP = Family Bereavement Program; I = Intervention; IPC = Interpersonal Process Code; ITT

= Intention-to-treat ; KPC = Teacher Reported Classroom Behaviours; LIFT = Linking the Interest of Families and Teachers; NYPR-P = New York Parent Rating Scale; ODD = Oppositional Defiant Disorder; POCA-R = Parent Observation of Child Adaptation - revised; RCT = Randomised controlled trial; RR = Risk ratio; SD = Standard deviation; SES = Socio economic status; SMD = Standard mean difference; TOCA-R = Teacher Observation of Classroom Adaptation-revised; TR = Teacher rating; YSR = Youth Self Report; n = Number; ns = Not significant

Table 4.7 Effects of indicated prevention programs on mental health in children and adolescents.

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|--|---|---|---|--|--|
| August et al 2001 [69] USA | RCT, efficacy study <u>Setting</u> 20 schools (10 intervention and 10 controls). Two regional sites located in a semi-rural, Midwestern area primarily characterized by Caucasian families of low to low-middle socioeconomic status | <u>Intervention</u> Early Risers, 5 year program <u>Population</u> n=124 (64% boys) Mean age: 6.6 years | <u>Control</u> No intervention <u>Population</u> n=121 (74% boys) Mean age: 6.74 years | <u>Parent/Teacher construct measure based on TOCA, POCA, BASC at 24 months</u> No differences between groups <u>Aggression at 36 months</u> Cohen's d=0.37 | Moderate No significant differences at baseline | <u>Staff competence</u> Program consultants. Competence not reported <u>Fidelity</u> A variety of procedures employed to insure fidelity. No specific analysis reported |
| August et al 2002 [71] USA | <u>Population</u> Kindergarten children, where 95% of them were screened | <u>Components</u> CORE (skill building and mentoring). FLEX (proactive family support based on home visitations) | <u>Drop out rate</u> 24 months: 18% 36 months: 18.8% 72 months: 35% | <u>Impulsivity, 36 months</u> Cohen's d=0.31 Program favoured highly aggressive children <u>Hyperactivity, 36 months</u> ns <u>Self report at 72 months</u> ODD symptom count: Cohen's d=0.47 | | <u>Attendance</u> Approximately 60% participated in the intensive phase. 93% participated in the booster session and 67% participated in three or more components offered during this phase |
| Bernat et al 2007 [72] USA | <u>Inclusion criteria</u> CBCL-TRF T-score >58 or CBCL-TRF T-score ≥55 and ≥85th percentile for their school <u>Exclusion criteria</u> IQ <80. Presence of pervasive developmental disorder or severe emotional disorder that required special education placement <u>Observation times</u> 24 months 36 months 72 months (ie 12 months follow-up after termination of the program) | <u>Intensity</u> 6 week summer school. Biweekly program with parent training and child social skills training (Dinosaur school) <u>Drop out rate</u> 24 months: 18% 36 months: 19% 72 months: 41% | | No significant differences in diagnosis for ODD or CD. No significant difference in CD symptom count <u>Parent report at 72 months</u> ODD symptom count: Cohen's d=0.34 No significant differences in ODD or CD diagnosis. No significant difference in CD symptom count | | <u>Gender analysis</u> No analysis reported |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|--|--|---|--|--|
| August et al 2003 [73] | <u>Study design</u> RCT, effectiveness study with inactive control | <u>Intervention</u> Early Risers, n=218 Mean age: 6.3 years | <u>Control</u> Standard service, n=109 Mean age: 6.3 years | <u>BASC-PRS</u> Neither group improved significantly at posttest and at 1 year follow-up and no difference be- tween groups | Moderate Note: No significant differences between I1 and I2. Numbers were collap- sed during analyses | <u>Competence of staff</u> Family neighbourhood centers. Competence not reported |
| August et al 2004 [74] USA | <u>Setting</u> Economically disadvantaged urban neighbourhoods in a large Mid-western metropolitan city. Large representation of African- Americans (81%) <u>Population</u> n=327 (185 boys) <u>Inclusion criteria</u> Children with a T-score ≥ 55 on aggression scale on CBCL-TRF <u>Exclusion criteria</u> Children and parents with insufficient understanding of English language. Pervasive developmental disorder or serious emotional- behavioural disorder that required special education placement <u>Follow-up</u> Post intervention (24 months) 12 months post intervention | I1: CORE Early Risers I2: CORE + FLEX Early Risers <u>Intensity</u> Two years CORE: Summer program for the children Parent education and skills training program Dinosaur school Mentoring FLEX: Multisystemic therapy added <u>Drop out rate (I+C)</u> Year 1: 19% Year 2: 13% Year 3: 14 % | | <u>BASC-TRS</u> No significant diffe- rences between groups at posttest and 1 year follow-up Children with more severe problems bene- fitted more during the intervention but no significant difference at 1 year follow-up | | <u>Fidelity</u> Analyses reported and show proper adherence <u>Attendance rate</u> 50% of children partici- pated at least 48% of the days offered by summer program and 43% of the days offered by Dinosaur school Average amount of contact CORE + FLEX attendance per family: 9.6 hours <u>Dosage analysis</u> Higher attendance cor- related to reduction in teacher rated externa- lizing behaviour among severely aggressive children in intervention group at 36 months compared to control <u>Gender analysis</u> High attendance cor- related to reduction in parent rated externa- lizing behaviour among girls compared to boys |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|--|--|--|---|---|---|
| Barrera et al 2002 [54] USA | <u>Design</u> RCT <u>Setting</u> Three communities with high proportions Hispanics | <u>Intervention</u> SHIP, 2 year intervention <u>Population</u> n=141 (n=162 in Smolkowski, whereof 51% Hispanic [55]) | <u>Control</u> No intervention <u>Population</u> n=143 (n=165 in Smolkowski, whereof 52% Hispanic [55]) | <u>TRF, externalizing</u> No differences between the groups at posttest and follow-up at 1 and 2 years <u>TRF, internalizing</u> Girls = 0.24 (p<0.027) for European-American children at follow-up at 1 year <u>CBCL externalizing</u> No differences between groups at posttest and follow-up at 1 or 2 years <u>CBCL internalizing</u> No significant differences between groups | Moderate quality for Barrera [54] Smolkowski adds 45 more families in order to increase power and reanalyses data | <u>Competence of staff</u> Masters or higher in relevant fields and were trained by the program developers <u>Attendance rate</u> 42% of parents participated in the training. 74% of children participated in CLASS <u>Gender analysis</u> Not reported |
| Smolkowski et al 2005 [55] USA | <u>Population</u> 3 284 children in kinder- garten to third grade <u>Inclusion criteria</u> >95th percentile of CBCL-T aggression scale (T-score of >67) (43.4% of the population) or lowest 5% on reading score (56.6% of the population) <u>Exclusion criteria</u> Not reported <u>Follow-up time</u> 1 year (Barrera 2002) 2 years (Smolkowski 2005) | <u>Intensity</u> Parent training. The Incredible Years, 12–16 weekly sessions, 2.25 hours For the children: 3 components, CLASS [100] designed to reduce acting-out behaviours + Dinosaur School to teach appropriate classroom and social behaviour + learning support <u>Drop out rate</u> 15% at 1 year follow-up (control and intervention groups) 27% at 2 year follow-up | | | | |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|--|---|---|---|---|---|
| Cavell et al 2000 [56] USA | <p><u>Design</u> RCT. Randomisation in clusters by grade, teachers blind at follow-up</p> <p><u>Setting</u> 7 public schools in a school district in south central Texas. Diversified ethnic population. Sociodemographic condition not reported</p> <p><u>Population</u> n=90 second- and third grade students were nominated by their teacher based on level of aggression</p> <p><u>Inclusion criteria</u> Score above 84th percentile on CBCL-TRF aggressive behaviour scale</p> <p><u>Follow-up</u> 12 months after end of intervention</p> | <p><u>Intervention</u> Prime Time (16 months)</p> <p><u>Population</u> n=31 (55% African-American and 16% Hispanic)</p> <p>Mean age: 7.5 years</p> <p><u>Intensity</u> Two 30 minute sessions in problem solving skills per week for 46 weeks</p> <p><u>Components</u> Teacher and parent consultation to enhance emotionally supportive relationships</p> <p>Problem solving skills training for the students during school hours</p> <p><u>Drop out</u> In total 5 students dropped out</p> | <p><u>Control</u> Only mentoring by mentors not supervised and trained by the investigators</p> <p><u>Population</u> n=29 (41% African American and 7% Hispanic)</p> <p>Mean age: 7.5 years</p> <p><u>Drop out</u> See intervention group</p> | <p><u>CBCL aggressive scale (T-scores)</u> Both groups improved by time, no difference between groups</p> <p><u>TRF aggressive scale (T-scores)</u> Both groups improved by time, no difference between groups</p> <p><u>Self reports</u> Children in both groups rated themselves as less competent and less supported by others at follow-up. Children in the I-group had an increased positive belief about aggression</p> | <p>Moderate</p> <p>Completer analysis only</p> <p>Randomisation procedure not described</p> | <p><u>Competence of staff</u> Undergraduate psychology or education students as mentors, educated for 18 hours</p> <p>Consultants and PSST trainers were doctoral students, supervised by the authors</p> <p><u>Fidelity</u> Adequate check (manuals, supervision)</p> <p><u>Attendance rate</u> Low number of parent visits</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|--|--|---|--|----------------------------------|---|
| Connell et al 2007 [10] USA | <p><u>Design</u> RCT, participants allocated to intervention or control condition</p> <p><u>Setting</u> Three middle schools in an ethnically diverse metropolitan district</p> <p><u>Population</u> All sixth graders, n=998 (526 boys/472 girls) Consented (90%)</p> <p><u>Follow-up time</u> Annually through age 18 (>6 years, see table 4.8)</p> | <p><u>Intervention</u> ATP – multilevel program with universal and indicated components, n=115 received the indicated part (FCU)</p> <p><u>Indicated intervention</u> Family Check-up (FCU), three sessions + access to Family Resource Center and individually tailored support</p> <p><u>Drop out rate</u> 21%</p> | <p><u>Control</u> No information on controls, eg contagion, n=498</p> <p><u>Drop out rate</u> 20% by 6 year follow-up</p> | <p><u>Arrest records</u> No effect</p> <p><u>Annual self report</u> Less growth in engagers in FCU as compared to non-engagers, in substance use and antisocial behaviours between 11–17 years</p> | Moderate | <p><u>Competence of staff</u> Professional therapists</p> <p><u>Attendance rate</u> Not applicable</p> <p><u>Fidelity</u> Not reported. FCU follows a standard format, after which individually tailored services are offered as needed</p> <p><u>Gender analysis</u> Reported; families with girls slightly more likely to use FCU</p> |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|---|---|--|--|--|
| Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG) 2007 [61–63,65, 68,101] USA | <p><u>Design</u> RCT, schools were matched for demographics and one of each pair was randomly assigned to intervention</p> <p><u>Setting</u> 54 public elementary schools in high risk areas of Durham, Nashville, Seattle and rural central Pennsylvania n=9 594 kindergarteners were assessed for eligibility</p> <p><u>Population</u> n=891 (69% boys, 51% African-American and 47% European American) Mean age: 6.5 years Skewed towards SES disadvantage. 76% of children scored in the clinical range (TRF T-scores ≥ 60). Extreme high risk: Defined as most severe 3% of the normative sample</p> <p><u>Inclusion criteria</u> Composite score of TOCA and CBCL. Children were selected based on the score, moving from the highest score downward until desired sample sizes were reached. 95% of the sample scored in the top 20% on both teacher and parent screenings</p> <p><u>Measurement times</u> After grades 3, 4, 5 and 6 After grade 9 (see table 4.7, long term effects)</p> | <p><u>Intervention</u> Fast Track universal (PATHS) and indicated prevention program, 10 year program, n=445</p> <p><u>Intensity</u> <u>During grades 1–6</u> Standard level offered to all during first grade. Subsequently dosage was individualized. Parent and child training with home visits Weekly group meetings (grade 1: 22 sessions grade 2: 14 sessions and 9 sessions thereafter)</p> <p><u>During grades 7–10</u> Individualized plans based on triennial assessments</p> <p><u>Drop out rate</u> n=18% in grade 10 (Drop out rate 2% per year)</p> | <p><u>Control</u> Service as usual, n=446</p> <p><u>Drop out rate</u> n=23% in grade 10</p> | <p><u>Psychiatric diagnosis grade 3</u> No significant differences in whole sample</p> <p><u>Psychiatric diagnosis grade 6</u> No significant difference</p> <p><u>Extreme high risk sample, grade 3</u> I: 38% (27–51%) C: 53% (41–65%) p<0.05</p> <p><u>Extreme high risk sample, grade 6</u> I: 32% (22–45%) C: 0.48 (36–60%) p<0.1</p> | <p>Moderate</p> <p>Powered to detect a main effect size of 0.26</p> <p>Randomisation not described</p> | <p><u>Competence of staff</u> Universal prevention provided by classroom teachers in collaboration with Fast Track Educational Coordinators (ECs). Indicated prevention provided by ECs and Family Coordinators, with master's degrees in counseling or social work</p> <p><u>Fidelity</u> Manualisation of all components, regular training, clinical supervision</p> <p><u>Attendance rate</u> 79% of parents and 90% of children attended at least 50% of the training in grade 1. On average parents attended 15/36 groups and children 21/36 during grades 3–6. 86% of parents and children received individual sessions in grades 7–9</p> <p>Results not dependent on sex, ethnicity, cohort or site</p> |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|--|---|--|---|---|
| Cunningham et al 1995 [47] Canada | <u>Design</u> RCT. Matched by sex, number of problems, single parents <u>Setting</u> Junior Kindergarten in all public and private schools in Hamilton, Ontario, Canada <u>Population</u> Mean age: 54 months <u>Inclusion criteria</u> >1.5 SD on Home Situations Questionnaire (=top 10%) <u>Exclusion criteria</u> None described <u>Follow-up</u> 6 months | <u>Intervention</u> COPE 1. Individual (Clinic), n=48 2. Group (Community), n=46 <u>Intensity</u> 11–12 weekly sessions <u>Drop out rate</u> 25% | <u>Intervention</u> None n=56 <u>Drop out rate</u> 23% | <u>CBCL (parent)</u> Scores not reported by group. All groups improved by time <u>Home observations questionnaire (Z-scores)</u> Clinic: 0.37 Community 1.16 (p=0.03 vs control) Control: 0.51 <u>Home observations</u> Parent-child interaction: ns | Moderate Randomisa- tion proce- dure not well described, poor presen- tation and analysis of outcomes | <u>Competence of staff</u> Early childhood educators and a behaviour therapist. Leaders participated in a 15 week training program <u>Fidelity</u> The execution of every session was monitored and were periodically observed by the investi- gators <u>Attendance rate</u> Not reported <u>Gender analysis</u> Not reported |
| Dishion et al 1995 [50] USA | <u>Design</u> RCT, no information on blinding <u>Setting</u> No information n=158, 47% girls Age: 11–14 years <u>Inclusion criteria</u> At least 4 risk factors according to screening instrument: close- ness to parents [102], emotional adjustment, academic engagement, involvement in positive attitudes, experience seeking, problem beha- viours, the child's substance abuse history, and stressful life events <u>Follow-up time</u> 12 months | <u>Intervention</u> Adolescent Transitions Program (ATP) <u>Population</u> n=89 I1: Parent focus (n=26) I2: Teen focus (n=32) I3: Parent and teen focus (n=31) <u>Intensity</u> 12 weekly 90 min sessions com- pleted in 3–4 months <u>Drop out rate</u> 11% | <u>Control</u> C1: Quasi placebo, self-directed change (6 newsletters & 5 brief videotapes from ATP) (n=29) C2: Non-random quasi control (no information on content) (n=39) <u>Drop out rate</u> 21% | <u>Mother ratings,</u> <u>CBCL Externalizing</u> I1 vs C1: SMD 0.18 I2 vs C1: SMD -0.16 I3 vs C1: SMD -0.06 I3 vs C2: SMD -0.05 <u>Teacher ratings,</u> <u>CBCL Externalizing</u> I1 vs C1: SMD 0.36 I2 vs C1: SMD 0.30 I2 vs C2: SMD 0.33 I3 vs C1: SMD 0.22 I3 vs C2: SMD 0.20 | Moderate | <u>Staff competence</u> Professional therapists <u>Attendance rate</u> Parents attended 69% of groups sessions, teens 71% 45% of parents in C1 watched videotapes <u>Fidelity</u> Not reported <u>Gender analysis</u> Not reported |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|--|---|--|----------------------------------|---|
| Dishion et al 2008 [49] USA | <p><u>Design</u> RCT (blinded computerised randomisation)</p> <p><u>Setting</u> National family Nutrition and Health program (WIC)</p> <p><u>Population</u> n=879 eligible Age: 2–3 years at baseline</p> <p><u>Inclusion criteria</u> >1 SD on at least two out of three domains: 1: Outacting child behaviour (CBCL, ECBI) 2: Family problems (maternal depression, daily parental challenges, substance use, teen parents status) 3: Sociodemographic risk (low education and low income)</p> <p><u>Exclusion criteria</u> None described</p> <p><u>Follow-up time</u> 2 years</p> | <p><u>Intervention</u> Family Check-up, n=364</p> <p><u>Intensity</u> 2.5 hour home visit for baseline assessment, including video. At least two more visits: 1: Interview about parental concerns 2: Feedback summarizing assessment results by using motivational interview strategies. Exploration of parental willingness to change problematic parental practices and to identify services appropriate to family needs Offer of further follow-up</p> <p><u>Drop out rate</u> 15% at 2 years follow-up</p> | <p><u>Control</u> 2.5 hour home visit for baseline assessment, n=317</p> <p><u>Drop out rate</u> 14% at 2 years follow-up</p> | <p><u>CBCL externalising scale at two years follow-up</u> Cohen's d=0.41</p> <p><u>ECBI at 2 years follow-up</u> Only significant changes in children with high scores at baseline: –0.16, SE 0.44. beta-16, p<0.05</p> | Moderate | <p><u>Competence of staff</u> Service workers on PhD or Master's level</p> <p><u>Fidelity</u> Consultants trained for 2.5–3 months. Certification established by reviewing video of feedback</p> <p><u>Attendance rate</u> Not reported and not relevant because of the nature of the intervention</p> <p><u>Gender analysis</u> Gender balanced, 49.5% female. The effect of gender on intervention effect was analyzed in mediation model. Effects were similar in boys and girls</p> <p>Money (100, 120, 140 USD) was handed out to participants at each data collection</p> <p>Apart from the FCU intervention many families received further interventions as a consequence of the FCU. The nature and extent of these interventions were not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|---|---|---|----------------------------------|--|
| Gardner et al 2007 [48] | <u>Design</u> RCT (blinded computerized) | <u>Intervention</u> Family Check-up, see Dishion 2008 [49], n=60 | <u>Control</u> WIC + 2.5 hour home visit for baseline assess- ment, n=60 | <u>CBCL externalizing scale</u> Cohen's d=0.46 | Moderate | <u>Competence of staff</u> Master students trained by skilled therapists and supervised weekly |
| USA | <u>Setting</u> See Dishion 2008 | <u>Drop out rate</u> 8% at follow-up | | | | <u>Fidelity</u> Consultants trained for 2.5–3 months. Certification estab- lished by reviewing video of feedback |
| Shaw et al 2006 [103] | <u>Population</u> n=120 (boys only) Age: 2 years at baseline | | <u>Drop out rate</u> 5% at follow-up | | | |
| USA | <u>Inclusion criteria</u> See Dishion 2008 [49] | | | | | <u>Attendance rate</u> Not reported and not relevant because of the nature of the interven- tion |
| Pilot study to Dishion 2008 [49] | <u>Exclusion criteria</u> See Dishion 2008 [49] | | | | | <u>Gender analysis</u> Study included only boys |
| | <u>Follow-up time</u> 12 months | | | | | 10 USD was handed out to participants at each data collection |
| | | | | | | Apart from the FCU intervention many families received fur- ther interventions as a consequence of the FCU. The nature and extent of these interventions were not reported |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|--|---|---|--|--|
| Lochman, et al 2003 [51] USA Coping Power Program | <p><u>Study design</u> RCT (effectiveness)</p> <p><u>Setting</u> 17 elementary schools</p> <p><u>Population</u> 1 540 children were screened by teachers, 475 fulfilled criteria (moderate–high risk) Sample: n=245 (61% African- American, 68% boys)</p> <p><u>Inclusion criteria</u> Top 33% most aggressive (physical, verbal aggression, disruptiveness)</p> <p><u>Exclusion criteria</u> Participating in a prevention study</p> <p><u>Follow-up time</u> 1 year</p> | <p><u>Interventions</u> I1: CMST and Coping Power, n=61 I2: Coping Power, n=59 I3: CMST, n=62</p> <p><u>Intensity</u> <u>Coping with the Middle School transition (CMST)</u> Parent component: 3 sessions year 1 and 1 booster year 2 (promote parent involvement in school and the study skills of the child)</p> <p>Teacher component: 6 meetings with staff members</p> <p>Child Coping Power Component: 22 group sessions for children in fifth grade, 12 group sessions in sixth grade</p> <p>Parent Component: 16 parent group sessions over the 16 months</p> <p><u>Drop out rate</u> 34%</p> | <p><u>Control</u> Service as usual, n=63</p> <p><u>Drop out rate</u> 45% in the full sample</p> | <p><u>TOCA-R, Aggressive subscale</u> Cohen's d=0.35</p> <p><u>Self reported delinquency</u> Cohen's d=0.27</p> | <p>Moderate No ITT- analysis. High drop out rate</p> | <p><u>Competence of staff</u> Ordinary teachers</p> <p><u>Gender analysis</u> The same effect boys/girls</p> <p><u>Ethnic analysis</u> Same effect for African, American and Caucasian children</p> <p><u>Attendance rate</u> 21% at least one classroom meeting. Child program: mean attendance 84%. Parent 26%, 62% at least one session</p> <p><u>Integrity</u> Detailed intervention manuals. Weekly super- vision</p> |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Lochman et al 2004 [52] USA | <p><u>Study design</u> RCT (efficacy study), blind evaluation</p> <p><u>Setting</u> 11 schools</p> <p><u>Population</u> Two annual cohorts of boys (n=1 578) in fourth and fifth grades were screened by teach- ers (aggression, cognitive ability). Top 22% highest risk screened according to inclusion criteria n=183 randomised (61% African-American)</p> <p><u>Inclusion criteria</u> Teachers TRF (T-Score >60) Parents CBCL (T-Score >55)</p> <p><u>Exclusion criteria</u> Not participating in a prevention study</p> <p><u>Follow-up time</u> 1 year</p> | <p><u>Intervention</u> Coping Power</p> <p>I1: Child component only, n=60 I2: Child and parent component, n=60</p> <p><u>Intensity</u> <u>Child component</u> 8 group sessions during first year and 25 times second year</p> <p><u>Parent component</u> 16 parent group sessions over the 15 months inter- vention period</p> <p><u>Drop out rate</u> 30% for the full sample</p> | <p><u>Control</u> No intervention, n=63</p> <p><u>Drop out rate</u> See interven- tion group</p> | <p><u>TOCA-R, Aggressive subscale</u> Cohen's d=0.38</p> <p><u>Self reported delinquency</u> No significant differences between groups</p> <p>Parent component influenced delinquency but not school behaviour</p> | <p>Moderate</p> <p>No ITT- analysis, randomisa- tion pro- cedure not described</p> | <p><u>Competence of staff</u> School counsellors, who had received a 10 hours training program</p> <p><u>Gender analysis</u> Effects not depen- dent on age, gender or baseline level of aggression</p> <p><u>Fidelity</u> Intervention staff received weekly scheduled super- vision. Rated the level of accomplish- ment of each child/ parent. Sessions videotaped</p> <p><u>Attendance rate</u> Child sessions: 83% Parent groups: 49%</p> |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|---|--|---|---|--|
| Prinz, et al 1994 [53] USA | <p><u>Design</u> RCT, blinded follow-up</p> <p><u>Setting</u> 6 public elementary schools in Columbia, South Carolina, Denver</p> <p><u>Population</u> 25 first- through third-grade classes. Screening according to inclusion criteria, n=196</p> <p><u>Inclusion criteria</u> <u>Group 1</u> CBCL T-score >65 on the CBCL Aggression scale</p> <p><u>Group 2</u> CBCL T-score <60 on the Aggression scale</p> <p><u>Follow-up time</u> 6 months post intervention</p> | <p><u>Intervention</u> PCS + universal program for prosocial behaviour (reward based), n=48 aggressive and 52 non-aggressive children</p> <p><u>Intensity</u> Mean 22 weekly sessions (9–24). Built on group activities, roleplays, group rewards (tokens) etc</p> <p>Four aggressive and four competent-non-aggressive children (matched by sex and ethnicity) formed a PCS-training group</p> <p><u>Drop out rate</u> 19%</p> | <p><u>Control</u> Minimal class-room intervention + universal classroom intervention, n=47 aggressive and 49 non-aggressive children</p> <p><u>Drop out rate</u> 20%</p> | <p><u>Teacher rated aggression</u> Significant effect for aggressive children Cohen's d=0.6</p> <p>No changes for non-aggressive children</p> | <p>Moderate</p> <p>Completer analysis only. Results adjusted for baseline score</p> | <p><u>Competence of staff</u> Team manager and team assistant (clinical psychologists, doctoral students)</p> <p><u>Fidelity</u> Different procedures used</p> <p><u>Attendance rate</u> Not reported</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|--|---|--|---|--|
| Stewart-Brown et al 2004 [45] | <u>Design</u> Block randomized controlled trial. Blind randomisation by block after matching on ECBI score, sex, social class and ethnicity, by tossing a coin | <u>Intervention</u> Incredible Years, "Parents and Children", n=60 | <u>Control</u> No intervention n=56 | <u>ECBI</u> Both groups improved significantly. The intervention group improved significantly more by 6 months. No significant difference between groups at 12 months | Moderate Clinical range in consenters 39.4%, in non-consenters 29.5% | <u>Competence of staff</u> Health visitors and nursery nurses attended a 3-day training and received weekly supervision |
| Patterson et al 2002 [46] | <u>Setting</u> General Practice based parent group | <u>Intensity</u> 2.5 hours x 10 weeks parent groups run by health visitor | <u>Drop out rate</u> At 6 months: 18% At 12 months: 22% | | | <u>Attendance rate</u> 34 of 60 attended at least 50% of meetings |
| United Kingdom | <u>Population</u> Respondents in a postal survey (response rate 70%) Age: Mean 4.6 years (2–8 years) | <u>Drop out rate</u> At 6 months: 20% At 12 months: 28% | | <u>CBCL (total score)</u> Both groups improved significantly but no significant difference between groups at 6 and 12 months follow-up | | <u>Fidelity</u> Weekly supervision meetings |
| | <u>Inclusion criteria</u> ECBI score >100 (the upper half) | | | | | <u>Gender analysis</u> Not reported |
| | <u>Exclusion criteria</u> Children already receiving treatment for behavioural problems and children with learning difficulties | | | | | <u>Problems</u> Low attendance, possible contamination of control group, fidelity sufficient? |
| | <u>Follow-up time</u> 6 and 12 months | | | | | |

The table continues on the next page

Table 4.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|---|--|---|------------------------------|---|
| Tremblay et al 1991 [57] | <u>Design</u> RCT. Participants were randomly allocated to group before additional selection criteria were applied | <u>Intervention</u> Montreal Prevention experiment, 2 year intervention | <u>Control</u> C1: Observation (placebo) group, subject to longitudinal study, n=123 met selection criteria, 84 consented (68.3%) | <u>Teacher SBQ</u> Effects ns and waning over time | Moderate | <u>Competence of staff</u> University-trained case workers working full time in the project |
| McCord et al 1994 [59] | <u>Setting</u> Kindergartens in Montreal | <u>Population</u> n=68 met selection criteria, 46 participated (67.6%) | C2: Control group, n=58 met selection criteria, 42 consented (72.4%) | <u>School competence (construct of class placement and behaviour)</u> I: 43% C: 23% p=0.02 | | <u>Attendance rate</u> Variable for family intervention. Maximum 46 sessions, mean 17 sessions |
| Vitaro et al 1994 [60] | <u>Population</u> Boys screened for being at risk for later antisocial behaviour | <u>Components and intensity</u> Parents: Training in effective child rearing; home-based and individualized. Mean numbers of sessions 17.4, range 0–46 | <u>Drop out rate</u> 4.8% at 3 years (observation) and 9.5% (control) | <u>Maternal SBQ</u> Significant negative effect post-treatment, which had disappeared by 2 years follow-up | | <u>Fidelity</u> Good; team of case workers were coordinated by a fifth professional, educated at the Oregon Social Learning Center |
| Canada (French speaking) | <u>Inclusion criteria</u> Above 70th percentile on SBQ disruptive behavior scale, rated by teacher | Children: Social skills training in small groups with prosocial peers. Nine sessions year 1 and ten sessions year 2 | | <u>Self-report of antisocial behaviour</u> Chi-square significant favouring intervention – 6 years after treatment | | <u>Gender analysis</u> Boys only |
| | <u>Exclusion criteria</u> Parents not Canadian-born, first language other than French, parents had 15 years of schooling or more | Children: Fantasy play training, twelve sessions received by 25 children and their siblings | | | | |
| | <u>Follow-up time</u> 2 and 3 years after intervention (see table 4.7 for long term follow-up) | <u>Drop out rate</u> 8.7% at 3 years follow-up | | | | |

ATP = Adolescent Transition Program; BASC-PRS = Behavior Assessment System for Children Parent Rating Scale; BASC-TRS = Behavior Assessment System for Children Teacher Rating Scale; C = Control; CBCL-TRF = Child Behaviour Check List Teacher Report Form; CBCL = Child Behaviour Check List; CD = Conduct Disorder; CLASS = Contingencies for Learning Academic and Social Skills; CMST = Coping with the Middle School transition; COPE = Community Parent Education Program; CORE = Early Risers program; a child-focused intervention; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; ECs = Educational Coordinators; FCU = Family Check-up; FLEX = Family-focused support and

empowerment program; I = Intervention; IQ = Intelligence quotient; ns = Not significant; ODD = Oppositional Defiant Disorder; PATHS = Promoting Alternative Thinking Strategies; PCS = Peer coping skills; PSST = Problem solving skills training; RCT = Randomised controlled trial; SBQ = Social Behavior Questionnaire; SD = Standard deviation; SES = Socio economic status; SMD = Standard Mean Difference; TOCA = Teacher Observation of Classroom Adaptation; TRF = Teacher Report Form; USD = US dollar; WIC = National family Nutrition and Health program

Table 4.8 Long term (>5 years) effects of programs for externalizing behaviour.

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|--|--|---|--|----------------------------------|---|
| Tremblay et al 1995 [58] Canada (French speaking) | <u>Design</u> Follow-up of RCT for Tremblay [57] <u>Setting</u> Kindergartens in Montreal <u>Population</u> Boys that participated in the Montreal Prevention experiment, scoring above 70th percentile on teacher rated Social Behaviour Questionnaire n=166 (of 259 invited) <u>Long term follow-up</u> 6 years after intervention | <u>Intervention</u> Montreal Prevention experiment, 2 year intervention <u>Population in the RCT</u> n=43 <u>Drop out rate</u> 4% at 6 year follow-up | <u>Control</u> n=41 <u>Observation group</u> n=82 <u>Drop out rate</u> 4% at 6 year follow-up | <u>Teacher SBQ</u> Effects ns <u>School adjustment</u> ns <u>Self-report of anti- social behaviour</u> Chi-square significant favouring intervention | Moderate | <u>Competence of staff</u> University-trained case workers working full time in the project <u>Attendance rate</u> Variable for family intervention. Maxi- mum 46 sessions, mean 17 sessions <u>Fidelity</u> Good; team of case workers were coordi- nated by a fifth profes- sional, educated at the Oregon Social Learning Center <u>Gender analysis</u> Boys only |

The table continues on the next page

Table 4.8 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|--|--|---|--|--|
| Hawkins et al 1999 [76] | <u>Design</u> Follow-up of RCT for selected intervention | <u>Intervention</u> Seattle social development project | <u>Control</u> Service as usual, n=220 | <u>6 year follow-up</u> Significant reduction in "lifetime violence" | Moderate Baseline values sys- tematically missing | Dose response seen at 9 and 12 and 15 years follow-up |
| Hawkins 2005 [75] | <u>Setting</u> Public schools in high crime areas Seattle, USA | <u>Full intervention</u> n=156 | <u>Drop out rate</u> <u>6 years</u> 6.4% | Difference in reports of misbehaviours (ns) | | Largest improvement in children from the poorest families |
| Hawkins et al 2008 [77] | <u>Sample</u> n=667 (327 boys/340 girls) | <u>Late intervention</u> n=267 | <u>9 years</u> 6% (not presented on group level) | <u>9 year follow-up</u> Significant differences between full interven- tion and control for anxiety symptom count, social phobia symptom count and suicide thoughts | Consistency in implemen- tation difficult to assess | <u>Gender analysis</u> No gender differences at 6 year follow-up |
| USA | <u>Follow-up</u> 6, 9, 12 and 15 years | <u>Drop out rate</u> <u>6 years</u> Full intervention=4.5% Late intervention=9.0% | <u>12 years</u> 10.9% | | Attrition rates are based on sample sizes non-randomly assigned to full inter- vention, late intervention and control condition 4 years after initial RCT | Girls had better effects on GAD symptoms than boys at later follow-ups |
| | | <u>9 years</u> 6% (not presented on group level) | <u>15 years</u> 8.6% | Few differences in outcomes of crime and substance use | | |
| | | <u>12 years</u> Full intervention=8.3% Late intervention=5.2% | | | | |
| | | <u>15 years</u> Full intervention=6.4% Late intervention=6.0% | | <u>15 year follow-up</u> <u>(age 27 year)</u> Proportion fulfilling ≥1 of 4 DSM-IV diagnoses: Full intervention: 15% Late intervention: 22% Control: 26% p<0.03 for difference between full interven- tion and control. No significant differences in crime or substance use | | |

The table continues on the next page

Table 4.8 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|--|---|---|------------------------------|---|
| Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG) 2007 [65] USA | <p><u>Design</u> RCT for indicated program</p> <p><u>Setting</u> Public elementary schools in high risk parts of four areas</p> <p><u>Population</u> Risk children defined as scoring in the top 10% on a combined screening measure for conduct problems (TOCA-R, CBCL, Revised Problem Behaviour Check List)</p> <p>n=891</p> <p>Extreme high risk: Defined as scoring in the top 3%</p> <p><u>Late results</u> 5 and 10 years after intervention started</p> | <p><u>Intervention</u> Fast Track, n=445</p> <p><u>Drop out rate</u> 18% in grade 10</p> | <p><u>Control</u> Service as usual, n=446</p> <p><u>Drop out rate</u> 23% in grade 10</p> | <p><u>Total sample</u> The only significant difference was self rated antisocial behaviour</p> <p><u>Extreme high risk sample, grade 9</u> <u>Diagnosis of CD</u> I: 5% C: 21%</p> <p><u>Diagnosis of ODD</u> No difference</p> <p><u>Any psychiatric diagnosis</u> I: 26% C: 46%</p> | Moderate | Results not dependent on sex, ethnicity, cohort or site |

The table continues on the next page

Table 4.8 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|--|---|--|---|---|
| Rotheram- Borus et al 2004 [41] USA | <u>Design</u> Follow-up of RCT [43] <u>Setting</u> New York City, Division of AIDS Services <u>Population</u> Parents with AIDS and their adolescents <u>Long term follow-up of children</u> 6 years post intervention | <u>Intervention</u> Coping skill intervention, based on social learning and behavioral principles n=156 adolescents (126 parents) <u>Drop out rate</u> 20% at 6 years follow-up | <u>Control</u> Standard care, within the same agency n=161 adolescents <u>Drop out rate</u> 17% at 6 years follow-up | <u>Brief Symptom Inventory</u> ns <u>Proportion in school or employed</u> I: 82.6% C: 68.9% RR 2.17 (95% CI 1.24 to 3.78) <u>Proportion on welfare</u> I: 25.7% C:36.7% RR 0.56 (95% CI 0.34 to 0.93) <u>Already parents</u> I: 34.6% C: 44.1% RR 0.67 (95% CI 0.43 to 1.06) Higher life expec- tations in inter- vention group | Moderate Some incon- sistencies in number of participants and attrition between publications | <u>Gender analysis</u> Not reported |

The table continues on the next page

Table 4.8 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|---|---|--|---|---|------------------------------|---|
| Wolchik et al 2000, 2002 [31,32] USA | <u>Design</u> Follow-up of RCT [32] <u>Setting</u> Arizona metropolitan area <u>Population</u> Divorced mothers and their children, 9–12 year <u>Long term follow-up</u> 6 years | <u>Intervention</u> New Beginnings; clinical methods based on social learning and cognitive behavioural principles for behavioural change <u>Population</u> I1: Mother + child program, n=81 I2: Mother only program, n=83 <u>Drop out rate</u> 9% | <u>Control</u> Quasi placebo <u>Population</u> n=76 <u>Drop out rate</u> 11% | <u>YSR + CBCL</u> <u>Externalizing subscale</u> I1 vs C: SMD -1.51 (95% CI -1.88 to -1.13) I2 vs C: SMD -0.32 (95% CI -0.65 to 0.01) <u>Prevalence of</u> <u>mental disorder</u> <u>(DISC)</u> I1: 11% (95% CI 3.8% to 18.2%) I2: 19.7% (95% CI 10.8% to 28.6%) C: 23.5% (95% CI 13.8% to 33.2%) I1 vs C sign I2 vs C ns No effect on inter- nalizing problems | Moderate | <u>Gender analysis</u> Not reported |

The table continues on the next page

Table 4.8 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Exclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance rate Gender analysis |
|--|---|---|---|--|------------------------------|---|
| Connell et al 2007 [10] USA | <p><u>Design</u> RCT, participants allocated to intervention or control condition</p> <p><u>Setting</u> Three middle schools in an ethnically diverse metropolitan district</p> <p><u>Population</u> All sixth graders n=998 (526 boys/472 girls). Consented (90%)</p> <p><u>Follow-up time</u> At age 18 years</p> | <p><u>Intervention</u> ATP – multilevel program with universal and indicated components</p> <p>n=115 received the indicated part (FCU)</p> <p><u>Indicated intervention</u> Family Check-up (FCU), three sessions + access to Family Resource Center and individually tailored support</p> <p><u>Drop out rate at 6 years</u> 20%</p> | <p><u>Control</u> No information on controls, eg contagion, n=498</p> <p><u>Drop out rate</u> 20% by 6 year follow-up</p> | <p><u>Arrest records</u> No effect</p> <p><u>Annual self report</u> Less growth in engagers in FCU as compared to non-engagers, in substance use and antisocial behaviours between 11–17 years</p> | Moderate | <p><u>Competence of staff</u> Professional therapists</p> <p><u>Attendance rate</u> Not applicable</p> <p><u>Fidelity</u> Not reported. FCU follows a standard format, after which individually tailored services are offered as needed</p> <p><u>Gender analysis</u> Reported; families with girls slightly more likely to use FCU</p> |

ATP = Adolescent Transition Program; C = Control; CBCL = Child Behaviour Check List; CD = Conduct Disorder; CI = Confidence interval; DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual version IV; FCU = Family Check-up; GAD = Generalized Anxiety Disorder; I = Intervention; ODD = Oppositional Defiant Disorder; RCT = Randomised controlled trial; RR = Relativ risk; SBQ = Social Behaviour Questionnaire; SMD = Standard Mean Difference; TOCA-R = Teacher Observation of Classroom Adaptation; ns = Not significant

Table 4.9 Cost effectiveness studies.

| Author Year Reference Country | Study question | Study design | Patient population | Intervention Participants | Outcome | Costs | Study quality Comments |
|--|---|--------------|-----------------------|------------------------------|--|--|--|
| Foster et al 2007 [104] USA | Cost-effectiveness of the Fast Track intervention | CEA of a RCT | 891 children | Fast Track | Diagnosis of conduct disorder. Acts of interpers violence avoided. Index criminal offense avoided. (Measured in grade 9) | Direct costs (payer per- spective) | Moderate The intervention probably costeffective for those most at risk |

CEA = Cost Effectiveness Analysis; RCT = Randomised controlled trial

Tabell 4.10 Utagerande, metaanalyser.

| Författare År, referens Land | Program, urval och antal inkluderade studier | Inklusions kriterier | Kvalitetskriterier | Resultat "post test" för effekter på barnet | Långtidseffekter på barnet | Kommentarer |
|--|--|--|---|--|--|---|
| Lundahl et al 2006 [105] USA | Föräldrastöd PsycInfo, ERIC från 1974–2003 63 inkluderades | Disruptive child behaviour Minst en experiment- och en kontrollgrupp från samma population >5 deltagare/grupp Engelskspråkig | Endast "peer-reviewed" tidskrifter Varje studie kvalitetsgraderades på en sjugradig skala | Cohen's d=0,42 (95% KI 0,35 till 0,49) | Cohen's d = 0,21 vid varierande uppföljnings- tider Studier som inte följde upp kontrollgruppen användes i analysen | Manual inget krav Förefaller vara en bland- ning av tidig behandling och prevention Barn med ADHD inkluderades |
| Lösel et al 2003 [106] Tyskland | "Social skills training" för att förebygga anti- socialt beteende PsycInfo, PubMed, ERIC, Dissertation Abstracts Engelsk- och tysk- språkiga studier publicerade senast år 2000 85 RCT inkluderades | 0–18 år Ungdomar med CD eller ODD inkluderades Inga krav på uppfölj- ning men drygt 20% av studierna hade uppföljning på minst 3 månader | Ej redovisat | Cohen's d=0,38 totalt Cohen's d=0,17 för anti- socialt beteende, "fixed model" och 0,26 för "random model" | Cohen's d=0,28 totalt Cohen's d=0,06 för antisocialt beteende med "fixed model" och 0,22 för "random model" | Mindre effekt sågs i större studier och i nyare studier |
| Mytton et al 2006 [107] England | Skolprogram för att förebygga våld Pubmed, ERIC, PsycInfo, IBSS m fl till 2003 36 av 56 RCT ingick i metaanalyserna | Studier som syftade till att minska problem- beteenden exkluderades om inte det fram- gick att målet med programmet var att minska aggression eller våldsamt beteende | Cochranes kriterier | SMD –0,41 (95% KI –0,56 till –0,26) och hög hetero- genitet | Den metaanalys som finns är inte korrekt | Mycket små studier, med undantag av en |

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.10 fortsättning

| Författare År, referens Land | Program, urval och antal inkluderade studier | Inkl kriterier | Kvalitetskriterier | Resultat "post test" för effekter på barnet | Långtidseffekter på barnet | Kommentarer |
|--|---|--|---|--|--|---|
| Barlow et al 2003 [108] England | Gruppbaserat föräldrastöd, för att förebygga utagerande beteende PubMed, EMBASE, Psychlit, ASSIA, ERIC m fl. Ingen språk- begränsning. Publicerat mellan januari 1970 och juli 2001 Av 141 studier kunde 5 inkluderas | Barn 0–3 år | Guyatts kriterier (Gyatt GH, Sackett DL, Cook DJ). Users guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. A: are the results of the study valid? JAMA 1994;270:2598–601) | Föräldraskattning: SMD –0,44 (95% KI –0,95 till 0,07) Oberoende observatör: SMD –0,55 (95% KI –0,86 till –0,25) | Oberoende observatör: SMD –0,23 (95% KI –0,55 till 0,10) | "Random effects" enbart i metaanalyserna |
| Kaminski et al 2008 [109] USA | Föräldrastöd för att minska utagerande problem 1990–September 2002. PsyInfo och Medline. Rapporterat på engelska i artiklar eller böcker 77 studier inkluderade | Barn 0–7 år. Förebyggande eller tidig behandling. Varken föräldrar eller barn skulle ha någon utvecklingsstörning. Standardavvikelse skulle vara rappor- terad. Inga krav på uppföljningstid | Formellt sett ingen kvalitetsgradering | Medelvärde (SE): 0,25 (0,03) för utagerande beteende och baserat på 48 studier | Inte angivet | |

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.10 fortsättning

| Författare År, referens Land | Program, urval och antal inkluderade studier | Inkl kriterier | Kvalitetskriterier | Resultat "post test" för effekter på barnet | Långtidseffekter på barnet | Kommentarer |
|---------------------------------------|--|--|---|---|-------------------------------|--|
| Wilson, SJ 2007 [78] USA | Skolbaserade program för att förebygga utagerande beteenden 249 studier inkluderade Publicerat från 1950. Senaste datum framgår inte | Utfall: Aggressivt eller våldsamt beteende (slagsmål, mobbing etc), disrup- tive eller bådadera. Rapporterade på engelska | Ingen kvalitets- granskning | Universella program: SMD 0,21 för aggressivt/ "disruptive" beteende, skattat av lärare Selektiva/indikerade program: SMD 0,29 Multimodala program: SMD 0,05 | Beräknades inte | 1/4 av studierna rörde program utan manual. 40% av studierna härrörde från avhandlingar och annat, icke-publicerat material. Analys med "random effects" enbart. Breda KI som inte kvanti- fieras i texten |
| Hahn et al 2007 [79] USA | Universella, skol- baserade program för att förebygga våld och aggressivt beteende. PubMed, EMBASE, ERIC, ASSI, Psych Info m fl. Böcker och myndighetsrap- porter inkluderades också. Publicerat före december 2004 53 studier inklu- derades | Utfall: Våld eller "proxy för våld" (CD, mått på exter- naliserat beteende, utagerande beteende, "delinquency"). Studierna skulle ha >20 deltagare per grupp | Kvalitetsgraderat enligt Community guide's normer. Studier med god eller måttlig kvalitet inklu- derades; studier med <1 års uppföljning fick "straffpoäng". Effekt beräknades på resultat när bortfallet var <30%. Effekten mättes som relativ ändring (%) | Medianeffekt över alla åldrar var 15% relativ minskning i våldsamt uppförande | Effekten avtog med tiden | 12 studier mätte effekt med "proxymått" |

CD = Conduct Disorder; ODD = Oppositional Defiant Disorder; RCT = Randomised Controlled Trial, Randomiserad kontrollerad undersökning; SMD = Standard Mean Difference, Standardavvikelse

Referenser

1. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, et al. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci* 2005;6:151-75.
2. Koth CW, Bradshaw CP, Leaf PJ. Teacher observation of classroom adaptation – checklist: Development and factor structure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 2009;42:15-30.
3. Sawyer MG, MacMullin C, Graetz B, Said JA, Clark JJ, Baghurst P. Social skills training for primary school children: a 1-year follow-up study. *J Paediatr Child Health* 1997;33:378-83.
4. Grossman DC, Neckerman HJ, Koepsell TD, Liu PY, Asher KN, Beland K, et al. Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997;277:1605-11.
5. Ialongo N, Poduska J, Werthamer L, Kellam S. The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *J Emot Behav Disord* 2001;9:146-160.
6. Ialongo NS, Werthamer L, Kellam SG, Brown CH, Wang S, Lin Y. Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and anti-social behavior. *Am J Community Psychol* 1999;27:599-641.
7. Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, Toyinbo P, et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2008;95 Suppl 1:S5-S28.
8. van Lier PA, Vuijk P, Crijnen AA. Understanding mechanisms of change in the development of antisocial behavior: the impact of a universal intervention. *J Abnorm Child Psychol* 2005;33:521-35.
9. Vuijk P, van Lier PA, Crijnen AA, Huizink AC. Testing sex-specific pathways from peer victimization to anxiety and depression in early adolescents through a randomized intervention trial. *J Affect Disord* 2007;100:221-6.
10. Connell AM, Dishion TJ, Yasui M, Kavanagh K. An adaptive approach to family intervention: linking engagement in family-centered intervention to reductions in adolescent problem behavior. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:568-79.
11. Webster-Stratton C. Teaching mothers through videotape modeling to change their children's behavior. *J Pediatr Psychol* 1982;7:279-94.
12. Webster-Stratton C. Intervention approaches to conduct disorders in young children. *Nurse Pract* 1983;8:23-4, 29, 33-4.
13. Webster-Stratton C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:666-78.
14. Webster-Stratton C. The effects of father involvement in parent training for conduct problem children. *J Child Psychol Psychiatry* 1985;26:801-10.

15. Webster-Stratton C. Systematic comparison of consumer satisfaction of three cost-effective parent training programs for conduct problem children. *Behav Ther* 1989;20:103-15.
16. Webster-Stratton C, Hollinsworth T, Kolpacoff M. The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:550-3.
17. Webster-Stratton C, Kolpacoff M, Hollinsworth T. Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: comparison with two cost-effective treatments and a control group. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:558-66.
18. Drugli MB, Larsson B. Children aged 4-8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: generalisation effects to day-care and school settings. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15:392-9.
19. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competencies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:715-30.
20. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in head start. *J Clin Child Psychol* 2001;30:283-302.
21. Gross D, Fogg L, Webster-Stratton C, Garvey C, Julion W, Grady J. Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:261-78.
22. Gross D, Garvey C, Julion W, Fogg L, Tucker S, Mokros H. Efficacy of the Chicago parent program with low-income African-American and Latino parents of young children. *Prev Sci* 2009;10:54-65.
23. Brotman LM, Dawson-McClure S, Gouley KK, McGuire K, Burraston B, Bank L. Older siblings benefit from a family-based preventive intervention for preschoolers at risk for conduct problems. *J Fam Psychol* 2005;19:581-91.
24. Brotman LM, Gouley KK, Huang KY, Rosenfelt A, O'Neal C, Klein RG, et al. Preventive intervention for preschoolers at high risk for antisocial behavior: long-term effects on child physical aggression and parenting practices. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:386-96.
25. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner K. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*. 2003;1:1-12.
26. Bodenmann G, Cina A, Ledermann T, Sanders MR. The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: A comparison with two other treatment conditions. *Behav Res Ther* 2008;46:411-27.
27. Heinrichs N, Hahlweg K, Bertram H, Kuschel A, Naumann S, Harstick S. The 1-year efficacy of a parent-training in the universal prevention of child-behavior problems: Results from mothers and fathers. *Z Klin Psychol Psychother* 2006;35:82-96.

28. Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, et al. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prev Sci* 2005;6:287-304.
29. DeGarmo DS, Forgatch MS. Early development of delinquency within divorced families: evaluating a randomized preventive intervention trial. *Dev Sci* 2005;8:229-39.
30. Degarmo DS, Forgatch MS. Efficacy of parent training for stepfathers: From playful spectator and polite stranger to effective stepfathering. *Parent Sci Pract* 2007;7:331-55.
31. Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE, Plummer BA, Greene SM, Anderson ER, et al. Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:1874-81.
32. Wolchik SA, West SG, Sandler IN, Tein JY, Coatsworth D, Lengua L, et al. An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:843-56.
33. Sandler IN, Ayers TS, Wolchik SA, Tein JY, Kwok OM, Haine RA, et al. The family bereavement program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:587-600.
34. Eddy JM, Reid JB, Fetrow RA. An elementary school-based prevention program targeting modifiable antecedents of youth delinquency and violence: Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT). *J of Emot Behav Disord* 2000;8:165-176.
35. Reid JB, Eddy JM, Fetrow RA, Stoolmiller M. Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *Am J Community Psychol* 1999;27:483-517.
36. Stoolmiller M, Eddy JM, Reid JB. Detecting and describing preventive intervention effects in a universal school-based randomized trial targeting delinquent and violent behavior. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:296-306.
37. Eddy MJ, Reid JB, Stoolmiller M, Fetrow RA. Outcomes during middle school for an elementary school-based preventive intervention for conduct problems: follow-up results from a randomised trial. *Behav Ther* 2003;34:535-52.
38. Kratochwill TR, McDonald L, Levin JR, Bear-Tibbetts HY, Demaray MK. Families and schools together: An experimental analysis of a parent-mediated multi-family group program for American Indian children. *J Sch Psychol* 2004;42:359-83.
39. Tolan P, Gorman-Smith D, Henry D. Supporting families in a high-risk setting: proximal effects of the SAFEChildren preventive intervention. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:855-69.
40. Tolan PH, Gorman-Smith D, Henry D, Schoeny M. The benefits of booster interventions: evidence from a family-focused prevention program. *Prev Sci* 2009;10:287-97.

41. Rotheram-Borus MJ, Lee M, Lin YY, Lester P. Six-year intervention outcomes for adolescent children of parents with the human immunodeficiency virus. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:742-8.
42. Rotheram-Borus MJ, Lee M, Leonard N, Lin YY, Franzke L, Turner E, et al. Four-year behavioral outcomes of an intervention for parents living with HIV and their adolescent children. *AIDS* 2003;17:1217-25.
43. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Gwadz M, Draimin B. An intervention for parents with AIDS and their adolescent children. *Am J Public Health* 2001;91:1294-302.
44. Martinez CR, Jr., Forgatch MS. Preventing problems with boys' non-compliance: effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:416-28.
45. Stewart-Brown S, Patterson J, Mockford C, Barlow J, Klimes I, Pyper C. Impact of a general practice based group parenting programme: quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months. *Arch Dis Child* 2004;89:519-25.
46. Patterson J, Barlow J, Mockford C, Klimes I, Pyper C, Stewart-Brown S. Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2002;87:472-7.
47. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: utilization, cost effectiveness, and outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36:1141-59.
48. Gardner F, Shaw DS, Dishion TJ, Burton J, Supplee L. Randomized prevention trial for early conduct problems: effects on proactive parenting and links to toddler disruptive behavior. *J Fam Psychol* 2007;21:398-406.
49. Dishion TJ, Shaw D, Connell A, Gardner F, Weaver C, Wilson M. The family check-up with high-risk indigent families: preventing problem behavior by increasing parents' positive behavior support in early childhood. *Child Dev* 2008;79:1395-414.
50. Dishion TJ, Andrews DW. Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:538-48.
51. Lochman JE, Wells KC. Effectiveness of the coping power program and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a 1-year follow-up. *Behav Ther* 2003;34:493-515.
52. Lochman JE, Wells KC. The coping power program for preadolescent aggressive boys and their parents: Outcome effects at the 1-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:571-8.
53. Prinz RJ, Blechman EA, Dumas JE. An evaluation of peer coping skills training for childhood aggression. *J Clin Child Psychol* 1994;23:193-203.
54. Barrera M, Jr, Biglan A, Taylor TK, Gunn BK, Smolkowski K, Black C, et al. Early elementary school intervention to

- reduce conduct problems: a randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children. *Prev Sci* 2002;3:83-94.
55. Smolkowski K, Biglan A, Barrera M, Taylor T, Black C, Blair J. Schools and homes in partnership (SHIP): long-term effects of a preventive intervention focused on social behavior and reading skill in early elementary school. *Prev Sci* 2005;6:113-25.
56. Cavell TA, Hughes JN. Secondary prevention as context for assessing change processes in aggressive children. *J School Psychol* 2000;38:199-235.
57. Tremblay RE, McCord J, Boileau H, Charlebois P, Gagnon C, Le Blanc M, et al. Can disruptive boys be helped to become competent? *Psychiatry* 1991;54:148-61.
58. Tremblay RE, Pagani-Kurtz L, Masse LC, Vitaro F, Pihl RO. A bi-modal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:560-8.
59. McCord J, Tremblay RE, Vitaro F, Desmarais-Gervais, L. Boys' disruptive behavior school adjustment, and delinquency: The montreal prevention experiment. *Int J Behav Dev* 1994;17:739-52.
60. Vitaro F, Tremblay RE. Impact of a prevention program on aggressive children's friendships and social adjustment. *J Abnorm Child Psychol* 1994;22:457-75.
61. Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. Conduct Problems Prevention Research Group. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:631-47.
62. Evaluation of the first 3 years of the Fast Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *J Abnorm Child Psychol* 2002;30:19-35.
63. Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Foster EM, Greenberg MT, Lochman JE, et al. The effects of the fast track program on serious problem outcomes at the end of elementary school. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004;33:650-61.
64. Lavalley KL, Bierman KL, Nix RL. The impact of first-grade friendship group experiences on child social outcomes in the fast track program. *J Abnorm Child Psychol* 2005;33:307.
65. Conduct Problems Prevention Research Group. Fast Track randomized controlled trial to prevent externalizing psychiatric disorders: Findings from grades 3 to 9. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1250.
66. Predictor variables associated with positive Fast Track outcomes at the end of third grade. *J Abnorm Child Psychol* 2002;30:37-52.
67. Slough NM, McMahan RJ, Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Foster EM, et al. Preventing serious conduct problems in school-age youth: The Fast Track program. *Cogn Behav Pract* 2008;15:3-17.
68. Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. Conduct Problems Prevention Research Group. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:648-57.
69. August GJ, Realmuto GM, Hektner JM, Bloomquist ML. An integrated components preventive intervention for aggres-

- sive elementary school children: The Early Risers program. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:614-26.
70. August GJ, Bloomquist ML, Lee SS, Realmuto GM, Hektner JM. Can evidence-based prevention programs be sustained in community practice settings? The Early Risers' Advanced-Stage Effectiveness Trial. *Prev Sci* 2006;7:151-65.
71. August GJ, Hektner JM, Egan EA, Realmuto GM, Bloomquist ML. The early risers longitudinal prevention trial: Examination of 3-year outcomes in aggressive children with intent-to treat and as-intended analyses. *Psychol Addict Behav* 2002;16:S27-S39.
72. Bernat DH, August GJ, Hektner JM, Bloomquist ML. The early risers preventive intervention: Testing for six-year outcomes and mediational processes. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:605-617.
73. August GJ, Lee SS, Bloomquist ML, Realmuto GM, Hektner JM. Dissemination of an evidence-based prevention innovation for aggressive children living in culturally diverse, urban neighborhoods: the Early Risers effectiveness study. *Prev Sci* 2003;4:271-86.
74. August GJ, Lee SS, Bloomquist ML, Realmuto GM, Hektner JM. Maintenance effects of an evidence-based prevention innovation for aggressive children living in culturally diverse urban neighborhoods: The early risers effectiveness study. *J Emot Behav Disord* 2004;12:194-205.
75. Hawkins C. The effects of eczema on children and their families: a review. *Paediatr Nurs* 2005;17:35-9.
76. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:226-34.
77. Hawkins JD, Kosterman R, Catalano RF, Hill KG, Abbott RD. Effects of social development intervention in childhood 15 years later. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:1133-41.
78. Wilson SJ, Lipsey MW. School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2007;33:S130-43.
79. Hahn R, Fuqua-Whitley D, Wethington H, Lowy J, Crosby A, Fullilove M, et al. Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. *Am J Prev Med* 2007;33:S114-29.
80. Wilson DB, Gottfredson DC, Najaka SS. School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *J Quant Criminol* 2001;17:247-272.
81. Hundert J, Boyle MH, Cunningham CE, Duku E, Heale J, McDonald J, et al. Helping children adjust a Tri-Ministry Study: II. Program effects. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:1061-73.
82. Cairns RB, Cairns BD. *Lifelines and risks. Pathways of youth in our time.* Cambridge University Press; 1994.
83. Dishion TJ, Poulin F, Burraston B. Peer group dynamics associated with iatrogenic effects in group interventions with high-risk young adolescents. *New Dir Child Adolesc Dev* 2001:79-92.

84. Dishion TJ, McCord J, Poulin F. When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *Am Psychol* 1999;54:755-64.
85. Warren K, Moberg DP, McDonald L. FAST and the arms race: the interaction of group aggression and the families and schools together program in the aggressive and delinquent behaviors of inner-city elementary school students. *J Prim Prev* 2006;27:27-45.
86. Palinkas LA, Atkins CJ, Miller C, Ferreira D. Social skills training for drug prevention in high-risk female adolescents. *Prev Med* 1996;25:692-701.
87. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Feighner JA. Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics* 2000;106:792-7.
88. Mager W, Milich R, Harris MJ, Howard A. Intervention groups for adolescents with conduct problems: is aggregation harmful or helpful? *J Abnorm Child Psychol* 2005;33:349-62.
89. Weisz B, Caron A, Ball S, Tapp J, Johnson M, Weisz JR. Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youths. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:1036-44.
90. Mockford C, Barlow S. Parenting programme: some unintended consequences. *Prim Health Care Res Dev* 2004;5:219-227.
91. Passman RH, Adams RE. Preferences for mothers and security blankets and their effectiveness as reinforcers for young children's behaviors. *J Child Psychol Psychiatry* 1982;23:223-36.
92. Szapocznik J, Prado G. Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: a recommendation for expanded safety monitoring. *J Fam Psychol* 2007;21:468-78.
93. Edwards RT, Ceilleachair A, Bywater T, Hughes DA, Hutchings J. Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *BMJ* 2007;334:682.
94. Foster EM, Jones DE. The economic analysis of prevention: An illustration involving children's behavior problems. *J Ment Health Policy Econ* 2007;10:165-75.
95. DeGarmo DS, Patterson GR, Forgatch MS. How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prev Sci* 2004;5:73-89.
96. Forgatch MS, DeGarmo DS. Parenting through change: an effective prevention program for single mothers. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:711-24.
97. Patterson GR, DeGarmo D, Forgatch MS. Systematic changes in families following prevention trials. *J Abnorm Child Psychol* 2004;32:621-33.
98. Fisher R. School-based family support: Evidence from an exploratory field study. *Fam Soc* 2003;84:339-47.
99. McDonald L, Billingham S, Conrad T, Morgan N, Payton E. Families and Schools Together (FAST): Integrating

- community development with clinical strategies. *Fam Soc* 1997;78:140-55.
100. Hops H, et al. CLASS: A standardized in-class program for acting-out children: II Field test evaluations. *J Educ Psychol* 1978;70:636-644.
101. Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ, et al. Using the Fast Track randomized prevention trial to test the early-starter model of the development of serious conduct problems. *Dev Psychopathol* 2002;14:925-43.
102. Bry BH. Reducing the incidence of adolescent problems through preventive intervention: one- and five-year follow-up. *Am J Community Psychol* 1982;10:265-76.
103. Shaw DS, Dishion TJ, Supplee L, Gardner F, Arnds K. Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:1-9.
104. Foster EM, Jones DE. The economic analysis of prevention: an illustration involving children's behavior problems. *J Ment Health Policy Econ* 2007;10:165-75.
105. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev* 2006;26:86-104.
106. Lösel F, Beelmann A. Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: A systematic review of randomized evaluations. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2003;587:84-109.
107. Myrton J, DiGuseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD004606.
108. Barlow J, Parsons J. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003: CD003680.
109. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol* 2008;36:567-89.

Studier med låg studiekvalitet – Utagerande problem

August GJ, Egan EA, Realmuto GM, Hektner JM. Parceling component effects of a multifaceted prevention program for disruptive elementary school children. *J Abnorm Child Psychol* 2003;31:515-27.

Borowsky IW, Mozayeny S, Stuenkel K, Ireland M. Effects of a primary care-based intervention on violent behavior and injury in children. *Pediatrics* 2004;114:e392-9.

Cho H, Hallfors DD, Sanchez V. Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth. *J Abnorm Child Psychol* 2005;33:363-74.

Cummings EM, Faircloth WB, Mitchell PM, Cummings JS, Schermerhorn AC. Evaluating a brief prevention program for improving marital conflict in community families. *J Fam Psychol* 2008;22:193-202.

Farrell AD, Meyer AL. The effectiveness of a school-based curriculum for reducing violence among urban sixth-grade students. *Am J Public Health* 1997;87:979-84.

Gardner F, Burton J, Klimes I. Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:1123-32.

Graham-Bermann SA, Lynch S, Banyard V, DeVoe ER, Halabu H. Community-based intervention for

children exposed to intimate partner violence: An efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:199-209.

Hallfors D, Cho H, Sanchez V, Khatapoush S, Kim HM, Bauer D. Efficacy vs effectiveness trial results of an indicated model substance abuse program: implications for public health. *Am J Public Health* 2006;96:2254-9.

Harrington NG, Giles SM, Hoyle RH, Feeney GJ, Yungbluth SC. Evaluation of the All Stars character education and problem behavior prevention program: effects on mediator and outcome variables for middle school students. *Health Educ Behav* 2001;28:533-46.

Hemphill SA, Littlefield L. Evaluation of a short-term group therapy program for children with behavior problems and their parents. *Behav Res Ther* 2001;39:823-41.

Herrmann DS, McWhirter JJ. Anger & aggression management in young adolescents: An experimental validation of the SCARE program. *Educ Treat Children* 2003;26:273-302.

Jakobsson C, Wellin, J. ACT Stress i skolan – En tvåårsuppföljning av interventionsbehandlingen. 2006:3-72.

Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T, Eames C. Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention

- for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child Care Health Dev* 2008;34:380-90.
- Karcher MJ. The study of mentoring in the learning environment (SMILE): a randomized evaluation of the effectiveness of school-based mentoring. *Prev Sci* 2008;9:99-113.
- Komro KA, Perry CL, Veblen-Mortenson S, Stigler MH, Bosma LM, Munson KA, et al. Violence-related outcomes of the D.A.R.E. plus project. *Health Educ Behav* 2004;31:335-54.
- Kraag G, Van Breukelen GJ, Kok G, Hosman C. 'Learn Young, Learn Fair', a stress management program for fifth and sixth graders: longitudinal results from an experimental study. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:1185-95.
- Lochman JE, Coie JD, Underwood MK, Terry R. Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and nonaggressive, rejected children. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:1053-8.
- Maguin E, et al. The path to alcohol problems through conduct problems: A family-based approach to very early intervention with risk. *J Res Adolesc* 1994;4:249-69.
- Owens JS, Richerson L, Beilstein EA, Crane A, Murphy CE, Vancouver JB. School-based mental health programming for children with inattentive and disruptive behavior problems: first-year treatment outcome. *J Atten Disord* 2005;9:261-74.
- Reid MJ, Webster-Stratton C, Hammond M. Enhancing a classroom social competence and problem-solving curriculum by offering parent training to families of moderate- to high-risk elementary school children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2007;36:605-20.
- Skroban SB, Gottfredson DC, Gottfredson GD. A school-based social competency promotion demonstration. *Eval Rev* 1999;23:3-27.
- Stormshak EA, Dishion TJ, Light J, Yasui M. Implementing family-centered interventions within the public middle school: linking service delivery to change in student problem behavior. *J Abnorm Child Psychol* 2005;33:723-33.
- Tucker S, Gross D, Fogg L, Delaney K, Lapporte R. The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2-year-olds. *Res Nurs Health* 1998;21:199-210.
- Weiss B, Harris V, Catron T, Han SS. Efficacy of the RECAP intervention program for children with concurrent internalizing and externalizing problems. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:364-74.

5. Program för att förebygga internaliserade problem

Evidensgraderade resultat

Universell prevention

- Det går inte att bedöma om universella skolprogram varaktigt minskar depressiva symtom hos barn. Studierna visar motstridiga resultat och effekterna är obetydliga eller saknas (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Skolprogrammet FRIENDS som universell prevention minskar symtomen på ångest hos barn mellan 10 och 13 år i åtminstone ett år efter avslutad prevention (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är liten (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om andra universella skolprogram minskar ångestsymtom hos barn. Studierna visar motstridiga resultat (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om universella skolprogram har effekt på andra symtom på psykisk ohälsa av inåtvänd typ hos barn och ungdomar. Kontrollerade studier saknas (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Selektiv prevention

- Det går inte att bedöma om selektiva preventionsprogram varaktigt kan minska symtomen på depression eller ångest hos barn. Studierna är få och heterogena (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om program för selektiv prevention kan förebygga andra symtom på psykisk ohälsa av inåtvänd typ hos barn. Det saknas studier (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Indikerad prevention

- Programmet Coping with Stress (CWS) som indikerad prevention minskar risken för barn och ungdomar att få diagnosen depression inom ett år efter avslutad intervention (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Effekten är måttlig (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma effekter av Beardslees familjeintervention. Programmet är lika effektivt som föreläsningar men har inte jämförts med inaktiv kontroll (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Skolbaserade program som indikerad prevention minskar graden av depressiva symtom hos barn och ungdomar i upp till två år efter avslutad prevention men effekterna är mycket små (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om indikerade program kan minska graden av ångestsymtom hos barn på såväl kort som lång sikt. Det finns för få studier (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om indikerade program kan förebygga självmordstankar och självmordsbeteende pga få studier med mestadels låg studiekvalitet (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om indikerade program kan förebygga andra symtom på psykisk ohälsa av inåtvänd typ hos barn och ungdom. Det saknas studier (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Övriga resultat

- Inåtvända problem är vanligare bland flickor än bland pojkar. I den utsträckning som könsskillnader rapporteras tyder de på att flickor kan ha större nytta av program för att förebygga ångest och depression, men resultaten är inte entydiga (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om programmens effekter påverkas av ålder eller etnisk bakgrund. Studierna är för få och för heterogena (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att identifiera komponenter i programmen som skulle vara särskilt betydelsefulla för effekten. Studierna är för heterogena (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma hur effekten påverkas av kompetensen hos utföraren. Huvuddelen av studierna har haft specialutbildad personal (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma vilka risker som kan förknippas med att använda program för att förebygga internaliserade problem. Antalet studier är för litet (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om program för att förebygga psykisk ohälsa av internaliserad typ är kostnadseffektiva. Det finns för få studier (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Inledning

Med internaliserade problem avses t ex depression, ångest, ätstörningar, självska debeteende eller självmordstankar. Detta kapitel redovisar granskningen av program som syftar till att förebygga internaliserade problem.

Den generella frågan om effekten av programmen delades upp på samma sätt som för utagerande problem (se Kapitel 4). Även övriga frågor överensstämde med dem som avsåg utagerande problem (se Kapitel 4).

Vid bedömning av det vetenskapliga underlaget har vi utgått från att programmen inom respektive typ av prevention har likartad inriktning och uppläggning och därför är jämförbara.

De utfallsmått som vi bedömde vara relevanta var symtomskattningsskalor och andel barn som hade en psykiatrisk diagnos vid uppföljning.

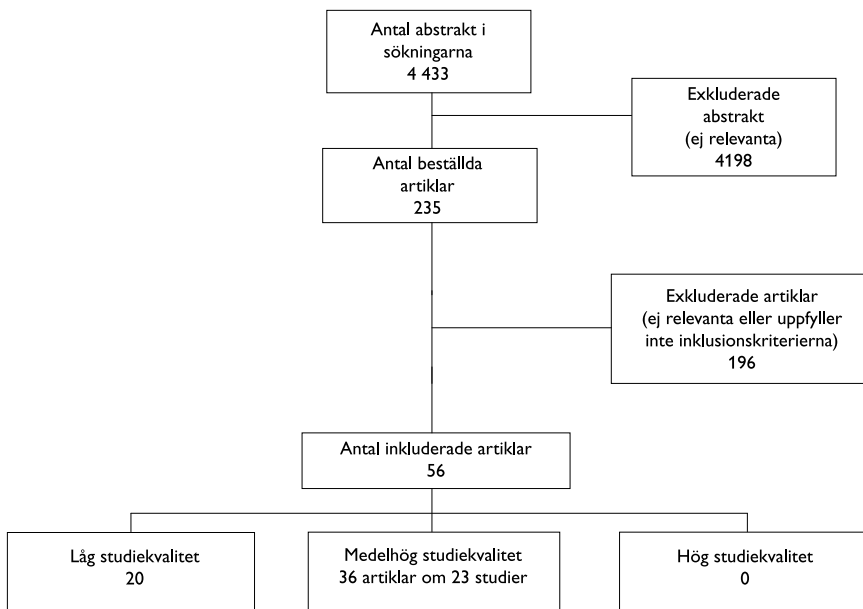
Inklusions- och kvalitetskriterier

Inklusionskriterier och kvalitetskriterier var desamma som för utagerande problem (se Kapitel 4).

Urval av studier

Sökstrategierna finns i Bilaga 1, www.sbu.se/barnpsykohalsa. Sökningarna genererade 4 433 abstrakt om effekt av program för att förebygga internaliserade problem. Av dessa uppfyllde 56 inklusionskriterierna. Den övervägande delen av programmen för internaliserade problem är tänkta att förebygga depression och ångest. Inga av studierna avsåg program för att förebygga självskadebeteende eller ätstörningar. Tre studier rörde självmordstankar. Dessa beskrivs i Avsnitt ”Program för suicidprevention” och ”Program för att förebygga ätstörningar”.

Figur 5.1 visar ett flödesschema för hur urvalet av studier gick till.



Figur 5.1 Flödesschema för urval av studier om internaliserade problem.

Trettiosex artiklar om 23 studier bedömdes ha medelhög och 20 artiklar låg studiekvalitet. Två studier var metodologiskt välgjorda men hade för kort uppföljningstid för att ha hög studiekvalitet. Artiklarna med låg studiekvalitet är sammanställda i separat referenslista sist i kapitlet.

Av studierna med medelhög studiekvalitet var 22 randomiserade. Endast två av dem beskrev en tillfredsställande metod för randomisering. Fyra av de randomiserade studierna hade en blindad utvärderare.

Programmen byggde med få undantag på KBT [1] och/eller social inlärningsteori [2]. De program som hade minst en studie av hög eller medelhög kvalitet var Penn Prevention Program (PPP, även kallat Penn Resilience Program eller Penn Optimist Program), Resourceful Adolescent Program (RAP), Program Solving for Life (PSFL), LISA-T/LARS&LISA, FRIENDS, Coping with Stress Course (CWS),

BeyondBlue, Aussie Optimism Program och Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety (NUPP-SA) (se Tabell 5.1). Programmen är beskrivna i en sammanfattande tabell i Bilaga 2 på SBU:s hemsida, www.sbu.se/barnpsykohalsa. Family Bereavement Program som granskats i Kapitel 4 är även avsett att förebygga inåtvända problem och utgör ett elfte program.

Tabell 5.1 Program för att förebygga internaliserade symtom som ingår i granskningen

| Programtyp | Universella | Selektiva | Indikerade |
|-------------|---|--|--|
| Multimodala | RAP BeyondBlue NUPP-SA | | |
| Skolprogram | Penn Prevention Program FRIENDS PSFL CWS-baserat program LISA-T/LARS&LISA | Penn Prevention Program Aussie Optimism Program | Penn Prevention Program FRIENDS (Coping Koala) PSFL CWS |
| Familjestöd | | Family Bereavement Program | Beardslees familjeintervention |

CWS = Coping with stress course; NUPP-SA = Norwegian universal preventive program for social anxiety; PSFL = Program solving for life; RAP = Resourceful adolescent program.

Effekt av universella program för ångest och depression

Det vetenskapliga underlaget utgjordes av 11 studier, beskrivna i 16 artiklar med medelhög studiekvalitet. De undersökte effekterna av programmen PPP, FRIENDS, RAP, PSFL, NUPP-SA, LISA-T/LARS&LISA och BeyondBlue. Data från studierna är sammanfattade i Tabell 5.5 som finns i slutet av kapitlet.

Penn Prevention Program (PPP) har sitt ursprung i ett amerikanskt forskningsprogram med syftet att förebygga framtida depressiva symtom hos 10–13-åringar i riskzon. Programmet, som inte är utvärderat eller använt i Sverige, har en kognitiv och en social huvudkomponent [3]. Vi identifierade 15 studier som har undersökt effekten av PPP. Endast åtta av dem uppfyllde våra inklusionskriterier. Fyra av dem, presenterade i åtta publikationer, har medelhög studiekvalitet. De är genomförda i USA och Australien. De studier som bedömdes ha låg studiekvalitet finns förtecknade i slutet av kapitlet.

PPP har utvärderats för såväl universell som selektiv och indikerad prevention. De studier som undersöker effekterna för selektiv respektive indikerad prevention beskrivs i Avsnitten ”Effekt av selektiva program för ångest och depression” och ”Effekt av indikerade program för ångest och depression”. Gillham och medarbetare genomförde den enda studien av universell prevention [4]. Cirka 4 000 elever från tre skolor i USA inbjöds till studien men bara drygt 700 av dem accepterade att delta. Barn med förhöjda nivåer av depressiva symtom exkluderades. Här jämfördes PPP med en aktiv placebo (Penn Enhancement Program, närmast en uppmärksamhetssträning), samt med ingen intervention och barnen följdes upp under tre år. Den enda signifikanta skillnaden var att en mindre andel av PPP-gruppen hade klinisk nivå av symtom, OR 0,61 (95% KI 0,40 till 0,95) vid uppföljningen. Tolkningen av resultaten försvåras av att två av skolorna fick en varaktig effekt av PPP med medelhög effektstorlek. För den tredje skolan var programmet inte effektivt. Författarna kunde inte finna någon förklaring till att resultaten varierade mellan skolorna. En svaghet i studien är att nära hälften av eleverna hade fallit bort efter tre år.

FRIENDS baseras på kognitiv beteendeterapi och syftar till att lära barn och unga att hantera ångestkänslor. Programmet finns i två versioner, en för yngre barn, 7–11 år, och en för ungdomar, 12–16 år [5]. Programmet är spritt i många länder, framför allt Australien men även i USA, Kanada och i europeiska länder som t ex Finland och Nederländerna [6]. *FRIENDS* består av undervisning om och träning i att känna igen ångestsymtom, att slappna av, motarbeta negativa tankar och att lösa problem. Programmet pågår under 10 veckor i grupper om 20–30 barn och med två uppföljningsmöten efter en respektive tre månader. Därtill kommer ett par föräldrasammankomster. *FRIENDS* har utvärderats i elva kontrollerade studier varav fyra (publicerade i sju artiklar) inkluderades. Tre av studierna hade medelhög studiekvalitet [7–12] och den fjärde låg [13].

De australiensiska programutvecklarna har utvärderat *FRIENDS* som universell prevention i två studier. Båda studierna omfattade mer än 500 elever i åldrarna 10–13 år och programmet ingick i den ordinarie skolundervisningen. Lowry-Webster och medarbetare [11,12] följde upp effekten efter ett år. I interventionsgruppen minskade den genomsnittliga poängen på symtomskattningsskalan Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) för ångest signifikant mer än i kontrollgruppen. Dessutom minskade andelen barn som uppfyllde diagnostiska kriterier på ångest mer i interventionsgruppen. Däremot sågs inga skillnader mellan grupperna på en annan symtomskattningsskala för ångest, Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS). En möjlig förklaring till avvikelsen är att RCMAS inte är särskilt sensitivt för förändring. I några studier där behandlingseffekter varit signifikanta när de bedömts av blindade utvärderare har inte RCMAS visat motsvarande förändring [14]. En ytterligare effekt av programmet var att de barn som skattat högt på en depressionskala förbättrades med avseende på depression.

I den andra studien undersökte Barrett och medarbetare samt Lock och medarbetare om kön eller ålder påverkade effekten upp till tre år efter det att programmet avslutats [7,10,15]. Även i denna studie minskade ångestsymtom mätt med SCAS men inte med RCMAS, men enbart för barn i årskurs sex. Däremot sågs inga skillnader mellan grupperna i årskurs nio. Barrett och medarbetare observerade också att flickor

i interventionsgruppen fick signifikant lägre ångestnivåer än flickor i kontrollgruppen upp till två år efter interventionen. Därefter försvann effekten. För pojkar sågs inga signifikanta effekter på ångest. Programmet minskade inte symtomen på depression hos vare sig flickor eller pojkar i denna studie.

Även *Resourceful Adolescent Program* (RAP) utvecklades i Australien. Programmet finns i flera versioner, med tillägg av föräldrakomponent eller lärarkomponent samt en modifierad form för föräldrar från ursprungsbefolkningen. Programmet har sin teoretiska utgångspunkt i KBT och interpersonell psykoterapi. En studie med medelhög kvalitet [16] och två med låg studiekvalitet identifierades [17,18].

Programutvecklarna, Shochet och medarbetare, jämförde RAP enbart med RAP med tillägg av en föräldrakomponent samt med en kontrollgrupp [16]. Studien genomfördes i årskurs nio i en skola och med ett relativt litet antal elever (totalt cirka 200). För att undvika att kontakter mellan barn i kontroll- och interventionsgrupperna skulle påverka resultatet utgjorde barn i årskurs nio under ett läsår kontrollgrupp. Barnen som gick i årskurs nio året därefter allokerades till RAP med eller utan familjekomponent. Ungdomarna i interventionsgrupperna hade signifikant lägre nivå av depression och känsla av hopplöshet både ”post test” och vid uppföljning tio månader senare. Värdet av att engagera föräldrarna gick inte att bedöma eftersom få föräldrar deltog i programmet.

Problem Solving for Life (PSFL) är en lärarledd, universell intervention utvecklad av australiensiska forskare [19] för att förebygga depression hos tonåringar. Programmet innehåller en kognitiv komponent och en del med social färdighetsträning. Två studier (tre artiklar) med medelhög kvalitet [19–21] och en studie med låg kvalitet identifierades [18].

Spence och medarbetare genomförde en klusterrandomiserad studie av PSFL med 1 500 högstadiel elever från 16 parvis matchade skolor [19,21]. De elever som hade symptom på depression vid studiens början analyserades separat. Ungdomarna följdes upp årligen under fyra år. Inga signifikanta skillnader över tid påvisades i någon av grupperna.

I den andra studien randomiserade Sheffield och medarbetare närmare 2 500 skolbarn i årskurs nio [20]. Studien jämförde effekterna på depression och ångest av dels en universell komponent dels en indikerad komponent och dels en kombination av universell och indikerad komponent och en kontrollgrupp. Endast barn som hade förhöjda symtom på depression ingick i de två grupperna med indikerad prevention. Barnen följdes upp efter tolv månader. Trots att studien var tillräckligt stor för att kunna fånga även mycket små effekter kunde den inte påvisa några skillnader. Studien var klusterrandomiserad men analyser visade att endast två procent av variationen i data berodde på skillnader mellan skolorna.

Programmen LISA-T (Ease of Handling Social Aspects in Everyday Life) och LARS&LISA har utvecklats av Pössel och medarbetare i Tyskland under 2000-talet [22]. De bygger på kognitiv beteendeterapi och innefattar kognitiva och socialt tränande inslag som t ex rollspel. Interventionerna äger rum inom ramen för det ordinarie skolarbetet, sker i könsuppdelade grupper för att underlätta samarbete, och omfattar två lektionstimmar per vecka i tio veckor. LARS&LISA innehåller dessutom ett motivationsavsnitt, där den unge sätter upp mål och handlingsplaner för att nå målen [23].

Två studier av Pössel och medarbetare med medelhög kvalitet identifierades, båda med uppföljning efter sex månader [22,23]. I studien av LISA-T skilde man mellan ungdomar med minimala depressiva symtom, med depressiva subsyndrom och med klinisk nivå av depressiva symtom. Man fann inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupper på någondera nivå [22]. I LARS&LISA-studien var effekterna av programmet relaterade till kön och till hur mycket symtom ungdomarna hade vid studiens början. Flickor hade nytta av programmet oavsett om de hade mycket depressiva symtom från början eller inte. Detsamma gällde pojkar som inte hade så allvarliga symtom i början av studien. För pojkar med större problem hade däremot programmet negativ effekt. De som ingick i interventionsgruppen försämrades mer än de i kontrollgruppen.

Horowitz och medarbetare jämförde ett icke namngivet KBT-program (men baserat på programmet CWS, se Avsnitt ”Effekt av indikerade

program ångest och depression”) med interpersonell terapi och med en inaktiv kontroll [24]. Horowitz och medarbetare fann att symtomen på depression minskade signifikant mer i interventionsgrupperna i anslutning till att programmen avslutades. Vid uppföljning efter sex månader kvarstod inga skillnader mellan grupperna.

Det australiensiska universella programmet *BeyondBlue* för att förebygga depression är treårigt och består av en skolbaserad intervention med kognitiva och sociala färdighetskomponenter, ett program för att skolmiljön ska bli mer säker och stödjande, samt ett program för undervisnings- och vårdinsatser (”care pathways”). Programmet kompletteras med ett webbaserat kommunforum för information om mentala hälsoproblem. Sawyer och medarbetare utvärderade programmet i en studie på 50 skolor med sammanlagt nära 9 000 barn i årskurs åtta [25]. Kontrollgruppen erbjöds att delta i kommunforumet. Forskarna fann ingen förebyggande effekt på depression och noterade inte heller några könsrelaterade skillnader i effekt.

Aune och medarbetare rapporterade resultaten från en utvärdering av programmet NUPP-SA, som är specifikt inriktat på att förebygga social fobi. Studien genomfördes i två norska län där eleverna i det ena utgjorde kontrollgrupp [26]. Drygt 1 700 högstadiel elever ingick. Programmet omfattade en heldag information till allmänhet och skolsköterskor, föreläsningar för skolpersonal, socialarbetare, allmänläkare och föräldrar samt tre lektioner för barnen baserade på kognitiv beteendeteori. En översikt om social fobi och om programmet publicerades i dagspressen. Böcker och en hemsida som handlade om social fobi fanns tillgängliga. Den skriftliga informationen i press och på hemsida var även tillgängliga för intresserade i det län som var kontroll. Båda grupperna förbättrades men interventionsgruppen hade signifikant större förbättring än kontrollgruppen (Cohen’s $d = 0,2$, dvs en liten effektstorlek). För de barn som redan före start hade förhöjda ångestvärden var effekten av programmet vid uppföljningen efter åtta månader än större (Cohen’s $d = 0,83$, dvs en stor effekt).

Bedömning av effektstorlek

Elva studier presenterade i 16 artiklar utgjorde det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av universell prevention jämfört med inga extra insatser [4,10–12,15,16,19–28]. Studierna omfattar tillsammans över 11 000 deltagare och de är genomförda i grupper som inte kraftigt avviker från svenska barn och ungdomar. Studierna har vissa begränsningar, bl a i form av att de praktiskt taget alltid har enbart barnen som informanter och oftast avser barn från storstadsområden.

Vi utförde metaanalyser för att illustrera effekterna av programmen. Förutom metaanalyser baserade på samtliga barn som inkluderats i studierna undersökte vi också om det kan finnas någon effekt på depressiva symtom hos barn som redan har förhöjd risk för depression.

Det fanns tillräckligt med data för att göra metaanalyser på symtom på depression vid olika tidpunkter. Metaanalyserna visade en hög grad av heterogenitet ($I^2 > 50$ procent i de flesta analyser). Fyra randomiserade studier utgjorde underlaget för en metaanalys av symtom efter sex månader [4,23,24,28] (se Figur 5.2 i slutet av kapitlet). Vi gjorde även motsvarande metaanalyser för effekten på symtom efter 12 månader, 24 månader och 48 månader. Vid samtliga tidpunkter var effekten, uttryckt som ”standard mean difference” (SMD) mindre än 0,10 vilket får ses som en betydelselös effekt.

Tre av studierna undersökte även effekten på barn som vid studiens början hade en individuell, förhöjd risk för att utveckla depression [12,21,28]. Detta illustreras i Figur 5.3. Effekten efter 6–12 månader var liten till måttlig, SMD $-0,32$ (95% KI $-0,52$ till $-0,12$). Studierna var dock så heterogena ($I^2 = 63$ procent) att resultatet snarare får ses som en fingervisning om att programmen kan påverka incidensen av depression.

Sammantaget visar studierna inga eller ringa effekter för att varaktigt minska symtomen på depression, mätt på hela de ingående populationerna och med uppföljningstider upp till fyra år. Men, det går inte heller att utesluta att det kan finnas en effekt. Vi bedömer därför att det veten-

skapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av universella program (se Tabell 5.2 nedan).

I de båda studierna som utvärderar FRIENDS minskar symtomen på ångest hos barn i åldrarna 10 till 13 år på ett års sikt. Evidensstyrkan för FRIENDS sätts till begränsad vetenskapligt stöd (⊕⊕○○) beroende på att studierna enbart har medelhög kvalitet och på att den sammanvägda precisionen är bristfällig.

Vår sista metaanalys avsåg symtom på ångest vid uppföljningstider mellan åtta månader och ett år. Vi kunde använda fyra studier, varav två med programmet FRIENDS, där effekten mättes med symtomskalan SCAS (se Figur 5.4). Heterogeniteten var mycket hög ($I^2 = 90$ procent). Det är inte förvånande eftersom det rör sig om två olika program som är inriktade på ångest och ett program som är utvecklat för att förebygga depression men där man även mätte ångest. Det är därför inte meningsfullt att beräkna en sammanvägd effekt (se Tabell 5.2).

Tabell 5.2 Resultattabell för universella program.

| Effektmått | Antal deltagare (antal studier) | Sammanvägd effekt | Bedömning av vetenskapligt underlag | Kommentar (anledning till poängavdrag) |
|--|---|--------------------------|-------------------------------------|---|
| Symtom på depression efter 6 månader, hela populationen | n=1 288 4 RCT [4,23,24,28] | Ringa eller ingen effekt | Otillräckligt underlag (⊕○○○) | Studiekvalitet (-1) Bristande samstämmighet (-1) Bristande precision (-1) |
| Symtom på depression efter 12 månader, hela populationen | n=9 143 7 RCT [4,10,12,16,19,20,25] | Ringa eller ingen effekt | Otillräckligt underlag (⊕○○○) | Studiekvalitet (-1) Bristande samstämmighet (-1) Bristande precision (-1) |

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.2 fortsättning

| Effektmått | Antal deltagare (antal studier) | Sammanvägd effekt | Bedömning av vetenskapligt underlag | Kommentar (anledning till poängavdrag) |
|--|------------------------------------|------------------------------------|---|---|
| Symtom på depression efter 6–12 månader, riskbarn i populationen | n=415 3 RCT [12,19,28] | -0,32 (95% KI -0,52 till -0,12) | Begränsat underlag (⊕⊕○○) | Studiekvalitet (-1) Bristande precision (-1) |
| Symtom på ångest efter 8–12 månader, hela populationen | n=2 376 4 RCT [11,12,15,20] | Motstridiga resultat | Otillräckligt underlag (⊕○○○) | Studiekvalitet (-1) Bristande samstämmighet (-1) Bristande precision (-1) |

KI = Konfidensintervall; RCT = Randomiserad kontrollerad undersökning

Effekt av selektiva program för ångest och depression

Fyra studier, publicerade i fem artiklar uppfyllde våra inklusionskriterier. Fyra av dem bedömdes ha medelhög studiekvalitet och utgör det vetenskapliga underlaget. Resultaten från studierna är sammanställda i Tabell 5.6. Samtliga studier är utförda i USA eller Australien.

Cardemil och medarbetare undersökte effekterna av PPP på två amerikanska etniska minoriteter i områden med låg socioekonomisk status [29,30]. Afroamerikanska barn rekryterades från en skola och latinoamerikanska från en annan. Eleverna gick i årskurserna 5–8. Programmet innehåll anpassades till de två grupperna. Studien visade att programmet hade signifikant effekt för barnen med spansktalande bakgrund även vid tvåårsuppföljningen. Däremot hade interventionen ingen signifikant effekt på gruppen med de afroamerikanska barnen. På grund av studiens uppläggning är det inte möjligt att särskilja påverkan av socioekonomiska, kulturella och etnicitetsfaktorer, vilket är en klar brist.

Roberts och medarbetare utvärderade *Aussie Optimism* [31]. Programmet bygger på PPP och syftar till att förebygga depression och ångest. Den randomiserade studien utfördes i slumpvis utvalda skolor i de fattigaste delarna av Australien. Programmet infördes universellt. Effekterna mättes direkt efter programmets slut och 18 månader senare. Båda grupperna förbättrades med tiden och det fanns inga signifikanta skillnader mellan dem.

Den tredje studien, av Sandler och medarbetare, har redan beskrivits i Kapitel 4, Avsnitt "Effekt av selektiva program" [32]. Studien avsåg barn vars ena förälder avlidit. Den är en av få som undersöker effekterna av en intervention på såväl internaliserade som externaliserade symtom. Studien visade att även internaliserade symtom, mätt med själv- och föräldraskattningar, minskade signifikant hos flickor som hade högre nivå symtom när studien började. Pojkarna hade ingen nytta av interventionen, oavsett grad av besvär när studien startade.

I och med att de tre studierna är genomförda med helt olika populationer kan de inte vägas samman. Underlaget är därmed otillräckligt för att bedöma effekten av selektiva program.

Effekt av indikerade program för ångest och depression

Sexton artiklar om nio studier ingick i det vetenskapliga underlaget. Samtliga hade medelhög studiekvalitet.

Två studier undersökte effekten av PPP som indikerad prevention. Den första utfördes av Roberts och medarbetare och genomfördes i landsbygdsskolor i Australien [33,34]. I de skolor som randomiserades till PPP leddes programmet av skolsköterskor och psykologer som fått en veckas träning i metoden. De 13 barn i varje klass som hade högst poäng på skattningsskalan Children's Depression Inventory (CDI) kunde delta i programmet. Författarna såg ingen effekt på depression vid någon av uppföljningarna upp till 30 månader efter avslutad intervention. Däremot var den genomsnittliga poängen på ångestskalan RCMAS signifikant lägre i interventionsgruppen vid sexmånadersuppföljningen

(Cohen's $d = 0,24$). Skillnaden försvann vid uppföljning efter 18 månader men återkom efter 30 månader (Cohen's $d = 0,23$). Resultatet kan ha påverkats av att bara 50 procent av barnen deltog i den sista mätningen.

I den andra studien undersökte Jaycox och medarbetare samt Gillham och medarbetare effekten av PPP i två skoldistrikt i Philadelphia [3,35,36]. Föräldrar till barn i årskurserna fem och sex informerades via brev om studien, varav 15 procent valde att låta sitt barn delta i en första kartläggning. Dessa barn screenades för depressiva symtom, och de som hade förhöjda symtomnivåer inbjöds att delta i studien. Effekten av PPP mättes var sjätte månad. Avsikten var att följa barnen under fem år men endast data upp till tre år har publicerats. I och med att författarna inte använde "intention-to-treat" i sina analyser och bortfallet efter två år var cirka 30 procent har de senare uppföljningarna begränsat informationsvärde. Jaycox och medarbetare observerade en signifikant skillnad i depressiva symtom som ökade med tiden t o m uppföljningen vid 24 månader, men därefter försvann effekten. Det bör noteras att barnen kom in i studien genom självselektion vilket kan ha påverkat resultatet.

Coping Koala är en föregångare till FRIENDS. Programmet består av en session om 1–2 timmar i veckan under tio veckor för barnen samt tre föräldraträffar. Programmet har utvärderats i en studie av Dadds och medarbetare [8,9]. Vid uppföljning efter sex månader hade 54 procent av barnen i kontrollgruppen utvecklat en ångestsjukdom jämfört med 16 procent av barnen i interventionsgruppen. Skillnaderna försvann efter ett år. Vid tvåårsuppföljning var skillnaden mellan grupperna åter signifikant (20 procent i interventions- och 39 procent i kontrollgruppen). Antalet händelser var litet, vilket gör att resultatet får tolkas med försiktighet.

FRIENDS utvärderades av Hunt och medarbetare i en australiensisk "effectiveness"-studie på 19 skolor [37]. Programmet leddes av skolkuratorer och effekten följdes upp efter två respektive fyra år. De enda skillnaderna mellan interventions- och kontrollgrupperna var en liten effekt, $SMD -0,16$ (95% KI $-0,20$ till $-0,12$) på ångestsymtom mätt med SCAS efter två år.

Coping with Stress course (CWS) är ett gruppbaserat KBT-inriktat program som syftar till att förebygga depression hos ungdomar med måttliga depressiva symtom. Det är en modifiering av behandlingsprogrammet *Coping with Depression Course* (CWD). Både CWD och CWS är vida spridda. I Sverige ligger CWS till grund för det universella skolbaserade programmet *Depression in Swedish Adolescents* (DISA) som riktar sig till tonårsflickor.

CWS har utvärderats i tre studier som uppfyllde våra inklusionskriterier. I en studie av programutvecklarna, Clarke och medarbetare, med cirka 150 ungdomar i 15-årsålderna sänktes till en början nivån på depressiva symtom mer i interventionsgruppen [38]. Vid uppföljning efter tolv månader hade skillnaden försvunnit. En senare, likartad studie av Clarke och medarbetare [39], med något färre ungdomar, påvisade däremot signifikanta skillnader vid en tvåårsuppföljning både vad gäller antal depressionsepisoder och symtomnivå till behandlingsgruppens fördel, även om skillnaden mellan grupperna minskade över tiden.

Garber och medarbetare undersökte om CWS kunde användas i olika miljöer på större grupper av unga med ökad risk för att få depression [40]. Studien omfattade drygt 300 ungdomar 13–18 år. Uppföljningstiden var nio månader. Även Garber och medarbetare redovisade signifikant färre depressiva episoder och sänkta symtomnivåer hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Stice och medarbetare jämförde ett *kort KBT-program* med självstudier, med en icke-specifik gruppterapi samt med en kontrollgrupp som inte fick någon intervention [41]. Deltagarna rekryterades genom informations-spridning via mail och annonser. De som hade förhöjda nivåer på en skattningsskala för depression erbjöds att ingå i studien. Drygt 300 ungdomar inkluderades. Vid uppföljning efter sex månader uppfyllde signifikant färre barn kriterierna i de tre interventionsgrupperna för egentlig depression jämfört med kontrollgruppen. De tre interventionerna var likvärdiga i effekt.

Den tidigare beskrivna studien av Sheffield och medarbetare (se Avsnitt Effekt av universella program för ångest och depression) hade även en

indikerad del [20]. Mer än 500 elever i årskurs nio med förhöjda nivåer av depressiva symtom randomiserades till antingen PSFL som indikerad intervention eller som en kombination av universell och indikerad prevention eller till kontrollgruppen. Vid uppföljning efter sex månader föreföll det närmast som om eleverna i kontrollgruppen skattade lägre på två symtomskalor. Vid en 12-månadersuppföljning påvisades inga effekter av programmet för interventionsgrupperna, trots att studien var tillräckligt stor för att kunna påvisa små effektskillnader.

Beardslees familjeprogram utvecklades av William Beardslee vid Harvard University på 1980-talet. Det syftar till att minska riskerna för barn till depressiva föräldrar att själva utveckla depression, genom att ge barn och föräldrar kunskap om och förståelse för sjukdomen, förstärka ett positivt samspel i familjen och minska skuld- och skamkänslor hos barnen. Programmet baseras på en standardiserad serie samtal med dels barnen enbart, dels med föräldrarna enbart och dels med hela familjen. Beardslee och medarbetare utvärderade programmet på 138 barn och tonåringar (8–15 år) och 190 föräldrar över en 4,5-årsperiod [42,43]. Som kontroll användes av etiska skäl undervisning under två lektioner och konsultationsstöd. I både interventions- och kontrollgrupperna minskade förekomsten av depressiva symtom signifikant, men man fann däremot inga signifikanta skillnader mellan grupperna. I och med att studien saknade en jämförelsegrupp som inte fick någon intervention är det svårt att bedöma om Beardslees familjeintervention har någon effekt.

Bedömning av effektstorlek

Studier på programmen PPP, FRIENDS, CWS/CWD, PSFL samt ett kort KBT-program utan namn ingick i våra analyser av sammanvägd effekt av program för indikerad prevention. Vi gjorde metaanalyser av programmens effekter på symtomskattning och andel som uppfyllde kriterierna för psykiatrisk diagnos.

Beardslees familjeintervention undantogs från analyserna i och med att programmet inte jämfördes med någon förmodat inaktiv kontroll. Programmet har också en helt annan uppläggning än de övriga programmen. Eftersom endast en studie ingick i granskningen är det

vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma om Beardsoles familjeintervention har någon effekt på depressiva symtom hos barnen.

Två program, PPP och CWS, har utvärderats i mer än en studie. Effekterna av PPP för att minska depressiva symtom undersöktes i två studier. En av dem påvisade en effekt i upp till 24 månader medan den andra inte såg några signifikanta skillnader vid uppföljningar upp till 30 månader. Det vetenskapliga underlaget för PPP är därmed motstridigt och det går inte att dra några slutsatser om effekten.

De tre studierna med CWS undersökte om programmen minskade andelen barn som uppfyllde kriterier för diagnosen depression efter 9–12 månader. Den sammanvägda effekten var signifikant och måttlig, OR 0,49 (95% KI 0,32 till 0,75) (se Figur 5.8). Studierna är relativt små och antalet händelser litet, vilket leder till risk för bristande precision. Vår bedömning är därför att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att CWS har en förebyggande effekt på incidens av depression (⊕⊕○○).

Fem studier om tre program hade uppgifter om depressiva symtom efter sex till nio månader (se Figur 5.5). Metaanalysen talar för att indikerade program minskar symtomen på depression men att effekten är liten, SMD -0,24 (95% KI -0,10 till -0,37). Effekten på längre sikt är svårbedömd, beroende på att det finns en "outlier" [20] men det förefaller som om det finns en mycket liten kvarstående effekt, SMD -0,15 (95% KI -0,32 till 0,02 i upp till två år) (se Figur 5.6 och 5.7). Vi bedömer att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att indikerad prevention minskar graden av depressiva symtom i upp till två år (⊕⊕○○). Evidensstyrkan dras ner av att studierna har medelhög kvalitet och att konfidensintervallen för respektive studier är vida.

Endast en studie, med PPP, mätte effekten på ångestsymtom efter sex månader och såg en signifikant minskning av självskattad ångest [34]. Senare uppföljningar, baserade på två studier, visar motstridiga resultat [33,37]. Det går därmed inte att dra några slutsatser om huruvida ångestsymtom kan minska varaktigt med hjälp av indikerad prevention.

Endast en studie, om FRIENDS, av Dadds och medarbetare har undersökt om program kan minska andelen barn som uppfyller kriterier för någon diagnos på ångest [8,9]. Detta medför att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (⊕○○○).

Tabell 5.3 Resultattabell för program för indikerade program.

| Effektmått | Antal deltagare (antal studier) | Sammanvägd effekt | Bedömning av vetenskapligt underlag | Kommentar (anledning till poängavdrag) |
|--|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| Skattning av depressiva symtom efter 6–9 månader | n=827 5 RCT [3,34,38,40,41] | Liten effekt SMD –0,24 (95% KI –0,10 till –0,37) | Begränsat ⊕⊕○○ | Studiekvalitet (–1) Bristande precision (–1) |
| Skattning av depressiva symtom efter 12–14 månader | n=528 4 RCT [33,35–37,39] | Kan inte bedömas | Otillräckligt ⊕○○○ | Studiekvalitet (–1) Bristande precision (–1) Bristande överensstämmelse (–1) |
| Skattning av depressiva symtom efter 18 till 24 månader | n=549 4 RCT [33,36,37,39] | Trend till liten effekt SMD –0,16 (95% KI –0,32 till 0,02) | Begränsat ⊕⊕○○ | Studiekvalitet (–1) Bristande precision (–1) Bristande överensstämmelse (inget poängavdrag) |
| Andel med diagnos egentlig depression efter 9–12 månader | n=496 3 RCT [38–40] | OR 0,49 (95% KI 0,32 till 0,75) | Begränsat ⊕⊕○○ | Studiekvalitet (–1) Bristande precision (–1) |

KI = Konfidensintervall; OR = Oddsquot; RCT = Randomiserad kontrollerad undersökning; SMD = Standardavvikelse

Program för suicidprevention

Åtta artiklar beställdes i fulltext. En av studierna bedömdes ha medelhög [44] och två låg studiekvalitet [45,46]. Övriga fem exkluderades [47–51].

Studien av Thompson och medarbetare undersökte effekterna av Counselors Care (C-CARE) och Coping and Support Training (CAST) [44]. C-CARE är ett individinriktat preventionsprogram som omfattar en bedömning av risk- och skyddsfaktorer samt en kort intervention avsedd att stärka personliga resurser och sociala nätverk. CAST är en grupp-baserad, 12-sessioners intervention med ”life-skills”-träning. Deltagarna var gymnasieungdomar med självmordsbeteende som var potentiella ”drop outs” från skolan. Båda interventionsgrupperna hade signifikant lägre frekvens av depression och självmordstankar vid niomånadersuppföljningen. Bland flickor påvisades minskad ångest och ökad aggressionskontroll men inte bland pojkar jämfört med kontrollgruppen. CAST visade ökad personlig kontroll och ”life-skills” bland både pojkar och flickor.

I och med att det bara finns en studie med medelhög kvalitet som uppfyllde våra inklusionskriterier går det inte att dra några slutsatser om effekten av program för att förhindra självmord.

Program för att förebygga ätstörningar

Ingen studie uppfyllde våra inklusionskriterier. Det går därmed inte att dra några slutsatser om effekten av program för att förebygga ätstörningar.

Moderatorer för effekt

Vi skulle också ta ställning till om de granskade studierna kunde ge någon vägledning i vilka faktorer som gynnar eller missgynnar en effekt. De frågor vi ställde sammanfattas nedan.

Finns det några komponenter som är mera verksamma än andra?

Praktiskt taget alla program som granskats bygger på en kognitiv beteendeteoretisk grund (KB) och är ofta en vidareutveckling av program

för kognitiv beteendeterapi. De innehåller i regel följande komponenter: minskning av negativa tankar, uppmuntran till positiva aktiviteter, problemlösningar och utveckling av sociala färdigheter. Det går inte av den aktuella genomgången att peka ut enskilda inslag i KB-programmen som mer verksamma än andra. Det går inte heller att ”à priori” dra slutsatsen att det enbart är preventionsprogram på KB-basis som kan förebygga internaliserade problem. I ett par studier av medelhög kvalitet [24,52] jämfördes olika typer av interventioner, och man fann att effekterna av KB-program inte nämnvärt skilde sig från de andra formerna av prevention (interpersonellt psykoterapiprogram, stödjande-expressivt program, litteraturläsning).

Finns det någon dos-respons?

Programmen varierar i omfattning men är mestadels relativt korta, mellan 6–15 timmar. Det längsta programmet för inåtvända problem är BeyondBlue med 30 sessioner. Uppföljningsträffar (”booster sessions”) efter den egentliga preventionen ingår i vissa program. I andra förekommer föräldraträffar, men här är bortfallet ofta stort. Inget i den aktuella genomgången tyder på att dessa skillnader har avgörande betydelse för utfallet.

Påverkas effekten av vem som utför programmen?

Majoriteten av interventionerna har letts av forskare, psykologer eller psykologstudenter på mastersnivå. En knapp tredjedel har letts av ordinarie lärare, som oftast genomgått ett par dagars utbildning i programmet. På basis av de inkluderade studierna är det inte möjligt att uttala sig om betydelsen för utfallet av vem som leder programmet. Tidigare studier tyder dock på att eventuella effekter i en forskarledd intervention minskar eller uteblir när ordinarie lärare i stället leder programmet och interventionen bedrivs under verklighetstroga förhållanden [53,54]. Därför är en uppgift (bland många andra) för framtida studier att även undersöka om/hur man kan förmedla prevention via andra än experter, t ex lärare.

Finns det några könsskillnader som påverkar effekten?

Symtomen på psykisk ohälsa skiljer sig mellan könen, och inåtvända symtom är vanligare hos flickor. Detta är bakgrunden till att i program-

men LISA-T och LARS&LISA interventionen sker i könsuppdelade grupper.

Trots medvetenhet om skillnader i problem mellan pojkar och flickor beskrivs och analyseras könsbundna effekter av programmen i mindre än hälften av studierna (42 procent, tio studier). I sex av de tio studierna kunde författarna inte se några könsrelaterade skillnader i effekt av programmen [3,8,9,11,16,24,25,32,35,36]. I fyra studier var effekten större hos flickor [7,10,23,32].

I den utsträckning som könsskillnader över huvud taget rapporteras tyder det alltså på att flickor kan ha större nytta av den här typen av program. Det är oklart om det i så fall skulle bero på att problemen i sig är vanligare/mer uttalade bland flickor, eller om programformaten passar flickor bättre. En enstaka studie rapporterar negativa effekter på pojkar med förhöjd symtomnivå.

Påverkas effekten av etnicitet?

Endast en studie med medelhög studiekvalitet fokuserar på barnens etniska bakgrund [29,30]. Analysen av huruvida etnicitet påverkar effekten av Penn Prevention Program är dock behäftad med metodologiska svagheter.

Vi identifierade ytterligare en studie av intresse i sammanhanget. Barrett och medarbetare undersökte effekten av FRIENDS i olika invandrargrupper i Australien. Studien var ofullständigt redovisad och fick därför låg studiekvalitet [13].

Båda studierna pekar mot att etnicitet är en viktig orsak till att effektstorlekarna varierar. Men, pga studiernas svagheter är det svårt att dra några slutsatser.

Påverkas effekten av barnens och ungdomarnas ålder?

Åldern på skolbarnen som deltog i de inkluderade studierna varierade mellan 9 och 16 år. Flertalet av interventionerna riktade sig till barn i pre-adolescensen med en medelålder på 11,5 år. Endast tre studier belyste frågan om åldern har ett samband med eventuella effekter

av programmet, och kom till skiljaktiga slutsatser. I en studie av FRIENDS fann Dadds och medarbetare inga åldersrelaterade skillnader [8,9], medan Lock och medarbetare [10] i en undersökning av samma program fann större effekter för yngre barn än äldre när det gällde att reducera ångest. Jaycox och medarbetare påvisade inga signifikanta åldersrelaterade skillnader i effekter av programmet PPP [3].

Är effekten relaterad till barnens risknivå?

Högriskgrupper för att utveckla depression och ångest är barn till föräldrar med depression och barn med tidiga symtom på depression [55]. Av de inkluderade studierna delades barnen in i hög- respektive lågriskgrupp i cirka hälften av fallen. Skillnader i inklusionskriterier medger inte några långtgående slutsatser. I en studie fanns gruppvisa skillnader i utgångsvärdena mellan kontrollgruppen och interventionsgruppen vilket gör resultaten osäkra [11,12].

Risker vid användning av program

Endast en studie som ingick i granskningen noterade risker med att använda programmet. I studien av Pössel och medarbetare riktades en universell gruppintervention till skolbarn i årskurs åtta [23]. Resultaten relaterades till kön och till hur mycket depressiva symtom ungdomarna hade vid studiens början. Pojkar med allvarigare problem tycktes kunna påverkas i negativ riktning så att de som var i interventionsgruppen försämrades efter interventionen. Skillnaden kvarstod även vid sexmånadersuppföljningen.

Ett fåtal av de artiklar som fångades in i databassökningen om risker (se Kapitel 4, Avsnitt ”Risker vid användning av program”) handlade om program för att förebygga inåtvända problem. Ingen av dem rapporterade om negativa effekter av programmen.

Kostnadseffektivitet

Endast en studie som uppfyllde våra inklusionskriterier identifierades i databassökningen (se Kapitel 4, Avsnitt ”Kostnadseffektivitet”). Lynch och medarbetare analyserade kostnadseffektiviteten av CWS [56].

Studien bygger på den randomiserade studien om CWS av Clarke och medarbetare, som beskrivits i avsnitt ”Effekt av indikerade program för ångest och depression” [39]. Studien genomfördes inom en stor Health Maintenance Organization (HMO) i USA. De kliniska resultaten översattes till depressionsfria dagar och QALY (livskvalitetsjusterade levnadsår). Merkostnaden för interventionsprogrammet beräknades till 10 US-dollar per depressionsfri dag eller cirka 75 000 kronor per QALY vilket brukar bedömas som en kostnadseffektiv åtgärd.

Sammantaget är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma om program för att förebygga psykisk ohälsa av inåtvänd typ är kostnadseffektiva.

Kommentarer till resultaten

Vår granskning har omfattat tio program som huvudsakligen syftar till att förebygga utveckling av depression (sex program) och/eller ångest (fyra program) samt två program inriktade mot att förebygga självmordstankar hos barn och unga människor. Samtliga program har en kognitiv beteendeteoretisk grund och har med två undantag utvecklats i USA och/eller i Australien. Två program engagerar hela familjen medan övriga program enbart riktas till barnen [32,42,43]. Detta är en skillnad gentemot programmen för utagerande problem som i hög utsträckning är multimodala.

Våra sökningar i databaser och referenslitteratur har även omfattat tidigare publicerade systematiska översikter och metaanalyser. Resultaten varierar givetvis mellan översikterna beroende på vilken fråga som har analyserats och hur litteraturen har valts ut.

Resultat av andra systematiska översikter

Det finns ett stort antal systematiska översikter som rör prevention och tidig behandling av psykisk ohälsa av inåtvänd typ. Många av studierna om prevention av inåtvända problem har utförts under de senaste åren. Det medför att äldre systematiska översikter inte längre ger en rättvisande bild av kunskapsläget. Nedan beskrivs välgjorda

översikter som publicerats under de senaste åren. Översikterna sammanfattas i Tabell 5.8 i slutet av kapitlet.

Stice och medarbetare undersökte om det fanns några moderatorer för effekt av program för att förebygga depression [52]. Studierna kvalitetsvärderades inte. I översikten ingick 60 studier som rörde 32 program och 38 av dem hade någon form av uppföljning. Den genomsnittliga interventionseffekten var liten, $r = 0,14$ ”post test” och $r = 0,11$ vid uppföljningar av varierande längd ($r =$ korrelationskoefficient). Stice noterade också att det bara var selektiva och indikerade program som minskade risken för framtida depressionsdiagnos.

Calear och medarbetares systematiska översikt om förebyggande program för depression är väljord och kvalitetsgraderar inkluderade studier [57]. Kvaliteten grundades enbart på Jadads kriterier (randomisering, blindning och bortfall) och även studier med låg kvalitet ingick i analyserna. Analyserna är däremot svåra att tolka eftersom författarna redovisar effektstorlekar uppdelat på studier som visat respektive inte visat signifikanta resultat. Sexton av 23 studier på universella program hade uppföljningar och av dessa såg fyra signifikant effekt av programmet (Cohen's $d = 0,21-0,66$) medan tolv inte såg någon effekt. Nio av tio studier på indikerad nivå hade en uppföljning där sex rapporterade signifikanta skillnader (Cohen's $d = 0,33-1,00$) medan tre inte såg någon effekt.

Neil och Christensens systematiska översikt handlar om program för att förebygga ångest [58]. Översikten tog även med program som syftar till tidig behandling av ångest. Översikten var utförd på samma sätt som Calears översikt. I Neils urval av studier hade sex av sexton universella program någon uppföljning. Av dessa rapporterade tre signifikanta effekter (Cohen's $d = 0,22-0,70$) medan tre inte såg några signifikanta skillnader. Sex av åtta studier om indikerade program hade en uppföljning som varierade mellan 1 och 30 månader. Fem av dem visade signifikant effekt (Cohen's $d = 0,19-1,03$) medan den sjätte inte såg någon effekt.

Merry och medarbetare genomförde en Cochrane-översikt om program för att förebygga depression [18]. Översikten inkluderade 21 randomiserade studier som publicerats före år 2003. ”Post test” fanns en liten effekt av indikerade program på depressiva symtom, SMD $-0,26$ (95% KI $-0,40$ till $-0,13$). Däremot sågs ingen signifikant effekt av universella program. Både universell och indikerad prevention ledde till att färre barn hade diagnosen depression ”post test” men effektstorleken var obetydlig. Vid uppföljningar sågs ingen effekt på vare sig depressiva symtom eller andel med diagnos på depression för någon form av prevention.

Kavanagh och medarbetare undersökte om skolbaserade program grundade på KBT kan förebygga olika inåtvända problem hos ungdomar [61]. Analyserna inriktades på depressiva symtom och byggde på 17 RCT. Kavanagh och medarbetare fann en liten effekt av programmen ”post test”, SMD = $-0,16$ (95% KI $-0,26$ till $-0,05$) men inga effekter vid uppföljningar efter sex månader eller mer.

Metaanalysen av Cuijpers och medarbetare avviker från övriga [62]. Författarna inkluderade 19 randomiserade studier på både barn och vuxna och redovisade effekten, incidens av depression, utan uppdelning i preventionsnivåer. För ungdomar sågs en IRR (”incidence rate ratio”) på $0,77$ (95% KI $0,57$ till $1,04$). Den absoluta riskminskningen var 4,7 procent och inte signifikant.

Flera av översikterna har syftat till att analysera om det finns några faktorer som påverkar effekten. Översikterna kom dock fram till varierande resultat.

Flickor hade större nytta av programmen än pojkar både ”post test” och vid uppföljning i Stice och medarbetares analys [52]. Kavanagh och medarbetare kunde inte dra någon slutsats om effekt av kön baserat på sina inkluderade studier [61]. Endast Kavanagh och medarbetare undersökte om effekterna påverkades av etnicitet men materialet var för heterogent.

Calear och medarbetare fann att mellan åtta och tolv sessioner i programmet är optimalt [57]. Såväl längre som kortare program ger sämre resultat. Kavanagh och medarbetare noterade att program som innehöll minst tio sessioner hade effekt även vid uppföljningar upp till tre månader [61]. Om programmen var kortare försvann effekten redan vid uppföljning efter fyra veckor. Stice och medarbetare kom slutligen fram till att effekten var större för program som var kortare än 12 sessioner och att program som omfattade hemläxor gav bättre effekt.

Det går inte heller att dra några slutsatser om vilken utförare som är bäst lämpade att leda programmen. Calear och medarbetare bedömde att effekten blev mindre om lärare genomförde sessionerna [57]. Neil och medarbetare å andra sidan konstaterade att lärare var förknippade med en något mindre effektstorlek men att programmen oftare var effektiva [58]. Kavanagh och medarbetare såg ingen effekt av program där externa experter genomförde sessionerna medan program ledda av skolpersonal hade en liten effekt ”post test” [61]. I Stice och medarbetares analys spelade valet av utförare ingen roll ”post test” [52]. Vid uppföljande mätningar var effekterna större om experter ledde sessionerna.

Sammanfattningsvis överensstämmer resultaten från dessa översikter väl med våra. Det finns visserligen små effekter av universella program direkt efter programmets avslutning men vid uppföljningar har effekterna minskat eller försvunnit. Riktade insatser kan ha en både kortsiktig och varaktig effekt. Slutligen är det svårt att bedöma om effekterna påverkas av faktorer som kön och etnicitet eller av hur programmen är uppbyggda.

Minsta relevanta effekt

En fråga i sammanhanget är vilka effektstorlekar som behövs för att en intervention ska vara relevant att införa.

I universell prevention blir effekterna av interventioner i hela populationen med nödvändighet små, eftersom andelen individer med de problem man avser att förebygga är liten. Effekten på enskilda individer kan däremot vara stor. Därför kan även små effekter ibland föranleda

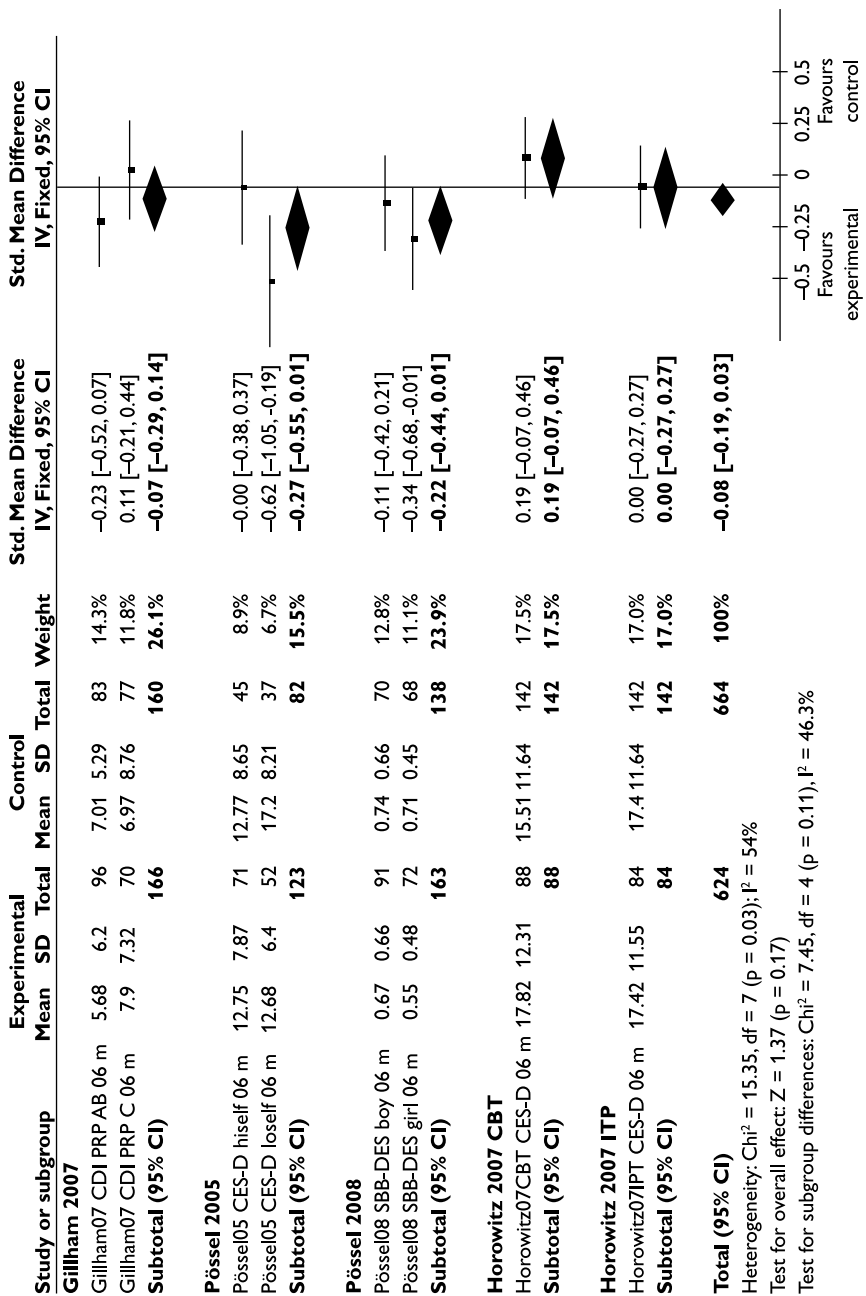
rekommendationer om implementering av program för universell prevention.

I vår granskning av program för inåtvända problem ses små effekter för universella ångestprogram (FRIENDS och NUPP-SA), vilket därför skulle vara tillräckligt för att motivera att programmen prövas vidare. För NUPP-SA sågs dessutom en stor effekt på subgruppen som hade förhöjd symtomnivå när programmet startade.

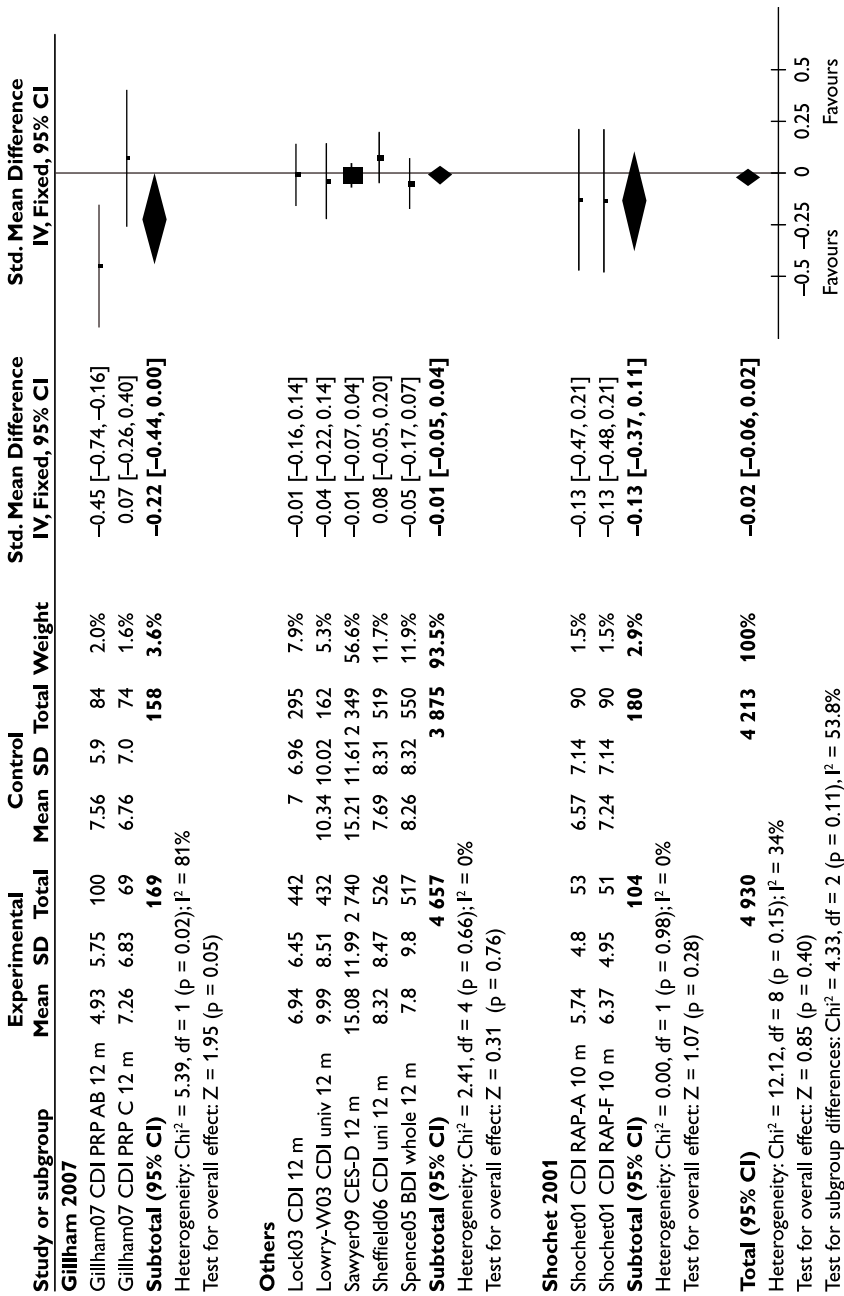
Effekten av universella program riktade mot depression är däremot ringa eller obefintlig. Idag finns det därför i praktiken inget stöd för att införa universella skolprogram som syftar till att förebygga depression.

Metodbrister

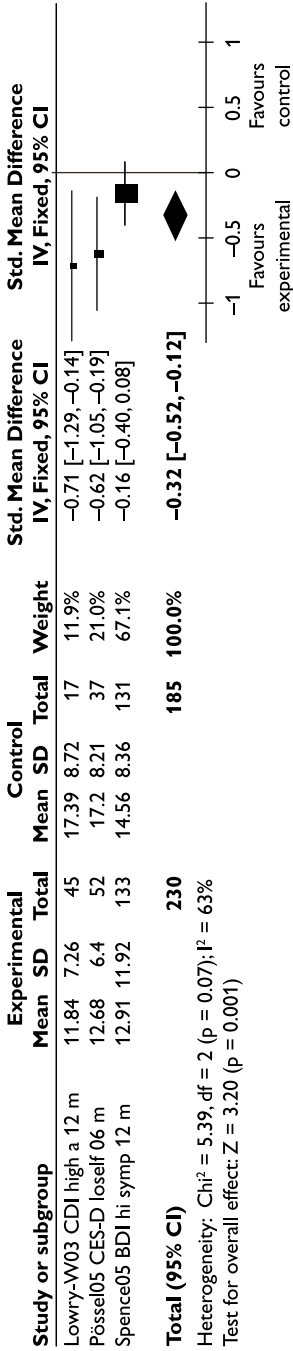
Ingen studie hade hög studiekvalitet. Oklara randomiseringsprocesser, och oförmåga att renodla kontrollgrupper är några vanliga brister. Flertalet studier hade endast en informant, barnen/ungdomarna själva, medan några enstaka också inkluderade kliniker-, föräldra- och/eller lärarbedömningar. Korta uppföljningstider och stora bortfall, framför allt vid långtidsuppföljningar, gör resultaten osäkra i flera fall. Avsaknad av långtidsuppföljningar kan leda till att potentiella effekter missas och att effekten av programmet blir undervärderad. Enligt Gillham och medarbetare kan deltagarna behöva gå igenom en period av ökad risk för ohälsa för att de förebyggande effekterna ska visa sig [59].



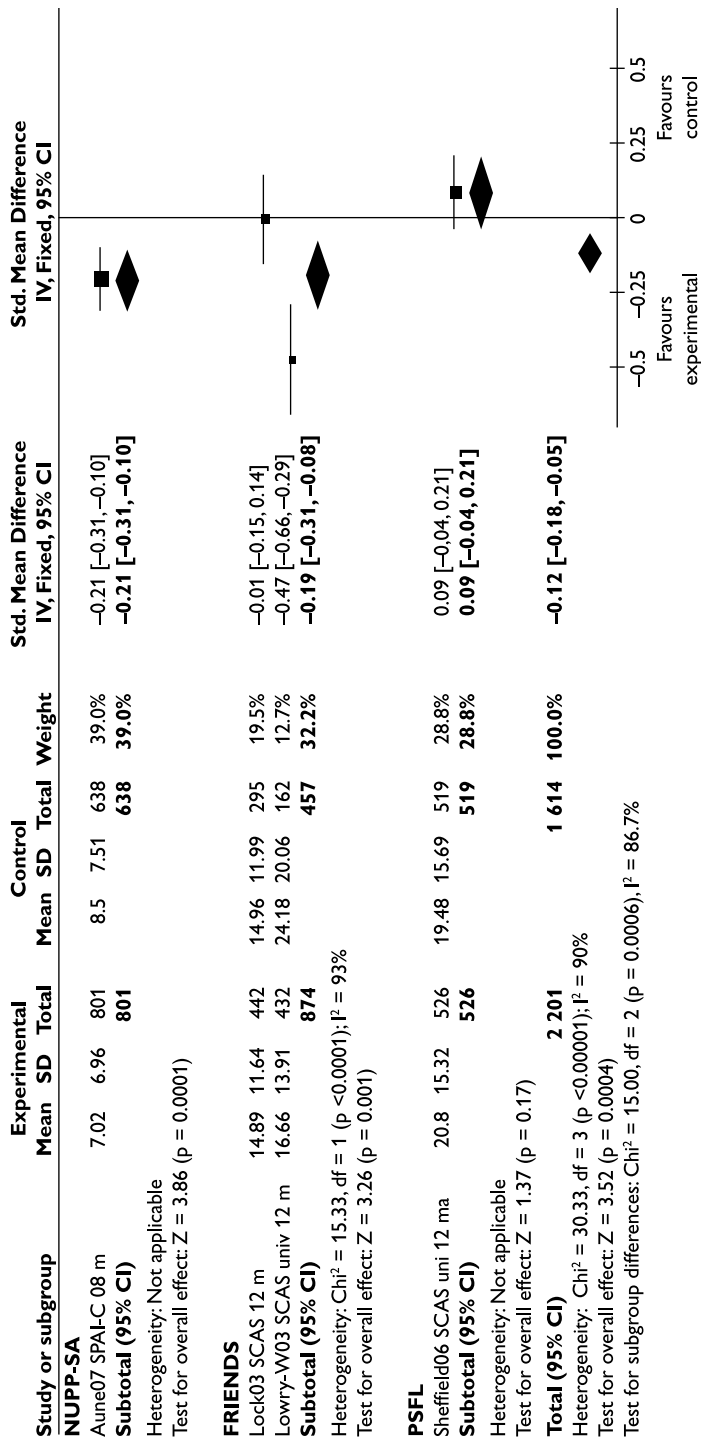
Figur 5.2 Universella program, depression, hela populationen, 6 månaders symtom.



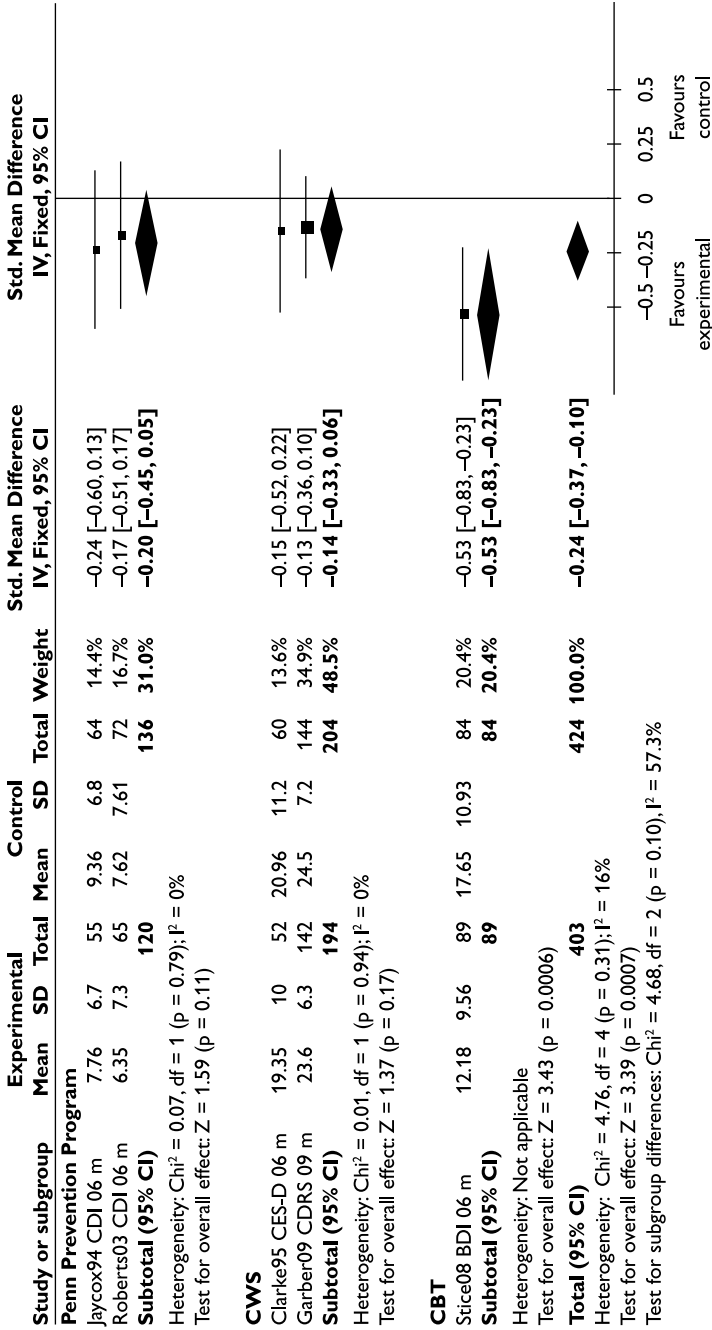
Figur 5.2a *Universella program, depression 12 månader.*



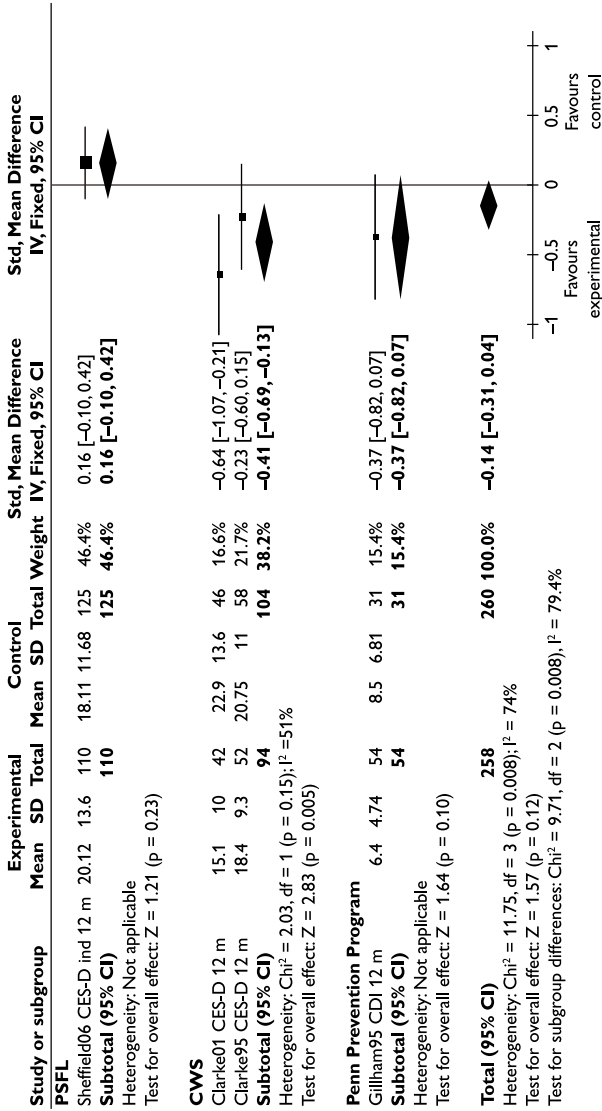
Figur 5.3 Universella program och effekt på depressiva symtom hos barn med förhöjd risk för depression.



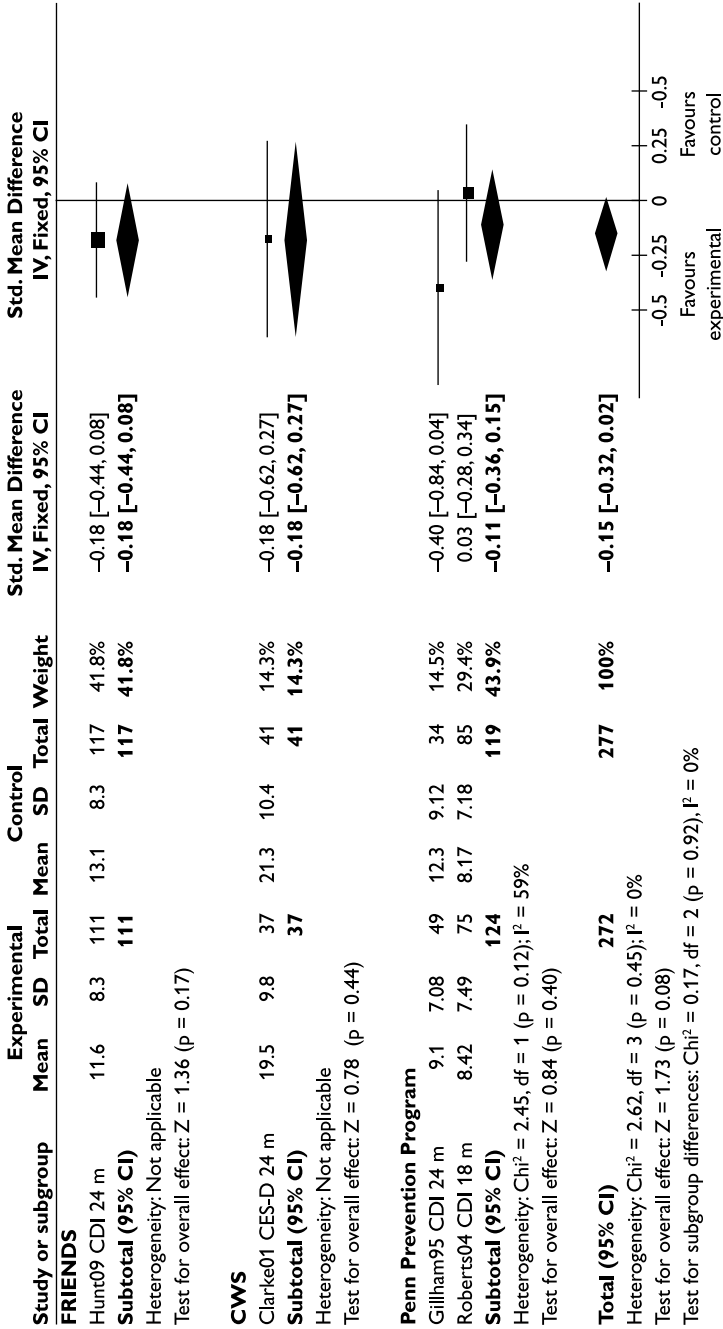
Figur 5.4 Universella program, effekt på skattade ångestsymtom efter 8–12 månader.



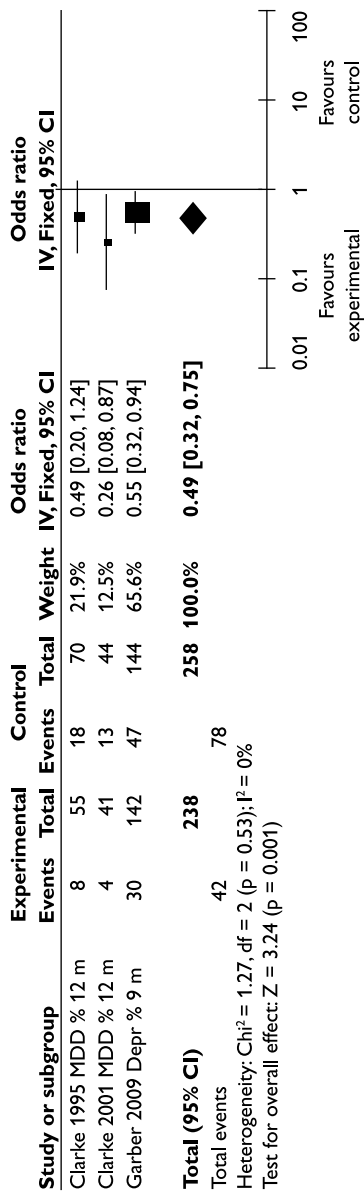
Figur 5.5 Indikerade program, effekt på skattning av depressiva symptom efter 6–9 månader.



Figur 5.6 Indikerade program, effekt på skattning av depressiva symtom efter 12–14 månader.



Figur 5.7 Indikerade program, effekt på skattning av depressiva symtom efter 18–24 månader.



Figur 5.8 Effekt av det indikerade programmet CWS för att minska andelen ungdomar som uppfyller kriterierna för depression efter 9–12 månader.

Table 5.5 Universal programs for prevention of depression and anxiety in children.

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|--|---|---|---------------------------|--|
| Aune et al 2009 [26] Norway | <p><u>Design</u> Cluster randomisation, one cluster per condition</p> <p><u>Setting</u> Two counties in central Norway, similar in sociodemographic parameters. All 6th to 9th grade children</p> <p><u>Population</u> n=1 748 (49% boys) signed informed consent. Representative of Norwegian population. 97% Caucasian</p> <p>Age: 11–14 years (mean 12.6)</p> <p><u>Follow-up</u> 8 months (consolidation phase of the program)</p> | <p><u>Intervention</u> NUPP-SA, targeting social anxiety. Lectures based on CBT, n=961. n=112 had syndromal social anxiety at baseline</p> <p><u>Intensity</u> Broad 4 months program: psycho-educative meetings for parents, health nurses, teachers, community and welfare workers. Information in the local newspaper. Three sessions for children, conducted in class. Website and booklets for self education</p> <p><u>Drop out rate</u> 17%</p> | <p><u>Control</u> No intervention, n=789. n=78 had syndromal social anxiety at baseline</p> <p><u>Drop out rate</u> 19%</p> | <p><u>Total sample</u> <u>SPAI-C</u> Cohen's d: 0.20 (95% CI 0.90–0.30)</p> <p><u>SCARED</u> Cohen's d: 0.21 (95% CI 0.11–0.31)</p> <p>Neither intervention nor control group changed in SMFQ and SDQ</p> <p><u>Syndromal subjects</u> <u>SPAI-C</u> Cohen's d: 0.83 (95% CI 0.52–1.12)</p> <p><u>SCARED</u> Cohen's d: 0.44 (95% CI 0.15–0.73)</p> <p><u>Number of individuals with social anxiety at follow-up</u> I: 34% of syndromal group C: 41% of syndromal group</p> <p><u>New cases of social anxiety at follow-up</u> I: 4.6% C: 5.8%</p> | Moderate | <p><u>Competence of staff</u> The program developer</p> <p><u>Adherence</u> Measured by scoring three videotapes of lectures. Rated as high adherence</p> <p><u>Attendance rate</u> 80–100% of the target groups attended in the intervention</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 5.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|--|---|--|--|--|
| Gillham et al 2007 [4] USA | <p>RCT, randomised at individual level after stratification for age, gender and baseline CDI</p> <p><u>Setting</u> Three schools in a suburban metropolitan area</p> <p><u>Population</u> 718/4 000 students consented to participate. Predominantly Caucasian (60–88%), children from lower and higher SES levels Mean age: 12.13 years (1.03). Mean CDI: 8.45 (7.35) where students in one school reported lower levels of depression at baseline</p> <p><u>Inclusion criteria</u> CDI <13 and not depressive as measured by DICA</p> <p><u>Follow-up</u> Every 6 month up to three years</p> | <p><u>Intervention</u> PRP n=232</p> <p><u>Drop out rate at 3 years</u> 55%</p> <p><u>Intensity</u> Groups met after school, once a week for 90 minutes sessions during 12 weeks</p> | <p><u>Control</u> C1: PEP, n=231</p> <p><u>Drop out rate at 3 years</u> 48%</p> <p>PEP focuses on stressors. It is designed to control for adult attention, group cohesion and social support</p> <p><u>Intensity</u> Groups met after school, once a week for 90-minutes sessions during 12 weeks</p> <p>C2: No intervention, n=234</p> <p><u>Drop out rate at 3 years</u> 55%</p> | <p><u>CDI</u> No significant differences between group at "post test" or at any of the follow-up measurements</p> <p><u>CDI >13</u> PRP prevented elevated symptoms relative to control but not relative to PEP</p> <p>Note: Intervention effects differed by school, no variable examined could explain the difference</p> | <p>Moderate</p> <p>Randomisation by computer generated random numbers sequence</p> <p>Children with CDI ≥13 at follow-up were assessed by blinded interviewers</p> <p>Powered to detect effect sizes, $d \geq 0.30$</p> <p>ITT-analysis</p> | <p><u>Group leaders</u> Teachers, school counsellors and graduate students not affiliated with the research team. They participated in 30 hours training and biweekly group supervision</p> <p><u>Program integrity</u> PRP: 80% PEP: 68%</p> <p><u>Attendance (mean)</u> PRP: 6.71 sessions PEP: 7.11 sessions ns 15% did not attend any session</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 5.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|---|--|---|---|--|--|
| Horowitz et al 2007 [24] USA | <p><u>Design</u> RCT, efficacy</p> <p><u>Setting</u> Suburban-rural high schools serving predominantly working and middle classes</p> <p><u>Population</u> n=380 (53% of possible 600 students that gave informed consent), 54% females Predominantly Caucasian (79%), SES-levels: na Age: Mean 14.43 years (0.70)</p> <p><u>Follow-up</u> "Post test" and 6 months</p> | <p><u>Interventions</u> I1: CBT, n=112 CDI pretest: Mean 8.68 (6.65)</p> <p><u>Intensity</u> Eight weekly 90 minutes group sessions with active guidance and use of an exercise workbook outside the group</p> <p><u>Drop out rate</u> 21%</p> <p>I2: IPT-AST, n=99 CDI pretest: Mean 9.18 (7.37)</p> <p><u>Intensity</u> Two individual pre-sessions and eight weekly 90 minutes group sessions divided into 3 phases</p> <p><u>Drop out rate</u> 15%</p> | <p><u>Control</u> Wellness classes as usual with the ordinary teachers, n=169 CDI pretest: 10.50 (8.18)</p> <p><u>Drop out rate</u> 16%</p> | <p><u>CDI</u> <u>Post intervention</u> CBT: Mean 8.19 (6.86) IPT-AST: Mean 9.47 (7.30) C: Mean 11.78 (9.69) p<0.01</p> <p><u>6 month follow-up</u> CBT: Mean 8.23 (7.68) IPT-AST: Mean 9.67 (8.10) C: Mean 10.08 (8.55) ns</p> | <p>Moderate</p> <p>Blinded assessments</p> <p>Powered to detect small main effect sizes on a composite of CDI and CES-D (Cohen's d=0.16)</p> <p>Sub group analysis for high versus low risk students showed no significant effects at follow-up for either of the groups</p> | <p><u>Group leader training</u> Master's level clinical psychology graduate students or PhDs, who had received prior therapy training</p> <p><u>Fidelity</u> Training workshops and weekly supervision meetings. The schools did not permit audiotaping the sessions</p> <p><u>Attendance rate</u> Not described</p> <p><u>Gender analysis</u> No gender differences</p> |

The table continues on the next page

Table 5.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|---|--|---|---|--|
| Lock et al 2003 [10] | <u>Design</u> RCT, randomised at school level | <u>Intervention</u> FRIENDS for children or for adolescents, n=545 | <u>Control</u> Standard curriculum, n=388 | <u>CDI at 12 months</u> <u>Grade 6</u> I: 5.18 (5.34) C: 7.86 (6.70) ns | Moderate Analysis based on the 737 children that completed the study | <u>Group leaders</u> Psychologists or doctoral candidates, extensively trained by one of the authors |
| Barrett et al 2005 [15] | <u>Setting</u> Seven socioeco- nomically diverse schools in the metropolitan area of Brisbane. | <u>Drop out rate</u> <u>at 12 months</u> 19% | <u>Drop out rate</u> <u>at 12 months</u> 31% | <u>Grade 9</u> I: 9.76 (7.66) C: 9.19 (7.57) ns | The 24 and 36 months follow-up was based on 668 students, one school withdrew (n=68) | <u>Integrity</u> Group leaders completed a check list |
| Barrett et al 2006 [7] | Majority of white, working to middle class students. Average SES for Australia | | | <u>SCAS at 12 months</u> <u>Grade 6</u> I: 9.53 (0.88) C: 17.07 (2.61) p<0.01 | Skewed drop out in the control group. Significantly more children at risk at pre intervention dropped out | <u>Attendance rate</u> Very low parent attendance |
| Australia | <u>Population</u> 78.1% of grade 6 students (9–10 years) and 76.9% of grade 9 students (14–16 years) n=977 consented to participate Participants were stratified into “at risk” and “healthy” based on the SCAS (cut off score 42.48) <u>Follow-up</u> Post intervention and 12, 24 and 36 months later | | | <u>Grade 9</u> I: 18.54 (13.28) C: 16.40 (11.84) ns | | <u>Gender analysis</u> 2003 and 2006 studies: significant time x inter- vention x gender effect on anxiety after 12 and 25 months, but not at 36 months follow-up 2005: No report |

The table continues on the next page

Table 5.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|---|---|---|---|--|
| Lowry- Webster 2001, 2003 [11,12] Australia | <p><u>Design</u> RCT, randomised at school level</p> <p><u>Setting</u> Seven Catholic schools in the Brisbane metropolitan area. No information on SES</p> <p><u>Population</u> n=594 students in grades 5 to 7. Age: 10–13 years. Stratified in high and low risk based on pre treatment SCAS-score (cut off 42.48)</p> <p><u>Follow-up</u> 12 months</p> | <p><u>Intervention</u> FRIENDS for children, n=432 (234 girls)</p> <p>SCAS at baseline: 28.09 (18.45) CDI at baseline: 9.74 (8.59) CDI for high risk group at baseline: 18.26 (8.44)</p> <p><u>Intensity</u> 10 weekly group sessions, 75 minutes each, part of class room curriculum. Two booster sessions, 1 and 3 months later</p> <p>Parent component: three sessions separate from the child program</p> <p><u>Drop out rate</u> 21%</p> | <p><u>Control</u> Waitlist, n=162 (80 girls)</p> <p>SCAS at baseline: 31.45 (14.76) CDI at baseline: 12.42 (8.18) CDI for high risk group at baseline: 16.65 (5.71)</p> <p><u>Drop out rate</u> 21%</p> | <p><u>Self rating, SCAS</u> I: 16.66 (13.91) C: 27.54 (20.06) p<0.05</p> <p><u>CDI (high risk group)</u> I: 11.84 (7.26) C: 15.78 (8.72) p<0.05</p> <p>No significant difference on CDI for the total sample</p> <p><u>Risk status</u> I: 3.8% C: 12.2% p<0.01</p> <p><u>Parental CBCL</u> No significant differences</p> <p><u>Proportion diagnosis free (ADIS-C)</u> I: 85% C: 31.2% p<0.01</p> | <p>Moderate</p> <p>The control group had significantly higher baseline on RCMAS and CDI</p> | <p><u>Group leader</u> Ordinary teachers trained during a two day workshop</p> <p><u>Integrity</u> Teachers met regularly with the program leader for review. Random video- taping of the sessions was conducted</p> <p><u>Attendance rate</u> Not reported</p> <p><u>Gender analysis</u> No differences between the sexes in treatment outcomes</p> |

The table continues on the next page

Table 5.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|---|--|--|--|---|---|
| Pössel et al 2005 [28] | <u>Design</u> RCT, randomisation between classes within schools | <u>Intervention</u> LISA | <u>Control</u> Curriculum as usual | <u>CES-D at 3 months follow-up (mean (SD))</u> I: Minimal group: 11.59 (7.59) C: Minimal group: 13.13 (7.55) ns | Moderate Completer analysis only Powered to detect effect size d=0.31 | <u>Group leaders</u> One trainer and one co-trainer per group (psychologists or graduate students) |
| Pössel et al 2004 [22] | <u>Setting</u> All middle schools in the area of Tübingen invited six schools consented. No information on SES | <u>Participants</u> n=200 (87 girls) Mean age: 13.82 years (0.71) | <u>Participants</u> n=142 (79 girls) Mean age: 14.18 years (0.78) | I: Subsyndromal group: 13.85 (7.01) C: Subsyndromal group: 17.17 (8.55) | ns | <u>Fidelity</u> Video recordings rated by independent observers, 1.5 hour weekly training with a supervisor |
| Germany | <u>Population</u> 8th graders, stratified for initial risk status (minimal, subsyn- dromal depression, clinically relevant depressive symptoms) | <u>CES-D at baseline</u> Minimal group: 8.54 (2.87) Subsyndromal: 16.64 (4.87) | <u>CES-D at baseline</u> Minimal group: 8.76 (3.01) Subsyndromal group: 17.10 (4.01) | <u>CES-D at 6 months follow-up</u> I: Minimal group: 10.59 (8.19) C: Minimal group: 14.29 (8.48) ns | | <u>Attendance rate</u> 12% left ahead of schedule due to relocation |
| | <u>Intensity</u> 1.5 hours weekly for 10 weeks. Training was divided per sex | <u>Drop out rate</u> 6.6% in the I + C groups | <u>Drop out rate</u> 6.6% in the I + C groups | I: Subsyndromal group: 13.99 (7.79) C: Subsyndromal group: 18.07 (9.21) | | <u>Gender analysis</u> No |

The table continues on the next page

Table 5.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|---|---|---|--|---|---------------------------|---|
| Pössel et al 2008 [23] Germany | <p><u>Design</u> RCT, randomisation between classes within schools</p> <p><u>Setting</u> Four middle schools in the area of Tübingen representing eco- nomically different regions. No information on SES</p> <p><u>Population</u> Eight graders strati- fied for sex and level of depressive symp- toms (lower, higher)</p> <p><u>Follow-up</u> Post intervention, 3 months and 6 months</p> | <p><u>Intervention</u> LARS&LISA</p> <p>n=163 (72 girls) Mean age: 13.73 years (0.63)</p> <p><u>Intensity</u> 1.5 hours weekly for 10 weeks. Training was divided per sex</p> <p><u>Drop out rate</u> 10%</p> | <p><u>Control</u> Curriculum as usual</p> <p>n=138 (68 girls) Mean age: 13.63 years (0.58)</p> <p><u>Drop out rate</u> 10%</p> | <p>Girls benefitted indepen- dently of their level of depressive symptoms at baseline</p> <p>Boys with less severe depressive symptoms at baseline benefitted from the program</p> <p>(p<0.05)</p> | Moderate | <p><u>Group leaders</u> One trainer and one co- trainer per group (psycho- logists or graduate students)</p> <p><u>Fidelity</u> Video recordings rated by independent observers, 1.5 hour weekly training with a supervisor</p> <p><u>Attendance rate</u> Not stated</p> <p><u>Gender analysis</u> Yes, girls benefitted more</p> |

The table continues on the next page

Table 5.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|---|---|--|--|--|--|---|
| Sawyer et al 2009 [25] Australia | <p><u>Design</u> RCT, effectiveness study, randomisation at school level (matched pairs). Concealed allocation</p> <p><u>Setting</u> 25 pairs of secondary schools covering a demographically diverse spectrum matched for SES status and with >100 students each, in 3 Australian states</p> <p><u>Population</u> n=8 873 students were eligible and 5 634 (47% boys) consented Mean age: 13.1 year >80% had at least one parent in full time employment</p> <p><u>Follow-up</u> Assessments annually during the 3 year study. No formal follow-up after end of intervention</p> | <p><u>Intervention</u> BeyondBlue, n=3 037</p> <p><u>Intensity</u> 3 years. Curriculum intervention: 10 classroom-sessions per year. Program to enhance school climate. Improvement in care pathways. Community Forum</p> <p><u>Drop out rate</u> Year 1: 9,7% Year 2: 20%</p> | <p><u>Control</u> Community forum component only, n=2 597</p> <p><u>Drop out rate</u> Year 1: 9.5% Year 2: 19.8%</p> | <p><u>Total sample</u> <u>CES-D</u> No significant differences between groups Average scores increased by time</p> <p><u>Subgroup with depressive symptoms at baseline</u> Both groups improved. No differences between groups</p> | <p>Moderate</p> <p>Powered to detect a 5% difference in depressive symptoms</p> <p>ITT-analysis</p> <p>Schools self selected</p> | <p><u>Group leaders</u> Regular teachers with comprehensive training and support from supervisors</p> <p><u>Fidelity</u> Monitored through project facilitators and evaluations from staff and students. Maybe not sufficient</p> <p><u>Gender analysis</u> No differences between girls and boys</p> |

The table continues on the next page

Table 5.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|---|--|--|--|--|
| Sheffield et al 2006 [20] | <u>Design</u> RCT, Cluster, stratified | <u>Intervention</u> Program with universal and/or indicated components, consistent with PSFL (for indicated component see Table 5.7) n=621 | <u>Control</u> Standard curriculum, n=605 | <u>CDI and YSR</u> There was no significant difference between the groups (measured as CDI and YSR) | Moderate The study was designed to detect small effect sizes (0.10) from the universal prevention | <u>Group leaders</u> Ordinary teachers <u>Fidelity (high)</u> The mean number of program elements completed. Each session was 85% for the universal program <u>Attendance rate</u> <u>universal program</u> >90% <u>Gender analysis</u> Not reported |
| Australia | <u>Setting</u> 36 schools from two Australian states were selected to broadly represent the Australian population. Two schools dropped out before start of invention <u>Population</u> n=2 479 (54% female) Mean age: 14.34 years (0.45) High symptoms students scored in the top 20% on the combined scores of CDI and CES-D n=521 (69% girls) Mean age: 14.34 (0.46) <u>Follow-up</u> "Post test" and 12 months | <u>Intensity (universal part of study)</u> One session, 45–50 minutes weekly in 8 weeks during one term. Part of school curriculum <u>Drop out rate</u> 15% | <u>Drop out rate</u> 14% | | | |

The table continues on the next page

Table 5.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|---|--|---|---|---|---|
| Shochet et al 2001 [16] Australia | <p><u>Design</u> CCT, efficacy</p> <p><u>Setting</u> Ninth grade students in a secondary school in Brisbane, low-middle class SES</p> <p><u>Population</u> The 1996 cohort (n=144) served as the control group The 1997 cohort (n=151) served as the intervention group 260 students (53% girls) consented to participate Mean age: 13.49 (0.54)</p> <p><u>Follow-up</u> 10 months</p> | <p><u>Interventions</u> I1: RAP-A, n=68</p> <p><u>Intensity</u> Eleven weekly group (8–12 participants) sessions, 40–50 minutes during school class time</p> <p><u>Drop out rate</u> 22%</p> <p>I2: RAP-F, n=56</p> <p><u>Intensity</u> RAP-A combined with parent education (3 parent group 3 hours sessions at 3 week intervals during RAP-A)</p> <p><u>Drop out rate</u> 9%</p> | <p><u>Control</u> Normal school curriculum, n=118</p> <p><u>Drop out rate</u> 23.7%</p> | <p><u>CDI</u> <u>Pre test</u> RAP-A: 7.25 (4.96) RAP-F: 7.92 (5.45) C: 8.50 (6.81)</p> <p><u>Post test</u> RAP-A: 5.82 (4.80) RAP-F: 5.84 (4.42) C: 8.90 (7.87)</p> <p><u>Follow-up</u> RAP-A: 5.74 (4.80) RAP-F: 5.84 (4.42) C: 7.82 (7.14)</p> <p>Significant differences between RAP-A and control ($p < 0.05$) and between RAP-F and control ($p < 0.01$)</p> | <p>Moderate</p> <p>Significant effects for both intervention groups 10 months follow-up – lower levels of depressive symptoms and hopelessness</p> <p>Students (n=4) with learning disabilities and students with signs of depression (n=9) were excluded from the analysis</p> | <p><u>Group leaders</u> Psychologists with 25 hours training</p> <p><u>Program integrity</u> Self rating completed on 57% of sessions. High (approximately 90%) and fidelity</p> <p><u>Attendance rate</u> Adolescents: All attended at least 9/11 sessions Parents: 36% attended at least one session</p> <p><u>Gender analysis</u> No gender effects</p> |

The table continues on the next page

Table 5.5 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Spence et al 2005 [21] | <u>Design</u> RCT, randomisation at level of matched pairs of schools | <u>Intervention</u> PSFL. n=751 (52.5% female) | <u>Control</u> No intervention n=749 (51% females) | <u>BDI score</u> The difference between groups at post "test" had vanished at 12 months follow up. Thereafter there were no significant differences between groups neither for the full sample or for the high symptom subgroups | Moderate The study was powered to detect a small effect size (0.10) | <u>Group leader competence</u> Teachers <u>Fidelity</u> High (self-reported by the teachers) <u>Attendance</u> Not reported (part of school curriculum) |
| Spence et al 2003 [19] Australia | <u>Setting</u> 16 high schools in Brisbane. Average SES rating represen- tative for Australia <u>Population</u> n=1 500 students in eighth grade gave consent (66%) Mean age: 12.82 years (0.54) High symptom students: BDI score ≥13 or endorsed the suicide question on the BDI or endorsed the dysthymia questions <u>Follow-up</u> Annually for 4 years | <u>Intensity</u> One session, 45–50 minutes weekly in 8 weeks <u>Drop out rate</u> 41.3% (4-year follow-up) | <u>Drop out rate</u> 37.5% (4-year follow-up) | <u>Incidence of depression</u> No significant differences at any time | | <u>Gender analysis</u> Not reported |

ADIS-C = Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV; BDI = Beck Depression Inventory ; C = Control; CBCL = Child Behaviour Check List; CBT = Cognitive behavioural therapy; CCT = Control Clinical Trial; CDI = Children's Depression Inventory; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CI = Confidence interval; DICA = Diagnostic Interview for Children and Adolescents; I = Intervention; IPT-AST = Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training; ITT = Intention-to-treat; NUPP-SA = Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety; PEP = Penn Enhancement Program; PRP = Penn Resilience Program; PSFL = Program Solving for Life; RAP-A

= Resourceful Adolescent Program – Adolescents; RAP-F = Resourceful Adolescent Program – Parents; RCMAS = Revised Childrens Manifest Anxiety Scale; RCT = Randomised controlled trial; SCARED = Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders; SCAS = Spence Children's Anxiety Scale; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; SES = Socio economic status; SMFQ = The Short Mood and Feelings Questionnaire; SPAI-C = Social Phobia and Anxiety Inventory for Children; YSR = Youth Self Report; ns = Not significant

Table 5.6 Selective prevention programs.

| Author Year Reference Country | Study design and setting Population Inclusion and exclusion criteria Follow-up time | Intervention Participants Program description Drop out rate | Control Participants Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|--|---|---|---|--|
| Cardemil et al 2002 [29] | <u>Design</u> RCT, randomised at student level | <u>Intervention</u> PRP Latino: n=25 African-American: n=50 | <u>Control</u> Normal curriculum Latino: n=28 African-American: n=65 | <u>CDI for Hispanic sample</u> The PRP group CDI had decreased at postinter- vention but not the control group The difference was main- tained during 24 months follow- up (p<0.001). Children that were sympto- matic at baseline benefitted the most | Moderate Results were based on ITT-analysis | <u>Group leaders</u> Master's level graduate student, assisted by an undergraduate psychology student. All group leaders received at least 20 hours training |
| Cardemil et al 2007 [30] USA | <u>Setting</u> Two middle schools located in low- income urban parts of Philadelphia. One school had 77% Latino children, the other 99% African- American children n=1 805 <u>Population</u> Students in grades 5–8. 173 children gave consent and 168 were Latino or African-Americans (84 girls). Mean age: 11.12 years (0.94) <u>Follow-up time</u> Postintervention, 3, 6, 12 and 24 months later | <u>Intensity</u> Weekly 90 minutes sessions for 12 weeks plus homework. Content was adapted for low income minority populations <u>Drop out rate</u> At 24 months follow-up: 17% | <u>Drop out rate</u> At 24 months follow-up: 42% | <u>CDI for African-American sample</u> Both PRP and control groups improved during the inter- vention and their scores remained similar during 24 months follow-up | | <u>Integrity</u> Biweekly supervision, which consisted of evalua- tion of audiotapes to ensure adherence and assistance in problem solving <u>Attendance</u> Analysis showed marginal correlation between atten- dance rate and CDI score up to 12 months follow-up. The difference was not significant at 2 years follow-up <u>Gender analysis</u> Not reported |

The table continues on the next page

Table 5.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design and setting Population Inclusion and exclusion criteria Follow-up time | Intervention Participants Program description Drop out rate | Control Participants Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|--|--|--|---|---|
| Roberts CM et al 2009, [31] Australia | <p><u>Design</u> RCT effectiveness study, randomised at level of matched pairs of schools</p> <p><u>Setting</u> Random sample of public elementary schools in Western Australia, serving the lowest decile of SES n=12 schools</p> <p><u>Population</u> Seventh grade students. 88% consented to participate Mean age: 11.99 (SD=0.33)</p> <p><u>Follow-up time</u> 6 and 18 months postintervention</p> | <p><u>Intervention</u> Aussie Optimism Program (social skills and optimistic thinking skills), n=274 (55% girls)</p> <p><u>Intensity</u> Social skills training: 10 sessions (60 minutes) for the whole class during school time Optimistic thinking skills training: 10 sessions (60 minutes) during school time One module per week in 20 weeks</p> <p><u>Drop out rate at follow up</u> 29%</p> | <p><u>Control</u> Health education relating to self-management and interpersonal skills, n=222 (53% girls)</p> <p><u>Intensity</u> 20 lessons with similar learning outcomes as in the intervention group</p> <p><u>Drop out rate at follow-up</u> 20% (significant difference compared to intervention group)</p> | <p><u>CDI at 6 and 18 months</u> No significant differences</p> <p><u>RCMAS at 6 and 18 months</u> No significant differences</p> <p><u>Incidence of depression</u> No significant differences</p> <p>The means for both groups declined by time</p> | <p>Moderate</p> <p>Students who dropped out had higher pretest symptoms</p> <p>Skewed at baseline, higher level of symptoms in the intervention group</p> | <p><u>Group leader competence</u> Ten group teachers had 16 hours of training plus eight 60 minute coaching sessions</p> <p>The control group teachers had 30 minutes training</p> <p><u>Program integrity</u> High. Assessed from teacher logbooks, student workbook samples and blind independent observations of three randomly selected lessons per teacher</p> <p><u>Attendance rate</u> High</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 5.6 continued

| Author Year Reference Country | Study design and setting Population Inclusion and exclusion criteria Follow-up time | Intervention Participants Program description Drop out rate | Control Participants Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|---|---|--|---|---|
| Sandler et al 2003 [32] USA | RCT <u>Setting</u> Phoenix metro- politan area <u>Population</u> 44% of 432 eligible families consented 67% non Hispanic Caucasians. Mean age of children: 1.4 years. Median income: 30 000–35 000 USD per year <u>Inclusion criteria</u> Death of a parent 4–30 months earlier. Child age 8–16 years <u>Exclusion criteria</u> Use of mental health service or bereave- ment service. Suicidal intent or current diagnosis of major depression in child or caregiver. Child diagnosed with ODD, CD or ADHD <u>Follow-up</u> 11 months after end of intervention | <u>Intervention</u> FBP, n=90 families with 135 children <u>Intensity</u> 12 sessions, 2 hours each for caregivers and children sepa- rately. Two individual family meetings to review their use of program skills <u>Components</u> Techniques that had been used in program for children of divorce [60] <u>Drop out rate</u> 13% Improve relations in the family and promote the child's resilience | <u>Control condition</u> Self studies (one booklet per month during 3 months), n=66 families with 109 children <u>Drop out rate</u> 9% | <u>CDI and RCMAS composite</u> Girls with higher baseline score benefitted more (Cohen's $d+1SD=0.61$) Boys: No significant effects Age of the child did not influence the results <u>CBCL internalizing subscale</u> Girls: Cohen's $d=0.24$ ($p < 0.05$) Boys: No significant effects | Moderate Randomisation by computer at the level of family, ITT-analysis | <u>Competence of staff</u> Two clinicians with master's degrees who received 40 hours of training plus 2 hours training per week during the program <u>Fidelity</u> 89%, rated by two indepen- dent raters from videotapes of five sessions <u>Attendance rate, FBP</u> Caregivers: Average 86% Children: Average 88% of sessions. <u>Self study</u> Caregivers: 42% had read at least half of the books. 38% of adolescents and 71% of children had read at least half of the books |

ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder; CBCL = Child Behaviour Check List; CD = Conduct Disorder; CDI = Children's Depression Inventory; FBP = Family Bereavement program; ITT = Intention-to-treat; ODD = Oppositional Defiant Disorder; PRP

= Penn Resilience Program; RCMAS = Revised Children's Manifest Anxiety Scale; RCT = Randomiserad controlled trial; SD = Standard deviation; SES = Socio economic status

Table 5.7 Indicated prevention programs to prevent depression and anxiety.

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|--|--|--|---|---|
| Beardslee et al 2007 [43] | RCT <u>Setting</u> Boston. A mixture of patients from a HMO (53%), clinician referrals and self referrals Mainly white, middle class. All had health insurance <u>Population</u> Families with children 8–15 years where at least one parent had a mood disorder the last 18 months <u>Exclusion criteria</u> Parents in family therapy. Parents with drug abuse, schizophrenia. Children had been treated for mood disorder <u>Follow-up time</u> Assessment pre, post, every 9–12 months (T3–T6) up to 4.5 years | I: Clinician-facilitated, n=46 families and 60 children <u>Intensity</u> 6–10 sessions (mean 6.7; SD=1.3) plus phone contacts/refreshers meetings every 6–9 months. Sessions directed to parents only, child only and family. The psycho-educational material was linked to the individuals' life experiences <u>Drop out rate (4.5 years)</u> 18% children (14% adults) | C: Lectures, n=59 families and 78 children <u>Intensity</u> 2 lectures (parents), not relating to family situation. Consultation as requested by parents <u>Drop out rate (4.5 years)</u> 9% children (19% parents) | <u>YSR/YASR rating scale</u> Both groups improved by time No significant differences between the interventions | Moderate Intention-to-treat analysis, based on 156 youths in intervention group and 161 controls | <u>Competence of staff</u> Facilitated intervention: Licensed social workers or clinical psychologists trained in the method. Lectures: One of the authors <u>Attendance</u> High <u>Fidelity</u> High (95%) <u>Gender analysis</u> Girls scored on average 3.7 points higher on YSR than boys did |

The table continues on the next page

Table 5.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|---|---|---|---|--|
| Clarke et al 2001 [39] USA | <p><u>Design</u> RCT</p> <p><u>Setting</u> Members in Kaiser Permanente HMO in Oregon</p> <p><u>Population</u> Adolescents in 2 995 families. Parents were identified to have depression via the HMO database. 481 families consented and participated in baseline interview. Predominantly white, employed parents</p> <p><u>Inclusion criteria</u> Adolescents, 13–18 years, with subdiagnostic levels of depressive symptoms (CES-D >24)</p> <p><u>Follow-up time</u> 14 and 24 months</p> | <p><u>Intervention</u> CVS with parent component, n=45 CES-D at baseline: 25.2 (8.7)</p> <p><u>Intensity</u> Adolescents: 15 group sessions, 1 hour each Parents: 3 information meetings in the beginning, middle and end of the intervention</p> <p><u>Drop out rate at 24 months</u> 17% for the total sample. No systematic bias in drop out</p> | <p><u>Control</u> Usual care, n=49 CES-D at baseline: 23.8 (10.3)</p> | <p><u>CES-D at 14 months</u> I: 15.1 (10.0) C: 21.5 (13.6) p=0.006</p> <p><u>CES-D at 24 months</u> I: 19.5 (9.8) C: 19.9 (10.4) ns</p> <p><u>CBCL depression</u> No significant differences</p> <p><u>Incidence of episodes of MDD</u> <u>At 14 months</u> I: 9.3% C: 28.8% p=0.003</p> <p><u>At 24 months</u> I: 23% C: 34% “Still significant”</p> | <p>Moderate</p> <p>Blinded evaluators</p> <p>ITT analysis</p> | <p><u>Competence of staff</u> Therapist with a master’s degree, who was trained in the approach</p> <p><u>Integrity</u> Mean therapist compliance was 95.9% (audiotaping and rating of 2–3 sessions)</p> <p><u>Attendance rate</u> Average 9.5 sessions and 46% of the homework assignments</p> <p><u>Dose response</u> No significant dose effects could be detected</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 5.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|---|--|--|---|--|---|
| Clarke et al 1995 [38] USA | <p><u>Design</u> RCT</p> <p><u>Setting</u> Three suburban schools in USA</p> <p><u>Population</u> Adolescents in grade 9 and 10, screened for elevated depressed symptoms. n=1 652. n=172 (105 girls) fulfilled criteria and consented Mean age: 15.3 years (0.7) Predominantly white lower-middle class students</p> <p><u>Inclusion criteria</u> CES-D >24</p> <p><u>Exclusion criteria</u> Current DSM-III affective disorder</p> <p><u>Follow-up time</u> Post, 6 months and 12 months</p> | <p><u>Intervention</u> CWS, n=76 CES-D at baseline: 24.29 (9.6)</p> <p><u>Intensity</u> Three 45 minutes sessions per week for five weeks</p> <p><u>Drop out rate at 12 months</u> 27.6%</p> | <p><u>Control</u> Care as usual, n=74 CES-D at baseline: 21.88 (9.2)</p> <p><u>Drop out rate at 12 months</u> 5.4%</p> | <p><u>CES-D at postintervention</u> I: 17.88 (9.3) C: 21.67 (12.3) p<0.05</p> <p><u>At 6 months follow-up</u> I: 19.35 (10.0) C: 18.55 (11.2) ns</p> <p><u>At 12 months follow-up</u> I: 18.40 (9.3) C: 18.34 (11.0) ns</p> <p>No significant differences were found for HDRS or GAF</p> <p><u>Cumulative incidence of MDD or dysthymia at 12 months</u> I: 14.5% C: 25.7% p<0.05</p> | <p>Moderate</p> <p>Skewed drop out rate. More participants in the I-group dropped out (p<0.001). The remaining subjects reported higher depression scale scores than those who were lost</p> <p>Completers analysis only (125 participants)</p> | <p><u>Competence of staff</u> School psychologists and counselors. 40 hours of training</p> <p><u>Integrity</u> 93.9% compliance with the manual (range 77 to 100%)</p> <p><u>Attendance</u> Average 72% (SD 22%)</p> <p><u>Gender analysis</u> Yes</p> |

The table continues on the next page

Table 5.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|---|--|---|--|---|
| Garber et al 2009 [40] USA | <p><u>Design</u> RCT</p> <p><u>Setting</u> Four cities n=2 494 families recruited from several sources (eg HMO)</p> <p><u>Population</u> n=316 (59% girls) Mean age: 14.8 years (1.4). Predominantly white middle-class (25% ethnical, racial minority)</p> <p><u>Inclusion criteria</u> 1) At least 1 parent with a history of major depression or dysthymia 2) Current sub- syndromal depres- sion (>20 CES-D) or prior episode of depressive disorder</p> <p><u>Follow-up</u> 9 months</p> | <p><u>Intervention</u> CBT prevention program, n=159 CES-D at baseline: 15.5 (9.4)</p> <p><u>Intensity</u> 8 weekly sessions, 90 minutes followed by 6 monthly booster sessions</p> <p>Parent meetings week 1 and 8</p> <p><u>Drop out rate at 9 months</u> 11.3%</p> | <p><u>Control</u> Care as usual, n=157 CES-D at baseline: 15.8 (10.0)</p> <p><u>Drop out rate at 9 months</u> 8%</p> | <p><u>CDRS</u> No difference between groups</p> <p><u>Incidence of depression at 9 months</u> I: 21.4% C: 32.7% p=0.03</p> <p><u>CES-D at 9 months</u> I: 10.9 (8.4) C: 13.5 (8.3) p=0.03</p> | <p>Moderate</p> <p>Methodologically high but too short follow-up for high quality</p> <p>ITT-analysis Blinded evaluation Inter rater reliability level: $\kappa=0.80$ required before start</p> | <p><u>Competence of staff</u> Therapists with at least a master's degree in a mental health field, trained and supervised by an experienced clinician</p> <p><u>Integrity</u> All sessions were audio- taped and 12% of the sessions were randomly chosen for evaluation. Therapist compliance ranged from 88 to 96%</p> <p><u>Attendance rate</u> Adolescents: Average 6.5 acute sessions and 3.8 booster sessions Parents: >70% attended the sessions</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 5.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance Gender analysis |
|---|---|---|--|--|--|--|
| Hunt et al 2009 [37] Australia | <u>Design</u> RCT, randomised at school level, effectiveness trial <u>Setting</u> Metropolitan area, 19 secondary (catholic) schools <u>Population</u> n=260 after screening of 1 120 students (43% girls) and parental consent. Mean age: 12 years <u>Inclusion criteria</u> At-risk for deve- loping anxiety disorder, CDI cut-off >11. Teacher – nomina- ting of prominent anxious students. English speaking | <u>Intervention</u> FRIENDS with parent component, n=136 Baseline CDI: 14.3 (8.2) Baseline RCMAS: 15.9 (5.0) <u>Intensity</u> 10 weekly 50 minutes group sessions and two booster sessions after 1 and 3 months (including parent sessions). Sessions were run during school hours <u>Drop out rate</u> 2 years: 18.4% 4 years: 24.3% | <u>Control</u> No intervention, n=124 Baseline CDI: 12.6 (5.0) Baseline RCMAS: 14.5 (5.6) <u>Drop out rate</u> 2 years: 5.6% 4 years: 30.6% | <u>CDI at 2 years</u> I: 11.6 (8.3) C: 11.4 (8.3) ns <u>CDI at 4 years</u> I: 10.2 (8.1) C: 10.8 (8.5) ns <u>RCMAS at 2 years</u> I: 11.3 (6.8) C: 11.3 (6.1) ns <u>RCMAS at 4 years</u> I: 10.2 (6.5) C: 10.9 (6.5) ns <u>Cumulative incidence of anxiety or mood disorder at 4 years</u> I: 34.2% C: 22.1% ns | Moderate Treatment integrity data incomplete CIDI interviewer blind to condition | <u>Competence of staff</u> School counsellor assisted by a support teacher, both attending a 2 day training workshop <u>Fidelity</u> Moderate/high <u>Attendance rate</u> Parent participation is unclear <u>Gender analysis</u> Not reported |

The table continues on the next page

Table 5.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|--|--|---|--|---|
| Jaycox et al 1994 [3] USA | <u>Design</u> Prospective 5-year efficacy study, RCT randomisation within matched pairs of children | <u>Intervention</u> PPP, n=69 Girls: 34 Boys: 35 Mean age: 11.36 years 79.7% Caucasian | <u>Controls</u> Waitlist, n=24 Non-participation, group: n=50 | <u>CDI</u> (Mean, SD) No significant differences between groups at "post test" and 6 months | Moderate No ITT analysis Risk for self-selection bias | <u>Competence of staff</u> The intervention was conducted by doctoral students in clinical psychology |
| Gillham et al 1995 [36] | <u>Setting</u> Schools in two districts in sub- urban Philadelphia. | <u>Intensity</u> Group sessions once a week for 1.5 hours. 12 weeks, the program included homework | The two groups were combined Girls: 32 Boys: 42 | Significantly lower levels of CDI in the intervention group at 18 and 24 months. The significance disappeared at 30 and 36 months | | <u>Fidelity</u> Detailed training manual, pilot-testing and supervising |
| Gillham et al 1999 [35] | >90% of parents had high school or college education <u>Population</u> Children in 5th and 6th grades (n=1 600). Informed consent: n=262 <u>Inclusion criteria</u> At risk (depres- sive symptoms and parental conflict). All children with a z-score CDI + CPQ above >0.50 were invited to partici- pate. Some children with lower score were also invited. At risk: n=149 <u>Follow-up</u> Every 6 months up to 36 months is published | <u>Drop out rate</u> 6 months: 20% 24 months: 28% 36 months: 42% | Mean age: 11.5 years 85.3% Caucasian <u>Drop out rate</u> 6 months: 15% 24 months: 33% 36 months: 36% (combined control group) The control group had significantly higher levels of education and family income | <u>Proportion of children with CDI >15 at 6 months follow-up</u> I: 14% C: 25% <u>Parents (CBCL at 6 months)</u> No treatment effect when initial level of problems and school group effects were controlled (drop out rate 60%) | | <u>Gender aspects</u> No main gender related effects |

The table continues on the next page

Table 5.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|---|--|--|--|---|--|
| Roberts et al 2003 [34] | <u>Design</u> RCT, cluster randomisation, matched pairs of schools, effectiveness | <u>Intervention</u> PPP adapted for Australian language | <u>Control</u> School as usual + symptom monitoring (parents were given advice for children who were above cut off for depression or anxiety) | <u>CDI</u> Both groups improved. There were no differences between groups at any of the measurements | Moderate for 18 months follow-up Low for 30 months follow-up | <u>Competence of staff</u> Group facilitators were school psychologists and nurses who had received 40 hours training from the PPP developers |
| Roberts et al 2004 [33] Australia | <u>Setting</u> 18 primary rural schools in Western Australia, selected to be representa- tive for the region <u>Population</u> n=720. Seventh grades whereof 369 consented to screening <u>Inclusion criteria</u> The 13 children with the highest CDI-scores in each class were invited to participate. In classes with <13 students all were invited <u>Follow-up</u> "Post test", 6, 18 and 30 months | <u>Participants</u> n=90 (51% girls) Age: 11.91 years (0.34) Ethnicity: 70% Australian <u>Intensity</u> 12 sessions run by educated psychologists or nurses as facilitators <u>Drop out rate</u> 18 months: 16.5% 30 months: 55% | n=99 (49% girls) Ethnicity: 79% Australian <u>Drop out rate</u> 18 months: 14% 30 months: 49% | <u>RCMAS</u> Both groups improved. PPP was significantly more effective than the control (p<0.01) at "post test", 6 and 30 months. There was no difference between groups at 18 months <u>Proportion that received mental health help during follow-up</u> I: 9.3% C: 10.4% ns <u>CBCL Internalising SCORE</u> Both groups improved over time. PPP was more effective than the control at "post test" but not at follow up (p<0.05) | High (two independent raters reviewed sessions audiotapes) <u>Attendance rate</u> High (87–99%) <u>Gender analysis</u> Not reported | <u>Program integrity</u> High (two independent raters reviewed sessions audiotapes) |

The table continues on the next page

Table 5.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|---|--|---|---|---|---|
| Sheffield et al 2006 [20] Australia | <p><u>Design</u> RCT, Cluster, stratified (also see Table 5.5 for universal prevention)</p> <p><u>Setting</u> 36 schools from 2 Australian states were selected to broadly represent the Australian population. Two schools dropped out before start of invention</p> <p><u>Population</u> n=2 479 (54% female) High symptoms students scored in the top 20% on the combined scores of CDI and CES-D. n=521 (69% girls) Mean age: 14.34 years (0.46)</p> <p><u>Follow-up</u> "Post test" and 12 months</p> | <p><u>Intervention</u> Program consistent with PSFL, part of school curriculum, n=246 high risk population</p> <p><u>Intensity of indicated part of program</u> I1: Indicated prevention One session (90 min) weekly for eight weeks, in small groups, n=134 I2: Universal + indicated: Combined I1 and universal program over two terms, n=112</p> <p><u>Drop out rate</u> 15%</p> | <p><u>Control</u> Standard curriculum, n=149 high risk population</p> <p><u>Drop out rate</u> 19%</p> | <p><u>Effect on high-risk population</u> There was no significant difference between any of the four groups (measured as CDI and YSR)</p> | <p>Moderate</p> <p>The study was powered to detect medium effect sizes for the indicated prevention</p> | <p><u>Competence of staff</u> Ordinary teachers</p> <p><u>Fidelity (high)</u> The mean number of program elements completed each session was 92% for the indicated program</p> <p><u>Attendance rate</u> 75%</p> <p><u>Gender analysis</u> Not reported</p> |

The table continues on the next page

Table 5.7 continued

| Author Year Reference Country | Study design Setting Population Inclusion criteria Follow-up time | Intervention Population Drop out rate | Control Population Drop out rate | Outcome | Study quality Comments | Competence of staff Fidelity Attendance Gender analysis |
|--|--|---|---|--|---------------------------|---|
| Stice et al 2008 [41] USA | <p><u>Design</u> RCT</p> <p><u>Setting</u> Recruitment from 6 high-schools. Setting: unclear</p> <p><u>Population</u> n=341 (44% boys) Mean age: 15.6 years (SD 1.2) Mixed ethnical (46% Caucasian, 33% Hispanics, 21% other) and SES composition (26% high school or less, 53% college or more), represen- tative of the popu- lation</p> <p><u>Inclusion criteria</u> CES-D >20</p> <p><u>Exclusion criteria</u> Adolescents showing symptoms of major depression at interview</p> <p><u>Follow-up</u> 6 months</p> | <p><u>Interventions</u> I1: CB (adapted from Clarke 1995) [38]. Six weekly 1 hour- sessions, n=89 Drop out rate: 8 (9%)</p> <p>I2: Supportive- expressive (GSE). Six weekly 1 hour- sessions, n=88 Drop out rate: 6 (7%)</p> <p>I3: Bibliotherapy. Self-help book, n=80 Drop out rate: 4 (5%)</p> | <p><u>Control</u> Assessment only, n=84 Drop out rate: 7 (8.3%)</p> | <p><u>Self report (BDI) at follow-up</u></p> <p>I1: Mean: 12.18 (SD 9.56)</p> <p>I2: Mean: 13.10 (SD 10.25)</p> <p>I3: Mean: 15.73 (SD 10.36)</p> <p>Control: Mean: 17.22 (SD 10.93)</p> <p>Significant differences between control group and active treatments: I1: p=0.002 I2: p=0.021 I3: p=0.036</p> | Moderate | <p><u>Competence of staff</u> CB and supportive- expressive intervention: Clinical graduate students and assisting undergraduate</p> <p><u>Attendance rate</u> 55%</p> <p><u>Gender analysis</u> No</p> |

ADIS-P = Anxiety Disorder Interview Schedule for Children Parent version; BDI = Beck Depression Inventory; C = Control; CBCL = Children's Behaviour Check List; CBT = Cognitive behavioural therapy; CDI = Children's Depression Inventory; CDRS = Children's Depression rating scale; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CIDI = Composite International Diagnostic Interview; CPQ = Children's Personality Questionnaire; CWS = Coping with Stress; DSM = Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders; GAF = Global Assessment of functioning; GSE = Supportive expressive group treatment; HMO = Health Maintenance Organization; I = Intervention; ITT = Intention-to-treat; MDD = Major depressive disorder; PPP = Penn Prevention Program; PSFL = Program Solving for Life; RCMAS = Revised Children's Manifest Anxiety Scale; RCT = Randomised controlled trial; SD = Standard Deviation; SES = Socio economic status; YASR = Young Adult Self Report; YSR = Youth Self Report; ns = Not significant

Tabell 5.8 Sammanställning av systematiska översikter, internaliserade problem.

| Författare År, referens Land | Program, urval och antal inkluderade studier | Inklusionskriterier | Kvalitetskriterier | Resultat "post test" för effekter på barnet | Långtidseffekter | Kommentarer |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Kavanagh et al 2009 [61] England | Skolbaserade KBT- baserade program för att förebygga depression, ångest och självmordsbete- ende 17 RCT | Ålder: 11–19 år | Nej | Depressiva symtom SMD –0,16 (95% KI –0,26 till –0,05) | Universella: Ingen effekt efter 4 veckor Indikerade: SMD –0,25 (95% KI –0,42 till –0,08) efter 6 månader | 4/13 inkluderade studier om depression ingick i vår granskning och hade medel- hög kvalitet |
| Cuijpers et al 2008 [62] Nederländerna | Prevention av depression 1966–juni 2007 MEDLINE, PsycInfo, EMBASE, Cochrane Central Register Digital dissertations Inga språkbegräns- ningar 19 RCT | Alla åldrar Alla preventions- nivåer Standardiserad diagnostisk intervju vid baseline för att utesluta individer som uppfyllde kriterier för depression | Enligt Cochranes handbok (randomi- sering, blindning, bortfall) | <u>Incidence risk ratio</u> <u>Ungdomar (9 studier)</u> IRR 0,77 (95% KI 0,57 till 1,04) <u>Skola (6 studier)</u> IRR 0,83 (95% KI 0,61 till 1,12) | Effekterna minskade med tiden | Effekterna sammanslagna för alla preventionsnivåer |
| Stice et al 2009 [52] USA | Prevention av depression 1980–2008 PsychInfo, Medline, Dissertation abstracts 46 kontrollerade studier | Barn och ungdom | Ej rapporterat | r=0,14 (medelvärde) | r=0,11 (medelvärde) | |

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.8 fortsättning

| Författare År, referens Land | Program, urval och antal inkluderade studier | Inklusionskriterier | Kvalitetskriterier | Resultat "post test" för effekter på barnet | Långtidseffekter | Kommentarer |
|--|--|--|---|---|---|---|
| Merry et al 2004 [63] Nya Zeeland | Prevention av depression 1966–2002 Medline, PsycInfo, ERIC, EmBase 21 RCT varav 13 hade data som kunde poolas i metaanalys | Barn och ungdom, 5–19 år Ingen diagnos på depression vid inklusion | Moncrieffs kriterier. Känslighetsanalys gjordes med enbart studier som hade hög eller måttlig kvalitet | <u>Depressions-score</u> <u>Universell</u> SMD –0,21 (95% KI –0,48 till 0,06) "Targeted" SMD –0,26 (95% KI –0,40 till –0,13) <u>Diagnos på depression</u> <u>Universella</u> Riskminskning –0,08 (95% KI –0,15 till –0,01) <u>Selektiva + indikerade</u> Riskminskning –0,13 (95% KI –0,22 till –0,05) | Ingen effekt på depressionspoäng eller diagnos | Inget krav på uppföljning |
| Calear et al 2009, [57] Australien | Skolbaserade program för att förebygga depression Medline, PsycInfo, Cochrane Library 1998–2008 "Peer – reviewed" tidskrifter på engelska enbart 42 RCT uppfyllde inklusionskriterierna varav 29 hade någon form av uppföljning | Barn och ungdom, 5–19 år Minska eller före- bygga symtom på depression | Jadads kriterier (randomisering, blindning, bortfall) | <u>Universella program</u> 9/23 studier visade effekt: Cohen's d=0,30–1,40 medan 14/23 inte såg effekt <u>Indikerade program</u> 6/10 visade effekt: Cohen's d=0,25–1,35) 4/10 fann ingen signifikant effekt | <u>Universella program</u> 4/16 studier såg effekt Cohen's d=0,21–0,66 12/16 såg ingen signi- fikant effekt (–0,05– 0,73) <u>Indikerade program</u> 6/9 rapporterade signifikanta effekter Cohen's d=0,33–1,00 | Långtidseffekter räknat från 3 månader Effektstorlekarna är inte rättvisande eftersom de enbart beräknas på studier med positivt resultat Studierna med störst effekt hade låg kvalitet i SBU- granskningen |

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.8 fortsättning

| Författare År, referens Land | Program, urval och antal inkluderade studier | Inklusionskriterier | Kvalitetskriterier | Resultat "post test" för effekter på barnet | Långtidseffekter | Kommentarer |
|--|---|---|--------------------|--|--|--|
| Neil et al 2009 [58] Australien | Skolbaserade program för prevention eller tidig behandling av ångest Medline, PsycInfo, Cochrane Library 1987–2008 "Peer-reviewed" engelskspråkig tidskrift 27 RCT uppfyllde inklusionskriterierna varav 12 hade någon form av uppföljning | Barn och ungdom, 5–19 år Minskad symtom och incidens av ångest | Jadads kriterier | <u>Universella program</u> 11/16 studier visade effekt, Cohen's d varierade mellan 0,31–1,37 <u>Indikerade program</u> 4/8 visade effekt; Cohen's d varierade mellan 0,20–0,76 | <u>Universella program</u> 6/16 studier hade uppföljning och 3 visade effekt, Cohen's d varierade mellan 0,22–0,70 <u>Indikerade program</u> 6/8 hade uppföljning och 5 visade effekt, Cohen's d varierade mellan 0,22–0,70 | Långtidseffekter räknade från en månad Effektstorlekarna är inte rättvisande eftersom de enbart beräknas på studier med positivt resultat |

IRR = Incidence risk ratio; RCT = Randomised controlled trial; SMD = Standard Mean difference

Referenser

1. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Seeley JR. Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1221-9.
2. Bandura A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.
3. Jaycox LH, Reivich KJ, Gillham J, Seligman ME. Prevention of depressive symptoms in school children. *Behav Res Ther* 1994;32:801-16.
4. Gillham JE, Reivich KJ, Freres DR, Chaplin TM, Shatte AJ, Samuels B, et al. School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:9-19.
5. Introduction to FRIENDS. Anxiety prevention and treatment for children aged 7–11 and youth aged 12–16. www.friendsinfo.net/downloads/FRIENDSintrobooklet.pdf. 2007.
6. WHO. WHO – Prevention of mental disorders effective interventions and policy options. 2004:42-43.
7. Barrett PM, Farrell LJ, Ollendick TH, Dadds M. Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006;35:403-11.
8. Dadds MR, Holland DE, Laurens KR, Mullins M, Barrett PM, Spence SH. Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:145-50.
9. Dadds MR, Spence SH, Holland DE, Barrett PM, Laurens KR. Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:627-35.
10. Lock S, Barrett PM. A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behav Change* 2003; 20:83-199.
11. Lowry-Webster HM, Barrett PM, Dadds M. A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behav Change* 2001;18:36-50.
12. Lowry-Webster HM, Barrett PM, Lock S. A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: Results at 1-year follow-up. *Behav Change* 2003;20:25-43.
13. Barrett PM, Sonderegger R, Xenos S. Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2003;8:241-60.
14. Öst LG, Svensson L, Hellstrom K, Lindwall R. One-Session treatment of specific phobias in youths: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:814-24.
15. Barrett PM, Lock S, Farrell LJ. Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety.

Clin Child Psychol Psychiatry
2005;10:539-55.

16. Shochet IM, Dadds MR, Holland D, Whitefield K, Harnett PH, Osgarby SM. The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *J Clin Child Psychol* 2001;30:303-15.

17. Harnett P, Dadds M. Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions. *J Sch Psychol* 2004;42:343-57.

18. Merry S, McDowell H, Wild CJ, Bir J, Cunliffe R. A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:538-47.

19. Spence SH, Sheffield JK, Donovan CL. Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:3-13.

20. Sheffield JK, Spence SH, Rapee RM, Kowalenko N, Wignall A, Davis A, et al. Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:66-79.

21. Spence SH, Sheffield JK, Donovan CL. Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:160-7.

22. Pössel P, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: A 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1003-10.

23. Pössel P, Seemann S, Hautzinger M. Impact of comorbidity in prevention of adolescent depressive symptoms. *J Couns Psychol* 2008;55:106-17.

24. Horowitz J, Garber J, Ciesla J, Young J, Mufson L. Prevention of depressive symptoms in adolescents: A randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:693-706.

25. Sawyer M, Pfeiffer S, Spence SH, Bond L, Graetz B, Kay D, et al. School-based prevention of depression: a randomised controlled study of the beyondblue schools research initiative. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:199-209.

26. Aune T, Stiles TC. Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:867-79.

27. Barrett P, Turner C. Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school-based trial. *Br J Clin Psychol* 2001;40:399-410.

28. Pössel P, Baldus C, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: A randomized and controlled follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46:982-94.

29. Cardemil E, Reivich KJ, Seligman ME. The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school students. *Prevention & Treatment* 2002;5:Article 8.

30. Cardemil EV, Reivich KJ, Beevers CG, Seligman ME, James J. The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: two-year follow-up. *Behav Res Ther* 2007;45:313-27.
31. Roberts CM, Kane R, Bishop B, Cross D, Fenton J, Hart B. The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools. *Behav Res Ther* 2010;48:68-73.
32. Sandler IN, Ayers TS, Wolchik SA, Tein JY, Kwok OM, Haine RA, et al. The family bereavement program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:587-600.
33. Roberts C, Kane R, Bishop B, Matthews H, Thomson H. The prevention of depressive symptoms in rural school children: A follow-up study. *International Journal of Mental Health Promotion* 2004;6:4-16.
34. Roberts C, Kane R, Thomson H, Bishop B, Hart B. The prevention of depressive symptoms in rural school children: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:622-8.
35. Gillham JE, Reivich KJ. Prevention of depressive symptoms in school children: A research update. *Psychol Sci* 1999;10:461-2.
36. Gillham JE, Reivich KJ, Jaycox LH, Seligman ME. Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychol Sci* 1995;6:343-351.
37. Hunt C, Andrews G, Crino R, Erskine A, Sakashita C. Randomized controlled trial of an early intervention programme for adolescent anxiety disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:300-4.
38. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, et al. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:312-21.
39. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:1127-34.
40. Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TR, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;301:2215-24.
41. Stice E, Rohde P, Seeley JR, Gau JM. Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:595-606.
42. Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics* 2003;112:e119-31.
43. Beardslee WR, Wright EJ, Gladstone TR, Forbes P. Long-term effects from a

- randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *J Fam Psychol* 2007;21: 703-13.
44. Thompson EA, Eggert LL, Randell BP, Pike KC. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am J Public Health* 2001;91:742-52.
45. Vieland V, Whittle B, Garland A, Hicks R, Shaffer D. The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: an 18-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:811-5.
46. Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, et al. The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend* 2008;95 Suppl 1:S60-73.
47. Toumbourou JW, Gregg ME. Impact of an empowerment-based parent education program on the reduction of youth suicide risk factors. *J Adoles Health* 2002;31: 277-85.
48. Thompson EA, Eggert LL, Herting JR. Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30: 252-71.
49. Eggert LL, Thompson EA, Randell BP, Pike KC. Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide--risk behaviors, depression, and drug involvement. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2002;1 5:48-64.
50. Eggert LL, Thompson EA, Herting JR, Nicholas LJ. Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:276-96.
51. Randell B, Eggert L, Pike K. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31:41-61.
52. Stice E, Shaw H, Bohon C, Marti CN, Rohde P. A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:486-503.
53. Gillham JE, Hamilton J, Freres DR, Patton K, Gallop R. Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: a randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *J Abnorm Child Psychol* 2006;34: 203-219.
54. Spence SH, Shortt AL. Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48: 526-42.
55. Beardslee WR, Salt P, Porterfield K, et al. Comparison of preventive interven-

- tions for families with parental affective disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;32:254-263.
56. Lynch FL, Hornbrook M, Clarke GN, Perrin N, Polen MR, O'Connor E, et al. Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1241-8.
57. Calear AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *J Adolesc* 2010;33:429-38.
58. Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev* 2009;29:208-15.
59. Gillham JE, Shatté AJ, Reivich KJ. Needed for prevention research: long-term follow-up and the evaluation of mediators, moderators and lay providers. *Prevention & Treatment*, 4. 2001.
60. Wolchik SA, West SG, Sandler IN, Tein JY, Coatsworth D, Lengua L, et al. An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:843-56.
61. Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T, Caird J, Tucker H, Harden A, et al. School-based cognitive-behavioural interventions: A systematic review of effects and inequalities. *Health Sociology Review* 2009;18:61-78.
62. Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008;165:1272-80.
63. Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD003380.

Referenslista på studier med låg studiekvalitet – Internaliserade problem

- Balle M, Tortella-Feliu M. Efficacy of a brief school-based program for selective prevention of childhood anxiety. *Anxiety Stress Coping* 2009;1-14.
- Barrett PM, Farrell LJ, Ollendick TH, Dadds M. Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006;35:403-11.
- Barrett PM, Lock S, Farrell LJ. Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2005;10:539-55.
- Barrett PM, Sonderegger R, Xenos S. Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2003;8:241-60.
- Beardslee WR, Wright EJ, Salt P, Drezner K. Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:196-204.
- Bronstein P, Duncan P, Clauson J, Abrams CL, Yannett N, Ginsburg G, et al. Preventing middle school adjustment problems for children from lower-income families: A program for Aware Parenting. *J Appl Dev Psychol* 1998;19:129-152.
- Catalano RF, Mazza JJ, Harachi TW, Abbott RD, Haggerty KP, Fleming CB. Raising healthy children through enhancing social development in elementary school: Results after 1–5 years. *J Sch Psychol* 2003;41:143-64.
- Gillham JE, Reivich KJ, Jaycox LH, Seligman MEP. Prevention of depressive symptoms in schoolschildren: Two-year follow-up. *Psychol Sci* 1995;6:343-51.
- Harnett P, Dadds M. Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions. *J Sch Psychol* 2004;42:343-57.
- Jaycox LH, Reivich KJ, Gillham J, Seligman ME. Prevention of depressive symptoms in school children. *Behav Res Ther* 1994;32:801-16.
- Kam C-M, Greenberg MT, Kusch CA. Sustained Effects of the PATHS Curriculum on the Social and Psychological Adjustment of Children in Special Education. *J Emot Behav Disord* 2004;12:66-78.
- Merry S, McDowell H, Wild CJ, Bir J, Cunliffe R. A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:538-47.
- O'Dea JA, Abraham S. Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *Int J Eat Disord* 2000;28:43-57.

- Pattison C, Lynd-Stevenson RM. The prevention of depressive symptoms in children: The immediate and long-term outcomes of a school based program. *Behav Change* 2001;18:92-102.
- Pössel P, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: A 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1003-10.
- Quayle D, Dziurawiec S, Roberts C, Kane R, Ebsworthy G. The Effect of an optimism and lifeskills Program on depressive symptoms in preadolescence. *Behav Change* 2001;18:194-203.
- Ruini C, Ottolini F, Tomba E, Belaise C, Albieri E, Visani D, et al. School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40:522-32.
- Verduyn CM, Lord W, Forrest GC. Social skills training in schools: an evaluation study. *J Adolesc* 1990; 13:3-16.
- Vieland V, Whittle B, Garland A, Hicks R, et al. The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: An 18-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:811-5.
- Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, et al. The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend* 2008;95 Suppl 1:S60-73.
- Vuori J, Koivisto P, Mutanen P, Jokisaari M, Salmela-Aro K. Towards working life: Effects of an intervention on mental health and transition to post-basic education. *J Vocat Behav* 2008;72:67-80.

6. Etiska och sociala aspekter

I detta kapitel sammanfattar vi först vad som avses med etiska och sociala aspekter. Därefter diskuterar vi etiska och sociala aspekter på i första hand föräldraprogram och skolprogram inriktade på prevention av psykisk ohälsa hos barn.

Diskussionen förs dels utifrån en systematisk litteraturgenomgång och ett etikseminarium anordnat våren 2009 för att fånga upp och belysa etiska och sociala aspekter på berörda preventionsprogram, dels utifrån teman som vuxit fram inom projektgruppen.

Vad avses med etiska aspekter?

Etik handlar om vad som är gott/bra respektive ont/dåligt, vad som bör respektive inte bör göras och vilka karaktäsegenskaper som gör oss till bättre respektive sämre människor. Den normativa etikens centrala fråga är vad som är den rätta handlingen och dess uppgift är att klargöra hur etiska problem bör hanteras [1]. Ett handlingsalternativ kan etiskt diskvalificeras på två principiellt olika sätt. Antingen finns något att invända mot *själva handlingen* som gör den oacceptabel oavsett vilka konsekvenser den har, till exempel genom att de berörda behandlas respektlöst eller exponeras för orimligt stora risker – eller så råder en negativ balans mellan förväntade *positiva och negativa konsekvenser*. Om det finns en tung principiell invändning mot själva handlingen finns normalt inget skäl att väga förväntade positiva och negativa konsekvenser mot varandra. Detta bör däremot göras om någon sådan avgörande invändning inte finns.

Följande fyra principer, som är väletablerade inom medicinsk etik [2,3], anförs ofta som en etisk grund för hälso- och sjukvård:

1. *Göra gott-principen* innebär att man bör hjälpa personen genom att tillgodose dennes medicinska och medmänskliga behov.
2. *Inte skada-principen* innebär att man bör undvika att skada personen. Man bör t ex avstå från omotiverat risktagande.
3. *Autonomiprincipen* innebär att man bör respektera personens rätt att bestämma själv om sig själv, vilket bl a innebär att man måste hålla personen informerad och garantera denne rätten att avstå från erbjuden behandling eller preventiv insats.
4. *Rättvisepincipen* innebär att man bör behandla personer med lika behov lika – dvs det är personens behov av medicinska eller preventiva insatser som ska avgöra hur man handlar, inte till exempel personens kulturella bakgrund, kön eller sociala status.

De fyra principerna är inte avsedda att utgöra ett komplett etiskt system som på egen hand visar hur etiska problem ska lösas. De säger t ex ingenting om hur konflikter mellan principerna ska hanteras. Deras uppgift är snarare att påminna om centrala aspekter att beakta vid bedömningen av vilket handlingsalternativ som är det rätta.

Utöver välbefinnande, hälsa, autonomi och rättvisa brukar personlig integritet lyftas fram som en viktig etisk aspekt [4,5]. Att respektera människors personliga integritet innebär att respektera deras rätt till en personlig sfär. Den som ger sig in i denna personliga sfär utan att ha fått godkännande kränker därigenom den personliga integriteten. Det kan till exempel röra sig om att obehöriga får del av känsliga personuppgifter eller att personer inkluderas i olika verksamheter och program utan att de först informerats och samtyckt. Genom att den rör rätten att bestämma över en personlig sfär knyter personlig integritet nära an till autonomi.

FN:s konvention om barnets rättigheter, den så kallade Barnkonventionen, säger att barnets bästa ska komma i första hand vid alla åtgärder som rör barnet. Vidare understryks barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i frågor som rör barnet självt, samt att barnet inte får diskrimineras, exempelvis pga av hudfärg, kön eller handikapp. Barnkonventionen betonar också varje barns rätt att utvecklas psykologiskt, socialt och moraliskt [6]. Dessa idéer sammanfaller i stora drag med de fyra principerna ovan.

Vad avses med sociala aspekter?

Med sociala aspekter avses här aspekter som rör individen i samhället, t ex boende, familjeliv, umgänge och livsstil. Sociala aspekter omfattar både individuella och strukturella faktorer. Exempel på vad som kan vara viktigt att belysa i relation till hälsa och ohälsa är arbets-/skolmiljö, boendemiljö, familjesituation, utbildningsnivå, social och kulturell tillhörighet, sociala nätverk, fritidsaktiviteter, socioekonomiska aspekter samt ålders- och könsrelaterade aspekter [7]. I detta kapitel är det framför allt sociala konsekvenser av diskuterade preventionsprogram som ska belysas.

Många sociala aspekter är etiskt relevanta. Ett exempel på det är individens möjlighet att själv påverka och ta ansvar, liksom att tillgodogöra sig information, till exempel om åtgärder för att förebygga ohälsa. Ett annat exempel där sociala och etiska aspekter överlappar är fördelningseffekter av olika åtgärder. Detta exempel visar att sociala och etiska aspekter i somliga fall också tydligt knyter an till ekonomiska.

Etiska och sociala aspekter på preventionsprogram mot skolbarns psykiska ohälsa

Vid en utvärdering av program inriktade på prevention av barns psykiska ohälsa behöver inte bara programmets hälso- och välbefinnandeffekter undersökas utan även hur de påverkar individens möjligheter att ha kontroll över sitt liv och om de främjar rättvisa. Vi har identifierat följande teman som särskilt relevanta att belysa:

- etiska aspekter av övergripande samhällsrelevans
- frågan om annat än barnets bästa motiverar vissa program
- informerat samtycke, autonomi och personlig integritet
- rättviseaspekter
- risk för stigmatisering
- genusaspekter
- etnicitet
- effekt av programmen.

Litteratursökning

Litteratursökningen beskrivs i Kapitel 4 och genererade 1 336 abstrakt. Nitton artiklar bedömdes vara relevanta för projektet. Studierna kvalitetsgranskades inte.

Etiska aspekter av övergripande samhällsrelevans

Flera aspekter kring program för prevention av barns psykiska ohälsa är inte bara av intresse för de individer som direkt berörs utan har allmän samhällsrelevans. Det rör särskilt programmens underliggande värderingar, att vissa problemtolkningar hamnar i fokus och programmens eventuella inverkan på föräldrarollen. Även de medel man använder för att påverka barns beteende och utveckling i förmodad önskvärd riktning kan ha vidare sociala konsekvenser.

Underliggande värderingar och synsätt

Preventionsprogram, liksom andra systematiska interventioner, är delvis värderingsstyrda [8]. De för också med sig vissa bestämda perspektiv på vilken sorts problem det är fråga om och därmed vilka lösningar som blir relevanta. Då man fokuserar på individers psykiska ohälsa blir problemen individuella, medan mer samhällsinriktade perspektiv riskerar att hamna i bakgrunden. Vi står med ett antal problemindivider snarare än med ett antal samhällsproblem. Preventionsprogrammen kan därmed komma att uppfattas som ett bättre alternativ än strukturella samhällsatsningar trots att många som riskerar att få problem finns i socialt utsatta grupper. Man bör därför vara medveten om att satsningar på att

förbättra dessa gruppers sociala förutsättningar kan vara ett alternativ till preventionsprogram mot psykisk ohälsa.

Preventionsprogrammen är utformade i en viss vetenskaplig och kulturell kontext och för med sig bestämda sätt att se på barn. Nästan alla program som har granskats har anglosaxiskt ursprung. Vissa underliggande värderingar kan avvika från dem som värnas i Sverige, där det ofta betonas att barn ska ses som egna individer och få sina åsikter respekterade. I flera anglosaxiska länder finns ett mer auktoritärt synsätt där lydnad av vuxna betonas starkare än här. Att barn ska acceptera föräldrars auktoritet och lära sig att lyda ingår som mål i flera av dessa föräldraprogram. En bred användning i Sverige av program där detta mål lyfts fram som centralt skulle på sikt kunna påverka samhällets syn på hur barn bör bemötas.

Ett flertal program söker leda in barnen på vissa tanke- och beteendespår genom systematisk positiv förstärkning av önskade beteenden och uttryck. Detta skulle kunna uppfattas stå i strid med grundläggande samhälleliga värderingar. Det kan ses som manipulativt och bristande i respekt för den enskildes autonomi, om barnens egna uppfattningar och önskemål inte efterfrågas och de inte är medvetna om syftet med den systematiska påverkan de utsätts för. Å andra sidan förekommer inslag av positiv förstärkning av önskade beteenden och uttryck i all barnuppfostran, alltifrån en klapp på axeln till konkreta belöningar. Positiv förstärkning i relation till klart formulerade förväntningar som barnet har förutsättningar att förstå, är alltså knappast fel i sig. Däremot ter det sig tvivelaktigt om det sker i kombination med en hög grad av faktiskt eller upplevt tvång. Likaså spelar underliggande värderingar och mål in. Centralt för en etisk bedömning av beteendepåverkan torde vara programmens syfte, dess faktiska effekter (avsikterna kan vara goda medan utfallet för berörda individers hälsa, välbefinnande eller utveckling skulle kunna vara negativt), i vilken utsträckning medverkandes autonomi respekteras, och i vilken mån deras framtida autonomi främjas.

Inverkan på föräldrarollen

I flera universella förskole- och skolprogram får lärare och förskolelärare rollen att coacha föräldrarna i hur de ska hantera sina barn. Det kan finnas en risk att detta inkräktar på föräldrarollen och att föräldrar i mindre utsträckning upplever sig kompetenta och ser sitt eget ansvar [9]. Dessutom får lärarna ett potent verktyg i sin hand om de använder program som bygger på beteendepåverkande poängsättning av elevernas beteende. Skolans fostrarroll framhävs på dessa sätt ytterligare, trots att vi har begränsad kunskap om programmens effekter och än mindre har diskuterat deras vidare samhällliga konsekvenser.

Det är inte säkert att programmens handlingsplan, genom vilka barnen ska påverkas, passar lika bra till alla individer eller familjer. Ändå presenteras de oftast som en universallösning. Program som riktar sig till föräldrar har visat sig kunna påverka familjesystemet på ett sätt som skadar de inbördes relationerna, särskilt då man vänder sig till sköra familjer. Enligt en studie av föräldraprogram som särskilt riktade sig mot pappor med barn i ”Head Start”-förskolor sågs en tendens till ökade problem inom familjen [10]. Det saknas dock underlag för att bedöma hur sannolikt det är att sådana negativa effekter av programmen uppstår. Det är viktigt att vara medveten om att negativa effekter inte kan uteslutas, och att fortsatta utvärderingar även bör innehålla sådana analyser.

En annan invändning som rests är att föräldrars autonomi hotas av preventionsprogram då deras osäkerhet i föräldrarollen exploateras – vilken i sin tur förstärks av att det finns särskilda experter inom området [9]. Men även det omvända kan vara fallet: program som ger stöd åt osäkra föräldrar kan hjälpa dem att återfå kontrollen över sin situation och stärka deras kompetens och självkänsla som föräldrar. De uttalade målen för föräldraprogrammen är just att möjliggöra utveckling av ömsesidigt goda relationer mellan barn och föräldrar, att reducera stress i föräldraskapet och att hjälpa föräldrar att finna strategier för adekvat och konsistent gränssättning. Om detta syfte uppnås blir programmen snarast autonomiframjande, för både barn och föräldrar.

Ekonomiska intressen

Det finns en allmän tilltro till att tidig prevention kan ge stora samhällsvinster, både i form av minskat mänskligt lidande och för att det begränsar behovet av framtida, mer kostsamma insatser. Besparingstanken bygger på antagandet att de preventiva insatserna verkligen har avsedd effekt. Men vår granskning ger inte särskilt mycket stöd åt antagandet, och de förmodade hälsoekonomiska vinsterna har hittills inte studerats systematiskt. Trots detta marknadsförs många preventionsprogram som evidensbaserade, och via påkostade hemsidor erbjuds programmaterial och ofta mycket dyra utbildningar i metoderna. Det finns således tydliga kommersiella intressen bakom den snabba spridningen av olika preventionsprogram.

Andra syften än barnets bästa?

Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter, Barnkonventionen, ska barnets bästa komma i första rummet vid alla åtgärder som rör barnet. Barnet har också rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i frågor som rör barnet självt [6]. En seriös bedömning av om kraven uppfylls bör göras innan ett program introduceras. Det finns inslag i föräldraprogram som kan innebära bristande respekt för barnet, inte minst viss användning av timeout och ignorering.

Timeout och ignorering

Med timeout kan menas olika saker. Som fackterm är den centrala innebörden ”avbrott från positiva förstärkningar”. Syftet med timeout är att stoppa en ond beteendespiral genom att ta bort barnet från en upp-trappad konfliktsituation, där det oönskade beteendet förstärks av den vuxnes emotionella reaktioner och närvaro. På så vis får både barnet och den vuxne tillfälle att lugna ner sig. Att en förälder går ifrån ett argt barn en stund eller tar en kort paus från något som måste göras men som barnet inte vill, för att göra ett nytt försök senare, är knappast kontroversiellt. Mer diskutabla tillämpningar av timeout är användning av skamvrå, inlåsning på rummet eller i en garderob eller fasthållning på en stol medan barnet avkrävs ett par minuters tystnad. Denna typ av timeout är inte förenlig med Barnkonventionen [11].

Med ignorering avses i detta sammanhang att den vuxne medvetet väljer att inte ge uppmärksamhet till ett oönskat beteende för att förhindra att det förstärks. Genom att den vuxne inte ”går igång” när barnet provocerar eller protesterar minskar sannolikheten att barnet fortsätter med beteendet. Det är inte detta som ifrågasätts när kritiska röster höjs mot ignorering. Det kritikerna varnar för är om det är barnet själv, snarare än vissa av dess beteenden, som ignoreras.

Det är helt avgörande att tillämpningen av de metoder som förs fram i preventionsprogram inte blir för programmatisk. Risken är annars att ett föräldraprogram legitimerar sätt att behandla barn som inte är bra, exempelvis genom att rekommendera distanseringsmetoder när barnet snarare skulle må och bete sig bättre om det fick ökad närhet och uppmärksamhet. Föräldrar måste alltid beakta hur barnet reagerar och vara lyhörda för barnets behov, inte minst eftersom medverkan i föräldraprogrammen är frivillig för föräldrarna men inte för barnen.

Barnläkaren Lars H Gustafsson skriver att kärnan i all ”avskiljande timeout”, som han kallar de kontroversiella formerna av timeout, är en känslomässig ignorering och isolering av barnet, vilket också innebär en ignorering av barnet som person [11]. I den mån en viss metod berövar barnet dess ”känsla av värdighet och värde” går den emot Barnkonventionen [6].

Poängsättning av barns beteende

Ett annat inslag i program som kan diskuteras är belöningssystem. De går ut på att önskvärt beteende hos barnet systematiskt belönas medan dåligt beteende negligeras, istället för att bemötas med aggressivitet. Avsikten är att bryta negativa samspelspiraler med skäll och kränkningar. Systematisk beteendepåverkan genom poängsättning, så kallad ”token economy”, kan ses som manipulativt, men förespråkarna framhåller att barnet ska vara tydligt informerat om ”spelreglerna” och att dessa ska tillämpas konsekvent och i positiv anda.

Tillvägagångssättet kan försvaras om en beteendeförändring tveklöst ligger i barnets eget intresse. Det innebär att de sociala fördelarna för barnet överstiger värdet av att slippa få sitt beteende värderat och poäng-

satt. Det kan också vara så att de socialt mindre lyckade beteendemönster som barnet uppvisar inte är autonoma, dvs inte är under barnets kontroll. Om dessa beteenden inte är uttryck för autonomt handlande och inte är i barnets intresse torde det vara till fördel för barnet om de kan ändras även om barnet vid tillfället inte uppfattar det så.

I skolprogram förekommer det att det är gruppens agerande som poängsätts. Poängbedömningen blir då inte lika utpekande för den enskilde. Å andra sidan skulle gruppens tryck kunna bli hårt på enskilda gruppmedlemmar, i synnerhet om barnen upplever det som att de riskerar att bli kollektivt bestraffade för en kamrats bristande förmåga att leva upp till spelreglerna.

Tyst i klassen eller psykisk hälsa?

Många kommuner har visat stort intresse för preventionsprogram inom skolans ramar. Skolansvariga vill få utagerande barn att upphöra med sitt beteende, för berörda barns skull men också för att uppnå en lugn och störningsfri arbetsmiljö. En sådan miljö kan vara till stor fördel för alla barns inlärning och trivsel. Det kan också finnas en vilja att visa handlingskraft genom att införa ett program. Ansvariga beslutsfattare bör dock tydligt deklarerat syftet med att införa ett program. Om avsikten är att förbättra den allmänna skolmiljön bör programmet inte lanseras som ett program för prevention av psykisk ohälsa hos barnen – och vice versa.

Informerat samtycke, autonomi och personlig integritet

Universella preventionsprogram mot barns psykiska ohälsa kan gripa in i människors liv på ett sätt som inte självklart uppskattas av alla. Inte heller är det självklart att det är berättigat, i synnerhet eftersom programmen har svagt eller otillräckligt vetenskapligt stöd. Frågor om samtycke, autonomi och personlig integritet blir därför relevanta i detta sammanhang.

Frivillighet centralt i hälso- och sjukvård samt socialtjänst

En viktig fråga är hur frivillig medverkan i dessa program bör vara. En central tanke bakom krav på informerat samtycke i hälso- och sjukvårdssammanhang är att den enskilde individen efter att ha blivit informerad om en aktivitet ska kunna ta ställning till eventuell medverkan. Medverkan ska vara frivillig för att personens rätt till självbestämmande ska vara respekterad. Endast undantagsvis tillåts tvångsundersökningar eller tvångsvård, och då för att andra hänsyn övertrumfar rätten till självbestämmande. Genom rutiner för informerat samtycke värnas också individens personliga integritet.

Om preventionsprogram ses som ohälsoprevention kan det tyckas självklart att sjukvårdens krav på informerat samtycke ska gälla: liksom vid vård och behandling bör medverkan i preventionsprogram vara frivillig. Detta bör då gälla även om alla potentiella högriskbarn därigenom avstår från att medverka i programmet. Att tillhöra högriskkategori för framtida psykiska ohälsa är inte en tillräcklig grund för att påtvingas preventiva insatser. På motsvarande sätt som det finns skäl att argumentera för tillämpandet av informerat samtycke finns det skäl att ställa sig kritisk till procedurer där man istället för att inhämta samtycke utgår ifrån att samtycke föreligger [12].

Inom skolpliktens ramar?

Man kan tänka sig att vissa program primärt motiveras av behovet av att värna om en god arbetsmiljö i skolan genom prevention mot störande beteende. I sådana fall är det mindre klart hur man ska förhålla sig till frivilligheten. Visserligen bygger liberala samhällen på idén att individen ska ges stora friheter att själv forma sitt liv [13], men det finns också ett antal inskränkningar, varav allmän skolplikt i vårt land är en. Tvånget att gå i skolan kombineras i praktiken med ett antal mer specifika krav på hur man ska bete sig medan man befinner sig i skolan, liksom på medverkan i den verksamhet som bedrivs. Om preventionsprogram mot störande beteende är en sådan aktivitet kan det, utifrån detta resonemang, vara rimligt att medverkan är obligatorisk. Men det går också att argumentera emot ett obligatorium för medverkan i sådana program. Skolan har ju inte bara i uppgift att vara ett stöd för lärande utan ska också bidra till elevernas utveckling till självständiga och goda samhälls-

medborgare. Om programmen motverkar detta syfte, exempelvis genom att prioritera social anpassning på ett sådant sätt att det riskerar att hämma utvecklingen av självständighet, kan de ifrågasättas på den grunden.

Samtycke i studier, men inte i praktiken i skolan

Medan medverkan i studier kring olika preventionsprogram i huvudsak bygger på informerat samtycke tycks det annorlunda med de skolbaserade program som praktiseras utan att det parallellt bedrivs forskning. Social Emotionell Träning (SET) och Depression in Swedish Adolescents (DISA) är två exempel på program i Sverige där informerat samtycke vanligen inte tillämpas. Medverkan är istället ett obligatoriskt inslag i skolans verksamhet. Exempelvis ingår DISA, där det används, i vissa fall i skolans värdegrundsarbete och kan då vara schemalagt. Föräldrarna informeras, men det är inte fråga om att godkänna medverkan.

Forskning visar att valet av samtyckesform har stor inverkan på medverkan i preventionsprogram [14–16]. Exempelvis har direkt inhämtande av samtycke från föräldrarna ökat graden av medverkan jämfört med om ansvaret för inhämtandet har lagts på skoleleverna [15]. Å andra sidan blir medverkan ännu högre om samtycke inte aktivt inhämtas [14–17]. Det finns forskning som visar att högriskbarn i större utsträckning avstår från att delta om aktivt samtycke används, vilket medför att nyttan med programmen blir lägre [14,17].

Samtycke och intressekonflikter

En komplikation i relation till informerat samtycke är att skolprogrammen riktas mot barn. Barn är i varierande grad kompetenta att själva ta ställning till medverkan beroende på intellektuell och emotionell mognad. Är de tillräckligt unga eller omogna saknar de denna kompetens. Då får föräldrarna träda in som ställföreträdare. För att det ska vara frågan om ställföreträdande samtycke, och inte bara övertagande av beslutsbefogenheter, ska beslutet fattas i barnets intresse (om än inte nödvändigtvis enligt dess önskemål). Men det kan finnas intressekonflikter mellan barn och föräldrar [12], där föräldrarna söker verktyg att fostra barnen enligt sina önskemål medan detta kanske inte är i barnens intresse. Likaså kan det förekomma att barnens medverkan i frivilliga

program inte är frivillig, eftersom informerat samtycke inhämtats enbart från föräldrarna.

Rättvisaspekter

Det finns flera rättvisaspekter på preventionsprogram. En viktig sådan är att universella preventionsinsatser kan nå delar av populationen som annars underutnyttjar sådan hjälp [15,17]. Detta gäller i synnerhet om medverkan är obligatorisk, vilket är möjligt då program äger rum inom skolans ram. Till exempel kan utagerande barn vars föräldrar aldrig skulle söka professionell hjälp dra nytta av skolprogram inriktade mot denna sorts beteende. På så vis kan programmen få en utjämnande effekt. En fördel med universella program ur rättviseperspektiv är att de preventiva insatserna blir tillgängliga för alla. Samtidigt är det en nackdel att resurserna för insatser för barn med psykisk ohälsa läggs på program som ges till alla istället för på insatser speciellt för dem med särskilda behov.

Det tycks finnas en allmän potentiell konflikt mellan autonomi- och hälsohänsyn som också blir en konflikt mellan autonomi- och fördelningshänsyn: om man låter barnen eller berörda familjer få bestämma själva om medverkan i program kan det mycket väl bli så att de med störst behov av att medverka väljer att avstå, vilket flera studier pekar på [12,14,18,19]. Det skulle i så fall ur hälso- och välbefinnandesynpunkt kunna vara bättre för dem om medverkan inte var frivillig. Skillnaden mellan dem som har det bäst och dem som har det sämst avseende psykisk hälsa skulle då också kunna bli mindre. Alternativet som diskuteras inom vissa program, bl a Family Check-up, är motiveeringshöjande insatser för att få fler att vara med på frivillig basis.

Ersättningar och förmåner för medverkan i frivilliga preventionsprogram är en känslig fråga. Precis som när det gäller medverkan i vetenskapliga studier föreligger risk för ”otillbörlig påverkan”, dvs frivilligheten i medverkan kan ifrågasättas om ersättningen blir så lockande att den blir svår att motstå. Å andra sidan kan vissa ersättningar och stöd vara en rättvisefråga, nämligen om de gör det möjligt för alla som har intresse av det att medverka i ett program. Det kan röra sig om sådana praktiska saker

som hjälp med barnvakt under ett antal möten, transporter till och från möteslokalen och att måltider/förfriskningar ingår [20].

I en artikel av Bramesfeld och medarbetare rekommenderar författarna att vissa preventiva interventioner mot depression bland barn ska erbjudas ”öppet och efterfrågeorienterat till individer som söker hjälp” för att undvika stigmatisering ([21] sidan 128; vår översättning). Detta kan å andra sidan leda till en ökad skillnad mellan ekonomiskt och socialt svagare och starkare grupper.

Slutligen vill vi peka på att det finns en uppenbar risk för att internaliserade problem får mindre uppmärksamhet och behandlingsresurser än externaliserade för att de inte visar sig lika tydligt och inte stör andra på samma sätt. Ett barn som mår dåligt och sitter tyst och stilla innebär sällan något större problem för omgivningen. Det kan också innebära att det tar längre tid innan dessa barn uppmärksammas, såväl av skolan som av föräldrarna.

Risk för stigmatisering

Stigmatisering innebär att bli nedvärderande utpekad på ett eller annat sätt. Det kan t ex vara fråga om att bli stämplad som underlig, otrevlig, självupptagen eller dum. Stigmatisering kan påverka ett barns utveckling negativt genom försämrad status i kamratgruppen och klassrummet och kan leda till utfrysning och mobbning.

Det brukar framhållas som en fördel med universella program att deltagandet inte medför något stigma. Eftersom alla inkluderas blir det ingen som särskilt utpekas [21]. Det kan dock inte uteslutas att sådana program i alla fall kan ha en stigmatiserande verkan på de individer eller familjer som lösningarna inte fungerar för och som därför framstår som mindre lyckade med programmens måttstockar.

Mot selektiva och indikerade program har anförts att deltagandet kan vara stigmatiserande, eftersom endast vissa individer inkluderas i programmen medan övriga lämnas utanför [21–23]. Det är mycket svårt att bedöma i vilken omfattning deltagande i sådana program är stigma-

tiserande eller inte. Urvalsmetoderna vid rekrytering har rimligtvis stor betydelse. Är de okänsliga för barnens upplevelser kan inklusionen till programmen mycket väl leda till stigmatisering. Om de slipper känna sig utpekade är den negativa laddningen i att inkluderas sannolikt betydligt mindre, eller obefintlig. En studie visar att de som inkluderats tvärtom känt sig utvalda i positiv mening. Tillfredsställelse med medverkan tycks dessutom större i indikerade program, eftersom dessa program ofta är bättre anpassade till deltagarnas faktiska risk eller symtomnivå [22].

Det är troligt att psykiska problem många gånger innebär betydligt större sociala svårigheter än den eventuella stigmatisering medverkan i ett preventionsprogram skulle kunna innebära [22]. Några studier talar för att skolundervisning som höjer kunskapsnivån och medvetenheten om psykisk ohälsa kan reducera eventuella stigmatiseringsproblem [23,24].

Genusaspekter

Ett antal övergripande könsaspekter bör noteras. För det första finns ett antal påvisade skillnader mellan könen avseende psykisk ohälsa. När det gäller depression bland barn och ungdomar är det betydligt fler flickor än pojkar som drabbas [21,25,26]. Pojkar är istället överrepresenterade bland barn och unga som lider av psykisk ohälsa av utagerande typ [27]. Det finns också en skillnad i fråga om inställning till våld och aggressiv konfliktlösning, där pojkar är mer positiva [25,28,29].

Vidare finns skillnader i programmen avseende kön. Det finns exempelvis skolprogram kring externaliserade problem som inkluderar pojkar och exkluderar flickor. Även när detta inte sker är många av programmen utformade efter i första hand pojkars behov. Samtidigt finns det ett mörkertal när det gäller flickors utagerande symptom, vilket är problematiskt inte minst då psykisk ohälsa hos flickor tycks öka. Här blir det fråga om inte bara ett rättviseproblem utan också ett kunskapsmässigt kvalitetsproblem.

Mot bakgrund av ovan nämnda kända skillnader mellan könen när det gäller psykisk ohälsa hos barn är det en väsentlig brist att många studier kring preventionsprogram saknar genusperspektiv.

Etnicitet

Det stora flertalet program har utvecklats i USA, följt av Australien. Självklart är programmen präglade av majoritetskulturen i respektive ursprungsland. I de studier vi har granskat är dock barn och familjer som tillhör minoritetsgrupper totalt sett överrepresenterade, och de har då oftast varit föremål för riktade insatser. I detta ligger ett etiskt dilemma; programerbjudandet kan te sig paternalistiskt och deltagarnas autonomi som kringskuren. I några fall har programmet därför avsiktligt anpassats till minoritetsgruppens kultur, i dialog med de tilltänkta deltagarna. Det kan vara ett nödvändigt inslag för att över huvud taget få till stånd en samarbetsrelation. Däremot går det inte att bedöma effekten av en sådan anpassning; det skulle kräva särskilda studier.

Ett fåtal studier, som har inkluderat flera etniska grupper, har kunnat analysera om etnicitet har någon systematisk inverkan på programmets effekt. Så tycks vara fallet, men resultaten är för knapphändiga och spretiga för att ge underlag för någon slutsats utöver denna självklara.

I Sverige av idag har mer än vart fjärde barn i åldrarna 0–18 år minst en förälder som är född utanför landets gränser. Det betyder att det bland vårt lands barnfamiljer finns ett brett spektrum av erfarenheter, tankesätt och traditioner representerade. Synen på barn och familj är central i varje kultur, liksom mönstren för kommunikation. Detta är aspekter som aktualiseras inom ramen för de flesta preventionsprogram. Det ligger utanför kapitlets ambitioner att analysera detta komplexa område. Vi nöjer oss med att understryka att betydelsen av etnisk tillhörighet kräver fortsatt analys och uppmärksamhet.

Kommentarer till projektgruppens slutsatser

Litteraturgenomgången visar att få preventionsprogram inriktade på barns psykiska ohälsa har något vetenskapligt stöd och stödet är då endast begränsat. Om det saknas klara belegg för att programmen gör nytta är det tillräckligt för att ifrågasätta rimligheten i att använda dem, åtminstone på bred front och utan att de följs upp noggrant och systematiskt [21,30].

Avsaknaden av entydigt positiva resultat kan antingen bero på att de inte finns eller på att forskningen ännu inte har kunnat belägga de effekter som faktiskt finns. Men, att befintlig forskning inte lyckats påvisa positiva effekter betyder inte automatiskt att det behövs mer forskning. Ett alternativ är, åtminstone i princip, att lägga ner såväl programmen som forskningen kring dem. Vad som bör göras beror på vilka rimliga förväntningar man kan ha på programmen ifråga.

Om tillfredsställande forskning har gjorts men inte kunnat påvisa positiva effekter talar det för att programmen saknar effekt och att det därför inte finns skäl att fortsätta med dem. Om forskningen är otillräcklig eller otillfredsställande ur kvalitetssynpunkt och det finns teoretiska eller andra skäl att tro att programmen har effekt, trots att det ännu inte bevisats, kan det däremot finnas skäl att bedriva ytterligare forskning på dem, särskilt om det finns få realistiska alternativ. Vår uppfattning är att forskningen på förebyggande effekter av programmen är otillräcklig och vi förordar att ett begränsat antal program blir föremål för forskningsstudier av god kvalitet.

Referenser

1. Kagan S. Normative ethics, Boulder, Colorado: Westview Press; 1998.
2. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. Sjätte reviderade upplagan. New York & Oxford, Oxford University Press; 2009.
3. Gillon R. Ethics needs principles - four can encompass the rest - and respect for autonomy should be "first among equals". *J Med Ethics* 2003;29:307-12.
4. Helgesson G. Forskningsetik för medicinare och naturvetare. Lund: Studentlitteratur; 2006.
5. Hermerén G. Kunskapens pris: forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap. Andra reviderade upplagan. Stockholm: Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSRF); 1996.
6. FN:s konvention om barnets rättigheter. Antagen av FN:s generalförsamling den 20 november 1989.
7. Earle S, Letherby G. The sociology of healthcare: a reader for health professionals. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2008.
8. Trickett E. Toward a framework for defining and resolving ethical issues in the protection of communities involved in primary prevention projects. *Ethics Behav*; 1998;8:321-37.
9. Lindblad F, Lindgren C. Välfärdens gåta: Varför mår barnen inte lika bra som de har det? Carlsson; 2009.
10. Helfenbaum E, Ortiz C. Parent-training groups for fathers of Head Start Children. A pilot study of their feasibility and impact on child behavior and intra-familial relationships. *Child Fam Behav Ther* 2007;29:4747-64.
11. Gustafsson L. Timeout som metod i barnuppfostran. www.growingpeople.se.
12. Evans SW. Mental health services in schools: utilization, effectiveness, and consent. *Clin Psychol Rev* 1999;19:165-78.
13. Rawls J. The law of peoples. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1999.
14. Chartier M, Stoep AV, McCauley E, Herting JR, Tracy M, Lymp J. Passive versus active parental permission: implications for the ability of school-based depression screening to reach youth at risk. *J Sch Health* 2008;78:157-64; quiz 184-6.
15. Stein B, Jaycox LH, Langley A, Kataoka S, Wilkins W, Wong M. Active parental consent for a school-based community violence screening: comparing distribution methods. *J Sch Health* 2007;77:116-120.
16. White V, Hill D, Efendi Y. How does active parental consent influence findings of drug-use surveys at school? *Eval Rev* 2004;28:246-60.
17. Esbensen F, Deschenes E, Vogel R, West J, Arboit K, Harris L. Active parental consent in school-based research. An examination of ethical and methodological issues. *Eval Rev* 1996;20:737-53.
18. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, et al. Targeted prevention of

- unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:312-21.
19. Osofsky JD, Culp AM, Ware LM. Intervention challenges with adolescent mothers and their infants. *Psychiatry* 1988;51:236-41.
20. Heinrichs N. The effects of two different incentives on recruitment rates of families into a prevention program. *J Prim Prev* 2006;27:345-65.
21. Bramesfeld A, Platt L, Schwartz FW. Possibilities for intervention in adolescents' and young adults' depression from a public health perspective. *Health Policy* 2006;79:121-31.
22. Rapee RM, Wignall A, Sheffield J, Kowalenko N, Davis A, McLoone J, et al. Adolescents' reactions to universal and indicated prevention programs for depression: perceived stigma and consumer satisfaction. *Prev Sci* 2006;7:167-77.
23. Schachter HM, Girardi A, Ly M, Lacroix D, Lumb AB, van Berkorn J, et al. Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008;2:18.
24. Naylor PB, Cowie HA, Walters SJ, Talamelli L, Dawkins J. Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *Br J Psychiatry* 2009;194:365-70.
25. Holmberg L, Hellberg D. Age-related gender differences of relevance for health in Swedish Adolescents. *Int J Adolesc Med Health* 2007;19:447-57.
26. Danielsson M. Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006. Grundrapport. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. Rapport 2006;50;2006.
27. Gaub M, Carlson C. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1036-1045.
28. Garaigordobil M, Maganto C, Perez J, Sansinenea E. Gender difference in socioemotional factors during adolescence and effects of a violence prevention program. *J Adolesc Health* 2009;44:468-77.
29. Webb J, Bray J, JG G, Adams G. Gender, perceived parental monitoring, and behavioral adjustment: Influences on adolescent alcohol use. *Am J Orthopsychiatry* 2002;72:392-400.
30. Offord DR. Selection of levels of prevention. *Addict Behav* 2000;25:833-42.

7. Program som används i Sverige

Det finns flera rapporter som undersöker i vilken utsträckning kommuner och landsting erbjuder insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Av särskilt intresse för vårt projekt var inventeringar från UPP-centrum vid Socialstyrelsen samt en kartläggning om föräldrastöd inom barnhälsovården [1]. Vi bedömde att dessa underlag var tillräckliga för att ge en uppfattning om dagens praxis.

Kapitlet inleds med en sammanfattning av UPP-centrums och Föräldrastödsprojektets enkäter. UPP-centrums inventeringar täcker alla verksamheter som har ett formellt uppdrag att arbeta med universell, selektiv och indikerad prevention. Totalt uppgav verksamheterna att de använde 129 metoder för förebyggande arbete och tidiga insatser [2]. Tabell 7.1 sist i kapitlet visar i vilka verksamheter de vanligast förekommande metoderna används.

Resterande del av kapitlet beskriver de vanligast förekommande metoderna, deras vetenskapliga underlag samt i vilken utsträckning de har utvärderats i Norden.

Praxis inom barnhälsovården

Föräldrastödsprojektet kartlade användningen av strukturerade program för föräldrastöd inom barnhälsovården [1]. En enkät skickades till samtliga fast anställda sjuksköterskor vid barnavårds- eller familjecentraler. Av dem besvarade 80 procent enkäten. Manualbaserade program användes av 62 procent. Det absolut mest använda stödet var EPDS (screening för att identifiera mödrar med depression efter barnafödande och uppföljande samtal vid behov). ICDP (Vägledande samspel) erbjöds av 15 procent av sköterskorna och övriga metoder (COPE, Från första början, KOMET, De otroliga åren och Föräldrakraft) av mindre än 1 procent av sköterskorna.

Förskola och skola

UPP-centrum skickade enkäter till rektorer/enhetschefer för ett representativt stickprov av förskolor, grundskolor och gymnasier. Svarsfrekvensen blev cirka 65 procent [3,4]. Av enkätsvaren från förskolorna framgick att cirka 75 procent erbjöd något strukturerat arbetssätt eller program för föräldrastöd och föräldrasamverkan. Arbetssättet hade vanligen tagits fram av förskolan själv. Det vanligast förekommande manualbaserade programmet var COPE, som fanns på 15 procent av förskolorna, följt av KOMET för föräldrar (13 procent), Aktivt föräldraskap (10 procent) och ICDP/Vägledande samtal (9 procent).

Nära två tredjedelar av skolorna (eller snarare rektorsområdena) som besvarat enkäten hade utvecklat egna program eller strukturerat arbetssätt för att åtgärda tidiga tecken på psykisk ohälsa hos barn. Nästan lika många erbjöd SET (Social Emotionell Träning). Flertalet rektorsområden utnyttjade mer än ett program eller strukturerat arbetssätt och några av dem använde mer än 15 olika varianter.

Drygt var tredje skola hade inga program för föräldrastöd eller föräldrasamverkan, medan ytterligare en tredjedel hade utvecklat ett eget. Det vanligaste manualbaserade programmet var COPE som användes av 14 procent av skolorna, följt av KOMET för föräldrar (10 procent). Ett fåtal skolor erbjöd Steg-för-steg, Föräldrakraft och De otroliga åren.

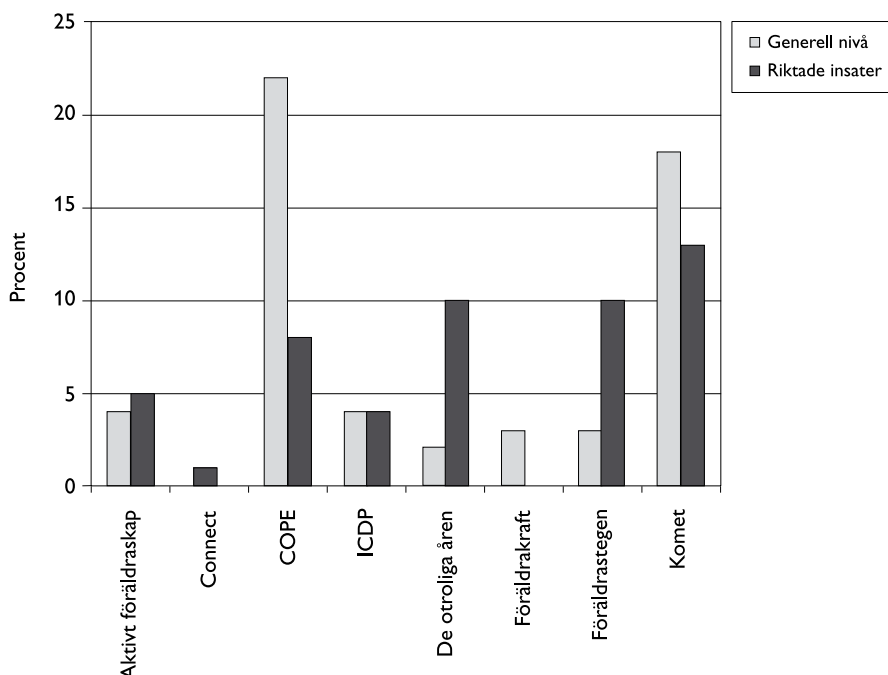
Skolhälsovården

I UPP-centrums inventering av skolhälsovården besvarade drygt 70 procent av skolsköterskorna från ett representativt stickprov av skolor antingen en webb- eller en telefonenkät [5]. Barn med problem identifierades oftast genom samtal med barnen eller information från t ex lärarna. Majoriteten av skolorna erbjöd sedan någon form av insats till barnen, vanligen samtal och möten med kuratorer, skolpsykologer eller skolläkare. Enstaka skolor engagerade skolhälsovården i att genomföra manualbaserade program för föräldrastöd som COPE, De otroliga åren, Föräldrakraft och SET.

Socialtjänstens öppna verksamhet

Slumpvis utvalda chefer för socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga ingick i UPP-centrums undersökning och två tredjedelar av dem besvarade enkäten [6]. Cirka 90 metoder för tidiga insatser till barn och ungdom eller till deras föräldrar användes i dessa verksamheter.

En stor del av kommunerna erbjöd strukturerat stöd till föräldrar generellt. Riktad föräldrautbildning förekom i nästan samtliga kommuner. Totalt sett tillhandahölls 20 olika program till föräldrar. Figur 7.1 illustrerar vilka manualbaserade program som uppgavs användas inom socialtjänsten.



Figur 7.1 Program för föräldrastöd som erbjuds inom socialtjänsten.

Nästan alla kommuner erbjöd strukturerad verksamhet för barn till föräldrar som missbrukar och ungefär hälften av kommunerna använde någon manualbaserad metod. Barn och unga som bevittnat våld eller vars föräldrar är psykiskt sjuka hade tillgång till strukturerad programverksamhet i drygt hälften av kommunerna. De vanligaste manualbaserade metoderna var BIM (Barn i missbruksmiljöer, 13 procent av kommunerna), Children of People (10 procent), Ersta Vändpunkten (11 procent) och Teenage Power Program (5 procent).

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningar som är anslutna till FSUM (Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar) deltog i UPP-centrums inventering. Svarsfrekvensen var knappt 60 procent [7]. Av dem uppgav drygt 80 procent att de arbetade med att förebygga psykisk ohälsa bland ungdomar. De manualbaserade metoder som användes var COPE, Depression in Swedish Adolescents (DISA), rePULSE och Trappan. Drygt en tredjedel av mottagningarna gav även samtalsstöd till föräldrar. Ett fåtal av dem använde föräldrastödsprogram med en tydlig struktur (COPE, KOMET, Aktivt föräldraskap och Barnen i våra hjärtan).

Programbeskrivningar

Redovisningen är avgränsad till sådana program som omnämnts i UPP-centrums inventeringar [2–4,6–8] eller som ingår i Folkhälsoinstitutets förteckning över evidensbaserade program (www.fhi.se/sv/Metoder/Halsoframjande-och-forebyggande-metoder/Barns-och-ungdomars-halsa/). En ytterligare avgränsning är att programmen ska syfta till att förebygga psykisk ohälsa. Det innebär att program som t ex Örebro Preventions Program (ÖPP) inte ingår.

Universella program

Aktivt föräldraskap (Active Parenting) riktar sig till föräldrar som är rådvilla i sitt föräldraskap. Det finns tre versioner av programmet (föräldrar till barn 2–12 år, tonårsföräldrar och föräldrar med barn 1–4 år).

Programmet bygger på Adlers utvecklingsteori och syn på lärande. Syftet med programmet är att föräldrarna ska ta ledarrollen i familjen, att ge dem verktyg för att hantera vardagsproblem och att ge barnet en bättre självständighetsutveckling men däremot inte till att förändra barnets beteende.

Inga studier om Active Parenting uppfyllde våra inklusionskriterier. Berne och Jones vid Göteborgs universitet har utvärderat den svenska versionen, Aktivt föräldraskap Idag, 2–12 år [9]. Studien omfattade 76 föräldrar som gick igenom utbildningen och 41 som stod på väntelista. Utbildningen påverkade föräldrarnas sätt att hantera vardagsproblem. Däremot förändrades inte föräldrastilen. Föräldrarna kunde inte heller se att barnets självständighetsutveckling påverkades. Studien saknade uppföljning.

Vägledande samtal (ICDP) bygger bl a på anknytningsteori och modern utvecklingspsykologi. Programmet är utvecklat av norska forskare. Det övergripande målet är att deltagarna ska inspireras att utveckla och uppmärksamma det positiva samspelet mellan barn och vuxna.

Det finns inga kontrollerade studier på ICDP.

DISA (Depression in Swedish Adolescents) är ett selekterat program som erbjuds till tonårsflickor. *DISA* är en översättning och anpassning av det amerikanska programmet Coping with Stress (CWS).

CWS kan förebygga depression när programmet används som indikerad prevention (se Kapitel 5). Däremot saknas det tillräckligt vetenskapligt underlag för *DISA*. Det finns en svensk kontrollerad studie men den har låg studiekvalitet [10]. Där erbjöds programmet till samtliga flickor i en skolklass per deltagande skola. Flickorna i en parallellklass var kontrollgrupp. Sextioen flickor rekryterades till interventionen och 113 ingick i kontrollgruppen. Grupperna följdes upp efter tre och tolv månader. Signifikant färre flickor i *DISA*-gruppen utvecklade subsyndromala symtom.

SET (Social Emotionell Träning) är ett skolprogram som riktar sig till barn och ungdomar mellan 6 och 18 år. SET bygger på begreppet emotionell intelligens och sociala inlärningsteorier och har inspirerats av Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) (se Kapitel 4). Konkreta mål är att uppnå en förbättrad psykisk hälsa och att förebygga alkohol- och droganvändning.

Programmet leds av ordinarie lärare. Det omfattar två 20 minuters pass i veckan i förskolan och på låg- och mellanstadiet samt ett 45–60 minuters pass i veckan på högstadiet och gymnasiet. SET byggs upp av lektioner, övningar och hemläxor. Barnen arbetar med kursböcker som är åldersanpassade.

Inga studier av SET uppfyllde våra inklusionskriterier. Det finns inte heller något vetenskapligt stöd för förlagan PATHS (se Kapitel 4). En kontrollerad studie av Kimber och medarbetare exkluderades då den saknade uppföljning. Studien hade också ett mycket stort bortfall, framför allt för yngre barn. Vid mätning efter två års program hade mer än hälften av de äldre barnen (årskurserna 4–9) och nära trefjärdedelar av de yngre (årskurserna 1–3) bortfallit [20].

skolKOMET ("KOMET för lärare") är ett program med särskilda insatser riktade dels mot elever med beteendeproblem, dels till klassen som helhet. Målsättningen är att bygga upp barnens självkänsla och förstärka goda beteenden. KOMET bygger på inlärningsteorier och syftar till att ge lärare ett verktyg för att kunna hantera barn med utagerande beteenden.

Programmet har utvärderats i en svensk "effectiveness"-studie [11]. KOMET jämfördes med programmet CHARLIE och väntelista. Efter sex månaders program fanns inga skillnader mellan de tre grupperna. Efter ytterligare åtta månader hade barnen i KOMET-gruppen signifikant mindre hyperaktivitet, kamratproblem och negativ uppmärksamhet än CHARLIE-gruppen. Väntelistgruppen hade då fått delta i SkolKOMET och följdes inte upp en andra gång. Studien uppfyllde våra inklusionskriterier och kunde bedömas ha medelhög studiekvalitet. Eftersom den inte fanns tillgänglig i fulltext under granskningen ingår den inte i vårt vetenskapliga underlag.

Programmet *StegVis* riktas till barn i åldrarna 4–15 år. Programmet är en översättning och bearbetning av det amerikanska skolprogrammet Second Step. Det baseras på kognitiva teorier. Syftet är att främja barnens sociala och emotionella kompetens och motverka våld.

Det finns flera utvärderingar av Second Step men de flesta saknar uppföljning och har därför exkluderats. En amerikansk studie ingår i vår granskning och där visade inte programmet någon effekt (se Kapitel 4). Second Step finns i Norge under namnet Steg-for-Steg och har utvärderats i två studier som saknar uppföljning [12,13].

Selektiva/indikerade program

COPE (Community Parent Education Program) används som selektivt eller indikerat program. Det finns två versioner: en då barnet är mellan 3 och 12 år gammalt och en då barnet är 13–18 år. Programmet baseras på social inlärningsteori, social-kognitiv psykologi och teorier om familjesystem. Det övergripande målet är att ge föräldrarna verktyg att förstå och hantera sitt barns beteende och att stärka dem i sitt föräldraskap. En av poängerna med programmet är att föräldragrupperna är stora (cirka 25 deltagare). Motivet är att göra programmet mera kostnadseffektivt och att ge en större dynamik i grupperna.

En kanadensisk studie om COPE uppfyllde våra inklusionskriterier och är beskriven i Avsnitt ”Program med fokus på familjestöd” i Kapitel 4 [14]. Studien undersökte effekten av COPE som indikerad prevention hos barn med mycket höga symtomnivåer. Inga studier där COPE använts som universell eller selektiv prevention uppfyllde däremot våra kriterier.

COPE har utvärderats under svenska förhållanden i en studie av Thorell [15]. Studien, som saknade uppföljning och därför exkluderades från vår granskning, jämförde COPE med väntelista. Effekten mättes som grad av externaliserande symtom, social funktionsförmåga och dagliga problem. Tre grupper av familjer där barnen hade olika nivå av symtom på ODD eller ADHD erbjöds COPE. Resultaten beräkna-

des enbart på de familjer som deltagit i programmet vid minst fem tillfällen. COPE reducerade uppförandeproblem, hyperaktivitet/impulsivitet och dagligt problemuppförande för de två grupper som inte hade någon diagnos. Däremot minskade inte problemen med uppmärksamhet, bristande social kompetens och kamratrelationer. COPE gav inga signifikanta effekter på barnen som redan hade en formell diagnos på ADHD eller ODD .

De otroliga åren (Incredible Years) utvecklades för föräldrar till barn med svåra beteendestörningar, dvs som behandling. I Sverige används det som ett selektivt eller indikerat preventionsprogram där barnen är i åldrarna två till åtta år. Programmet baseras på Gerald Pattersons arbete om social inlärning och anknytningsteori och utvecklades av Webster-Stratton i USA (se Kapitel 4 samt Bilaga 2a på SBU:s hemsida www.sbu.se/barnpsykohalsa).

Incredible Years har utvärderats i ett stort antal studier och flera av dem ingår i granskningen i Kapitel 4. Det finns en svensk ”effectiveness”-studie av Axberg och medarbetare [16]. Barnen var 3–9 år gamla och hade stora problem med beteendestörningar. Föräldrarna rekryterades via annonsering, socialtjänsten eller BUP. Etthundafemtiosju föräldrar deltog och 74 procent av dem fyllde i enkäterna när programmet avslutats. Drygt 30 procent av barnen hade förbättrats 30 procent (mätt som poäng på ”CBCL total score”), vilket var den fördefinierade definitionen på kliniskt relevant resultat. Studien saknade uppföljning och jämförelsegrupp.

Programmet *Föräldrakraft* bygger på IOWA Strengthening Families. Programmet finns i två versioner. För föräldrar till barn i åldrarna 3–6 år är programmet universellt. För föräldrar med ungdomar i åldrarna 11–14 år är programmet selektivt. Syftet med programmet är att stärka skyddande faktorer på familjenivå och att främja positiva strategier för uppfostran.

Inga studier om IOWA Strengthening Families uppfyllde våra inklusionskriterier. Det finns inte heller några svenska utvärderingar av *Föräldrakraft*.

KOMET i grundversion är ett selekterat program och riktas till föräldrar till barn med utagerande beteende som lätt hamnar i konflikter medan förstärkt *KOMET* är ett indikerat program. Programmen finns i två versioner: till föräldrar med barn i åldrarna 3–11 år respektive i åldrarna 12–18 år.

KOMET bygger på KBT. Det övergripande målet är att minska bråk och konflikter samt att få en bättre relation mellan barn och föräldrar.

I en svensk studie randomiserades 159 familjer (barn 3–11 år) till *KOMET*, förkortad *KOMET* eller väntelista [17]. Barnen hade symtom på uppförandestörning på klinisk nivå. Effekten av *KOMET* och förkortad *KOMET* följdes upp efter sex månader men inte i väntelistegruppen. Den mera intensiva varianten gav bättre effekt, mätt efter fyra månader (ES 0,68 för beteendeproblem jämfört med väntelista). Studien uppfyllde inte våra inklusionskriterier i och med att kontrollgruppen inte följdes upp.

CAP (Children Are People Too) används i selektiv och indikerad prevention. Deltagarna är barn från utsatta miljöer (eller till både barn och den förälder som misshandlats, i programmet *Bojen*). Den teoretiska hänvisningen är AA:s anhörigprogram (Minnesotaprogrammet). Förlagan är det amerikanska programmet *CAP* (Children are People) som utvecklats för att stödja barn till föräldrar med ”känslomässiga sjukdomar”. Det svenska programmet har vidareutvecklats till att gälla barn i utsatta miljöer generellt. Några andra svenska program som har *CAP* som utgångspunkt är *Ersta Vändpunkten* och *Bojen*.

Det saknas kontrollerade studier om *CAP*. Programmet har utvärderats med kvalitativ ansats i Rosengårdsskolan i ett treårigt projekt [18]. *Bojen* utvärderas för närvarande i ett projekt i Göteborg.

Tonårskraft (TeenAge Power Program, *TAPP*) erbjuds till barn till missbrukande föräldrar. Programmet är inspirerat av AA:s tolvstegsprogram. Viktiga syften med programmet är att bidra till att stärka självkänslan, motverka våld, kriminalitet, uppgivenhet, drogmissbruk samt att uppmuntra till positivt tänkande och beteende.

Vi har inte kunnat identifiera någon kontrollerad studie som utvärderar effekten av TAPP.

Trappan riktas till barn som har bevittnat våld i hemmet samt till föräldern som varit utsatt för våld. Trappanmodellen växte fram ur ett Rädde Barnen-projekt (Barn som vittne till våld i sina familjer). Barnet ska stötas och ges möjlighet att bearbeta den traumatiska händelsen.

Vi har inte kunnat identifiera några kontrollerade studier om Trappan. Baglien och medarbetare redovisar en delstudie från en kommande större utvärdering [19]. Studien undersökte den psykiska ohälsan före och efter Trappan. De externaliserande symtomen minskade, liksom raseriutbrott. Kamratrelationerna förbättrades.

Beardslees familjeintervention är ett indikerat program. Det är avsett för familjer där minst en av föräldrarna har depression. Programmet utvecklades under 1980-talet av Beardslee och medarbetare i USA (se Kapitel 5).

Målet med programmet är att minska risken för att barnet självt ska insjukna i depression genom att stärka skyddsfaktorer. Syften på kort sikt är att barnets situation ska bli uppmärksammat, att barnets oro ska minska och att föräldrarnas oro och skuld känslor ska minska.

Programmet bygger på sex manualbaserade samtal och intervjuer med barnet, föräldrarna och hela familjen.

Beardslees familjeintervention har utvärderats i en kontrollerad studie i USA. Denna studie ingick i vår granskning (se Kapitel 5) och visade att interventionen var likvärdig med en kort utbildningsinsats. Studien saknade formell kontrollgrupp och det är osäkert hur stor effekten är jämfört med ingen insats alls. Svenska utvärderingar av programmet har inte identifierats.

Kommentarer

Inga av programmen som ingår i UPP:s inventeringar har ännu utvärderats med adekvat metodik i Sverige. Ett undantag är SkolKOMET där en studie av medelhög kvalitet nyligen publicerades, dock försent för att ingå i vår granskning.

Endast ett av programmen, De otroliga åren, har vetenskapligt stöd i studier som genomförts i andra länder. Förlagan till DISA, dvs CWS, förebygger depression men CWS är ett indikerat program. DISA används på universell nivå och det saknas adekvata studier som styrker att DISA har förebyggande effekt.

Övriga program som nämnts i inventeringen saknar studier av sådan kvalitet att de kan utgöra ett vetenskapligt stöd för effekt.

Tabell 7.1 Manualbaserade program som används av minst tre typer av verksamheter som arbetar förebyggande mot psykisk ohälsa hos skolbarn.

| Program | Används inom | | | | | | | | |
|---------------------|--------------|-------|---------------|---------------|-------------------|--------------|--------------------------|--------------|-----|
| | Förskola | Skola | Skolhälsovård | Barnhälsovård | Ungdomsmottagning | Socialtjänst | Barn- och ungdomsmedicin | Habilitering | BUP |
| KOMET | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| COPE | x | x | x | x | x | x | | x | x |
| ICDP | x | x | | x | x | x | | | |
| De otroliga åren | x | | x | | | x | | x | x |
| Aktivt föräldraskap | x | | | x | x | x | | | |
| rePULSE | | | | | x | x | | x | x |
| DISA | | | x | | x | x | | | |
| SET | | x | x | | | x | | | |

Referenser

1. BVC – Den viktigaste livlinan under barnets första levnadsår. I: Föräldrastöd i Sverige idag – Vad, när och hur? Kompletterande rapport till Statens Folkhälsoinstitut; 2009.
2. Socialstyrelsen. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting. Artikelnummer: 2008-126-50. 2008.
3. Socialstyrelsen. Skolans metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i grundskolor och gymnasieskolor. Artikelnummer: 2009-126-174. 2009.
4. Socialstyrelsen. Förskolans metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering. Artikelnummer: 2009-126-158. 2009.
5. Socialstyrelsen. Skolhälsovårdens metoder för att förebygga psykisk ohälsa – en nationell inventering. Artikelnummer: 2009-126-238. 2009.
6. Socialstyrelsen. Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga – En nationell inventering av metoder. Artikelnummer: 2009-126-145. 2009.
7. Socialstyrelsen. Ungdomsmottagningsarnas metoder för att förebygga psykisk ohälsa – En nationell inventering. Artikelnummer: 2009-126-157. 2009.
8. Socialstyrelsen. Barn och unga – insatser år 2008. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
9. Berne S, Jones G. Utvärdering av Active Parentings föräldrautbildning i Sverige, Aktivt föräldraskap idag 2–12 år. Göteborgs Universitet. Psykologiska institutionen; 2006.
10. Treutiger BM. Utvärdering av effekten av programmet DISA (Depression in Swedish Adolescents) med syfte att förebygga depressiva symtom hos tonårsflickor. Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa. Enheten för reproduktiv och perinatal omvårdnad; 2006.
11. Forster M, Sundell K, Melin L, Morris RJ, Karlberg M. A randomized Controlled Trial of a Standardized Behavior Management Intervention for Students with Externalizing Behavior. *J Emot Behav Disord* (Accepted with request for revision).
12. Holsen I, Iversen AC, Smith B. Universal social competence programme in school: Does it work for children with low socio-economic background? *Advances in School Mental Health Promotion* 2009; 2:51-60.
13. Holsen I, Smith B, Frey K. Outcomes of the social competence program SECOND STEP in Norwegian elementary schools. *Sch Psychol Int* 2008;29:71-88.
14. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive

- behaviour disorders: utilization, cost effectiveness, and outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36: 1141-59.
15. Thorell LB. The Community Parent Education Program (COPE): treatment effects in a clinical and a community-based sample. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2009;14: 373-87.
16. Axberg U, Hansson K, Broberg AG. Evaluation of the Incredible Years Series – an open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nord J Psychiatry* 2007;61:143-51.
17. Kling Å, Sundell K, Melin L, Forster M. A randomized controlled effectiveness trial of parent management training with varying degree of therapist support. In press.
18. Eriksson-Sjö T. Tre år med insatsen CAP-grupper på Rosengårdsskolan. Malmö Högskola. Hälsa och samhälle; 2007.
19. Baglien M, Frohm I, Hedström T. – Före och efter Trappan-modellen – En pilotstudie om psykiska, emotionella och beteendemässiga förändringar hos barn som upplevt pappas våld mot mamman. Örebro Universitet; 2007.
20. Kimber B, Sandell R, Bremberg S, Social and emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: results from of an effectiveness study in Sweden. *Health Promot Int* 2008;23:134-43

8. Önskvärda praxisförändringar och deras konsekvenser

En jämförelse mellan vår systematiska översikt och kartläggningar av svensk praktik visar att det är en stor skillnad mellan vetenskap och praxis vad gäller användning av strukturerade program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Många program marknadsförs som ”evidensbaserade” av såväl offentliga instanser som leverantörerna av program även om programmen saknar vetenskapligt underlag.

Samtidigt är prevention av psykisk ohälsa ett område som tilldrar sig intresse och det pågår stora nationella satsningar. Det här kapitlet beskriver vilka förändringar på nationell och lokal nivå som skulle vara önskvärda som följd av resultaten från granskningen.

Ett problem i sammanhanget är att begreppet ”evidens” tolkas olika. Vår definition av evidens är den som används vid bedömning av forskning inom sjukvårdsområdet och numera i allt högre grad även inom forskning inom socialt arbete. Evidens innebär då att det ska finnas ett vetenskapligt stöd i välkontrollerade studier av god metodologisk kvalitet. För att påvisa effekt av en intervention krävs randomiserade eller åtminstone kontrollerade studier. På sikt är det nödvändigt att få en samsyn om vad som krävs för att en metod ska anses vara evidensbaserad.

Evidens för svenska program

De program som vi har granskat kan delas upp i fem grupper beroende på hur väl dokumenterade de är:

- Det saknas kontrollerade studier som undersöker programmets effekt på barnen vid uppföljning efter minst sex månader.
- Minst en kontrollerad studie med uppföljning efter sex månader har genomförts, men underlaget är otillräckligt för att man ska kunna

dra några slutsatser. Hit hör programmen KOMET, COPE, StegVis, Beardslees familjeintervention, CONNECT och SET.

- Programmet har åtminstone begränsat stöd (⊕⊕○○) för förebyggande effekt på barnen men dokumentationen gäller en annan typ av intervention. DISA uppfyller dessa krav.
- Programmet har åtminstone begränsat stöd (⊕⊕○○) för förebyggande effekt på barnen men metoden är inte utvärderad i Sverige. Triple P, Family Check-Up och De otroliga åren uppfyller dessa krav.
- Som punkten ovan samt att det finns kontrollerade utvärderingar i Sverige som visar att programmen fungerar under svenska förhållanden, även vid långtidsuppföljningar [1]. Metoden är evidensbaserad och överförbar och bör kunna prövas för implementering. Inga program når upp till dessa krav.

Önskvärda förändringar

På sikt måste målet vara att kommuner och landsting enbart erbjuder sina invånare evidensbaserade program som är utprovade i Sverige och som är förenade med så små risker som möjligt.

För att uppfylla det långsiktiga målet behövs forskning. Men redan nu skulle det vara möjligt att erbjuda barnen och deras föräldrar ett urval av program som har bättre vetenskapligt stöd än andra.

Detta skulle innebära flera förändringar för verksamheterna. Hit hör att:

- Avstå från att införa program som saknar vetenskapligt stöd som preventionsprogram
- Göra egna utvärderingar av program som redan är lokalt förankrade men saknar eller har otillräckligt stöd för svenska förhållanden.

- I ökad utsträckning överväga strukturella förändringar som alternativ till program.
- Undvika selektiva och indikerade program som bygger på gruppaktiviteter för ungdomar med utagerande problem

Konsekvenser av en ändrad praxis

Hälsomässiga konsekvenser

För barnen och deras föräldrar skulle följderna av en förändrad praxis med all sannolikhet bli positiva. De skulle få bättre hjälp genom att program med okänd effekt ersattes av annat stöd med bättre evidens (program eller andra metoder). Föräldrarna skulle slippa lägga ner tid och engagemang på en kanske verkningslös insats.

Ekonomiska konsekvenser

Även för de verksamhetsansvariga skulle fördelarna överväga. Beslutsunderlaget skulle förbättras och metoder som inte är effektiva i den lokala kontexten skulle kunna fasas ut och skapa möjlighet till ett effektivare resursutnyttjande. Det finns så vitt bekant ingen heltäckande bild av kostnaderna för dessa verksamheter och det är svårt att beräkna storleken på potentiella besparingar och i vilken takt de skulle kunna realiseras.

Som exempel kan nämnas att den totala kostnaden för KOMET till de ungefär 1 000 familjer som deltagit i Stockholm har uppskattats till cirka 6,7 miljoner kronor.

En avveckling av ineffektiva metoder leder knappast till några omedelbara kassamässiga besparingar, men väl till frigörande av resurser för alternativa, effektivare åtgärder. Kostnadseffektiviteten av de preventiva insatserna, dvs hälsoeffekten per satsad krona, skulle därmed rimligen förbättras.

Det bör framhållas att beräkningar rörande de samhällsekonomiska kostnaderna för psykisk ohälsa är av begränsat intresse i detta sammanhang [2]. Sådana beräkningar säger nämligen ingenting om relationen mellan olika tänkbara åtgärders kostnader och effekter. De bidrar alltså

inte till att besvara den centrala hälsoekonomiska frågan om olika preventiva åtgärders kostnadseffektivitet.

I den mån det är möjligt att komplettera pågående program med formativa utvärderingar kan programmen fullföljas. Detta kommer emellertid i så fall snarast att kräva tillskott av ytterligare resurser. Kommuner och landsting skulle behöva utveckla rutiner för systematisk uppföljning och utvärdering. Utvärderingen bör omfatta en mätning av de berörda barnens grad av problem innan programmet startar, en mätning när programmet avslutas och ytterligare minst en mätning sex månader senare. Utvärderingar i form av "kundnöjdhet" eller brukartillfredsställelse är inte tillräckliga även om de kan vara ett viktigt komplement för att avgöra hur väl ett program accepteras och hur god följsamheten är. Det är viktigt att också tänkbara negativa effekter följs prospektivt, och att det finns system för att inrapportera även oväntade sådana.

Uppföljningarna kommer att påverka organisationen inom kommuner och landsting och kräva extra resurser. Personalen kommer att behöva utbildas i metoder för att mäta psykisk ohälsa. För de verksamheter som idag har dåligt utvärderade program och som övergår till mera väldokumenterade alternativ tillkommer kostnader för att utbilda personalen i programmet och att implementera det.

Referenser

1. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, et al. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci* 2005;6: 151-75.

2. Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Samarbete mellan Statens folkhälsoinstitut, Skolverket och Socialstyrelsen; 2004. ISBN: 91-7201-849-6.

9. Kunskapsluckor och forskningsbehov

Prevention är ett ungt område inom forskningen och är som sådant fortfarande i en metodologisk utvecklingsfas. Området är förenat med stora praktiska problem vid genomförandet och det finns olika forskningstraditioner. Det gäller inte minst studier av interventioners effekt. Under senare år har dock mycket av interventionsforskningen anammat de kriterier som används inom den medicinska forskningen. Society for Prevention Researchs riktlinjer t ex speglar ökande krav på hur preventionsprogram ska vara utvärderade [1]. Det innebär att många av de metodologiska svagheter som vi identifierat i studierna kommer att förbättras på sikt.

Vår systematiska litteraturgranskning visar att det finns stora kunskapsbrister om program för att förebygga psykisk ohälsa och att det saknas mycket forskning innan effekterna av dem är klarlagda. Avsnittet ”Kunskapsluckor” beskriver några av de kunskapsluckor av mera generell karaktär som vi har identifierat. I Avsnitt ”Forskningsbehov” föreslår vi vilken forskning som borde vara mest angelägen att genomföra i Sverige för att förbättra kunskapsläget. I samband med granskningen har vi också noterat behov av metodutveckling vilka presenteras sist i kapitlet.

Kunskapsluckor

För att uppnå större och mer varaktiga effekter krävs bättre kunskap om programmens verkningsmekanismer, på vilket sätt och under vilka förutsättningar de har effekt.

Vår granskning, som exkluderade behandlingsstudier och studier med kortare uppföljningstider än sex månader, har inte kunnat finna vetenskapligt stöd för att vissa programkomponenter skulle vara mera effektiva än andra. Översikter med bredare inklusionskriterier, framför allt

den av Kaminski och medarbetare tyder på att det kan vara möjligt att sätta samman komponenter så att effekterna blir större [2]. Vissa komponenter förefaller kunna vara mera effektiva medan andra rentav kan försämra effekten, enligt Kaminski och medarbetare. I den utsträckning som samhället satsar resurser på preventionsprogram bör man därför även avsätta medel för fortsatt forskning och förädling av programmen.

Det är inte heller klarlagt om barnens ålder spelar någon roll för effekten. För utagerande beteende har det från ett teoretiskt perspektiv ansetts vara mer gynnsamt med interventioner i sen förskole- och tidig skolålder. Men, det saknas empiriskt stöd för det antagandet. Ytterligare få studier jämför effekter av likartade program i olika åldersgrupper. Ett program som implementerats i årskurs 1 och 5, Linking the Interest of Families and Teachers (LIFT) rapporterar en liten effekt för den äldre gruppen, medan den yngre gruppens resultat inte redovisats. För inåtvända problem har vi funnit en enda studie som har jämfört effekten när programmet FRIENDS har getts i två olika årskurser. Studien tyder på att effekten blir större om programmet ges i yngre åldrar. Ytterligare studier behövs för att värdera om effekterna kan optimeras genom att ges vid vissa åldrar på barnen.

Det är slående hur få studier som har undersökt betydelsen av kön. Utagerande symtom är mycket vanligare hos pojkar och inåtvända symtom något vanligare hos flickor. Trots dessa uppenbara skillnader är det mycket få studier som har utvärderat om effekter av programmen är beroende av kön. De få studier som finns har gett motstridiga resultat och det går inte att utesluta att programmen har olika effekt på pojkar och flickor. Flera studier som undersöker effekt av kön behövs.

Inte heller betydelsen av socioekonomiska förhållanden är tillfredsställande belyst. Det behövs studier som på ett systematiskt sätt undersöker i vilken utsträckning programmets effekt påverkas av levnadsförhållanden och etnicitet.

En mera principiell kunskapslucka är hur lång uppföljningstid som behövs för att få en realistisk uppfattning om hur varaktiga

förändringarna i barnens psykiska hälsa är. Sex månader får anses som en minimitid.

En annan aspekt som är otillräckligt belyst är om programmens omfattning och intensitet påverkar effekten. Några studier har visserligen syftat till att undersöka värdet av en mera omfattande intervention men resultaten av dem är motstridiga. Detta är en viktig aspekt ur resurssynvinkel. Om ett kortare program är lika effektivt som ett längre så har det givetvis kostnadsfördelar.

Kostnadseffektiviteten är mycket obetydligt undersökt. Det behövs hälsoekonomiska studier om universella, selektiva och indikerade program. Kostnaderna är för övrigt kontextberoende, och internationella studier är sällan direkt överförbara. Några anledningar till det är de skiftande lönenivåerna mellan olika länder samt vad som anses vara alternativ till programmen (konkurrerande program eller andra åtgärder).

Forskningsbehov

De frågor i vårt uppdrag som fortfarande är obesvarade och som vi bedömer som mest angelägna för svenskt vidkommande är:

- Vilka av de program som har vetenskapligt stöd för varaktig effekt i internationella studier har tillräcklig effekt i svenska populationer?
- Hur länge varar effekten?

En ytterligare angelägen fråga som kommit upp i samband med analysen av effekter är:

- Kan program ha en tilläggseffekt till strukturella insatser för barn i utsatta miljöer?

Utifrån vår granskning är det fem program som har ett vetenskapligt underlag i internationella studier och som borde komma ifråga för utvärderingar i Sverige. Det är:

- Family Check-Up som en inkörsport för ytterligare insatser.
- Triple P och De otroliga åren som selektiv prevention av utagerande beteende.
- Coping with Stress (DISA i Sverige) för olika preventionsnivåer av depression.
- FRIENDS som universell prevention av ångest.

För att besvara den första frågan behövs randomiserade "effectiveness"-studier. De undersöker hur programmet fungerar i reguljär praxis, med personal som är mindre utbildad och kanske inte lika helhjärtat motiverad som i "efficacy"-studier.

Några kriterier för studierna är att de

- har väl definierade populationer (dvs utprövas på olika etniska grupper och sociala risknivåer med hänsyn till genusaspekter etc)
- använder psykometriskt acceptabla mätmetoder/instrument (som t ex visats vara känsliga och validerade för förändring vid intervention) och metoder för insamling av data
- analyserar data med statistiskt ändamålsenliga metoder
- undersöker även förekomst av negativa effekter
- omfattar en kostnadseffektanalys.

Därutöver behövs så kallade "sustainability"-studier där programmet utprovas i stor skala. Syftet är att värdera om existerande strukturer för träning och support är tillräckliga för att bibehålla effekterna som setts

under mera optimala betingelser. Sådana studier bör genomföras med geografisk spridning. Anledningen är att den ”sedvanliga handläggning” som oftast utgör kontroll, kan variera betydligt i olika delar av landet. Därmed finns det en risk för att eventuella skillnader i effekt mellan studier kan bero på kontrollgruppen.

För att programmet/metoden ska kunna utvärderas i flera studier måste det finnas en manual som utöver de egentliga programkomponenterna också omfattar träning/utbildning av utförarna, behov av teknisk support samt riktlinjer för implementering och förslag till hur programtroheten kan följas.

För att använda tid och resurser på det mest effektiva sättet skulle det behövas en nationell samordning av forskningsinsatserna, i första hand ett nationellt centrum med ett mer långsiktigt åtagande och finansiering. Detta centrum skulle ha i uppdrag att, grundat på vetenskapligt underlag, utarbeta standardiserade protokoll för randomiserade studier, lägga uppdrag att genomföra dem till intresserade forskargrupper och sammanställa resultaten. Det nationella centrumet skulle kunna vara ett uppdrag till någon av de myndigheter som redan idag har ett ansvar för barns psykiska ohälsa och därmed medföra små extra kostnader.

Kostnaderna för att driva de nödvändiga randomiserade studierna skulle kunna finansieras inom ramen för de resurser som staten redan investerar i prevention av psykisk ohälsa hos barn. Det är rimligt att medel som idag är avsatta för implementering av föräldrastödsprogram som saknar vetenskapligt stöd, omfördelas till dessa studier.

Behov av metodutveckling

I vår granskning har vi uppmärksammat betydande metodsvårigheter. De bidrar i hög grad till att underlaget för bedömning är bristfälligt. Nedan sammanfattar vi de områden där det är mest angeläget med metodutveckling för att förbättra kvaliteten på studierna.

De flesta studier utvärderar effekten så att de aktörer som varit föremål för interventionen, t ex föräldrar, lärare eller barnen själva bedömer

graden av psykisk ohälsa med hjälp av skattningsskalor. Metoden har två brister. Den ena rör blindningen, dvs det är svårt att åstadkomma att en eller flera parter i studien inte känner till vilken intervention barnen lottats till. Det är önskvärt att effekten även mäts av en oberoende utvärderare. För studier på utagerande beteenden kan blindade observatörer som använder standardiserade metoder vara ett informativt komplement. Den andra svagheten i sammanhanget är att det inte är säkert att skattningsskalor är tillräckliga för att fånga olika aspekter av psykisk ohälsa. De kan också ge otillräcklig information beroende på att uttrycken för psykisk ohälsa varierar med barnens utvecklingsfaser. Detta gäller särskilt vid övergången till adolescensen. Även av denna orsak bör studierna kompletteras med andra mätmetoder.

Vår granskning bygger på att effekterna ska vara mätbara även vid uppföljning efter sex månader. Detta är en kort tid om syftet med intervention är att åstadkomma en varaktig förändring av barns psykiska hälsa. Men, det är kostsamt och tidsödande att följa upp barns beteende under lång tid. Detta gäller i särskilt hög grad vid universell prevention där studiepopulationerna måste vara stora för att uppnå statistiskt säkerställda resultat. Vid selektiv och i synnerhet vid indikerad prevention är det etiskt problematiskt att ha en kontrollgrupp över längre tid. Det är etiskt oacceptabelt att barn med förhöjd risk eller tidiga symtom lämnas utan tillgång till intervention under längre tid. Det är därför angeläget att utveckla kontrollinterventioner som är etiskt acceptabla för långtidsstudier.

En brist i de granskade studierna är att de sällan fångar upp negativa konsekvenser på individnivå av programmen. Ett fåtal studier som avser program för utagerande beteende har observerat negativa följder. En enda studie har noterat negativa effekter av program för inåtvända problem. Sannolikt är det en betydande underrapportering i och med att studierna inte systematiskt och prospektivt undersöker riskerna med programmen. Studieprotokollen bör kompletteras med utfallsmått för negativa effekter.

En vanlig metodik är klusterrandomisering, där t ex hela skolor lottas till intervention eller kontroll. Klusterrandomisering ställer vissa krav

på den statistiska analysen. Det finns annars risk för att den statistiska felmarginalens storlek underskattas eller att den statistiska signifikansen överskattas. I båda fallen leder det till en överskattning av interventionens effekt. Rapportering av klusterrandomiserade studier måste ta hänsyn till dessa analysproblem.

Ovanstående behövs göras för att klarlägga om programmen har effekt, och inte leder till oönskade negativa konsekvenser. För att på sikt kunna höja effekterna behövs även bättre kunskap om programmets verkningsmekanismer, och hur dessa samspelar med andra faktorer runt barnet och över tid. För att nå dit krävs att experimentella effektstudier kompletteras med multivariata statistiska metoder och teoretisk analys. Här finns ett stort behov av fortsatt metodutveckling.

Referenser

1. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, et al. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci* 2005;6:151-75.

2. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol* 2008;36:567-89.

10. Projektgrupp, externa granskare, bindningar och jäv

Medlemmarna i gruppen representerar olika infallsvinklar på kunskapsområdet och gruppen har bestått av följande personer:

Projektgrupp

Sten Anttila

Fil dr, koordinator, Socialstyrelsen, Stockholm

Eva Clausson

Leg sjuksköterska, Dr Ph, universitetslektor,
Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan Kristianstad

Ingemar Eckerlund (hälsoekonom)

Fil dr, SBU, Stockholm

Gert Helgesson

Docent i medicinsk etik Institutionen för lärande,
informatik, management och etik (LIME), Karolinska Institutet, Solna

Anders Hjern

Adjungerad professor i pediatrik epidemiologi, barnläkare,
Socialstyrelsen, Stockholm

Per-Arne Håkansson

Forskare, Socialstyrelsen, Stockholm

Björn Kadesjö

Med dr, överläkare, Barnneuropsykiatriska enheten BNK, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg och UPP-centrum,
Socialstyrelsen

Jonas Lindblom (informatiker)

Farm dr, SBU, Stockholm

Lisbeth Lundahl

Professor, BUSV (Barn- och ungdomspedagogik, specialpedagogik och vägledning), Umeå universitet

Agneta Pettersson (projektledare)

Civilingenjör, SBU, Stockholm

Hans Smedje

Med dr, överläkare, Institutionen för neurovetenskap, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Ann-Charlotte Smedler (ordförande)

Docent i psykologi, leg psykolog, Psykologiska institutionen, Stockholms Universitet

Anneth Syversson (projektassistent)

SBU, Stockholm

Sophie Werkö (biträdande projektledare)

Ek dr, SBU, Stockholm

Stefan Wiklund

Fil dr, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Externa vetenskapliga granskare

Sven Bremberg

Docent, Folkhälsoinstitutet, Östersund

Tine Egelund

Professor, Det Nationale Forskningscenter for Velfaerd, Köpenhamn, Danmark

Ingemar Engström

Professor, Regionsjukhuset Örebro

Philip Hwang

Professor, Psykologiska Institutionen, Göteborgs universitet

Håkan Stattin

Professor, Örebro universitet

Claes Sundelin

Professor, Uppsala universitet

Bindningar och jäv

SBU kräver att alla som deltar i projektgrupper lämnar skriftliga deklARATIONER avseende potentiella bindningar eller jäv. Sådana intressekonflikter kan föreligga om medlem i gruppen får ekonomisk ersättning från part som kan ha intresse i de frågor gruppen studerar. Gruppens ordförande och SBU tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle kunna försvåra en objektiv värdering av kunskapsunderlaget och ger vid behov förslag till åtgärder. Projektgruppens medlemmar har lämnat följande uppgifter om bindningar och jäv.

Sten Anttila

Inga uppgivna.

Eva Clausson

Inga uppgivna.

Gert Helgesson

Egen firma, ”Xplain Ethix”, hade vissa undervisningsuppdrag utanför tjänsten men har för närvarande ingen verksamhet i företaget.

Anders Hjern

Ledamot under 2009 i den vetenskapliga referensgruppen för den prövning av Triple P som planeras av Barnhälsovården i Uppsala län på förskolor i Uppsala kommun under 2010, med finansiering från Folkhälsoinstitutet, vilket arvoderades med 2 000 kronor.

Björn Kadesjö

Ledamot av Advisory Board för Eli Lilly 2004–2005.

Medverkat i EINAQ (European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Insurance), ett europeiskt utbildningsinitiativ med oberoende forskare i Europa.

IPULS-certifierad utbildning, sponsrad av Eli Lilly. Avslutat 2006.

Har medverkat i klinisk prövning av Strattera® och Eye Q®.

Ersättning till arbetsplatsen. Avslutat 2006.

Hustrun Christina Kadesjö ingår i forskningsprojekt vid Örebro Universitet som ska utvärdera föräldrastödsprogram i Sverige. Hon har i sin anställning vid primärvården i Göteborg inom barn- och ungdomsmedicin, i uppdrag att arbeta för att implementera Family Check-Up.

Lisbeth Lundahl

Ledamot av Läraförbundets vetenskapliga råd t o m oktober 2009.

Ingen ersättning utgår.

Hans Smedje

Enstaka föredrag om barns sömn.

2009-09-12 kongress som till hälften betalades av Boehringer.

Ann-Charlotte Smedler

Inga uppgivna.

Stefan Wiklund

Inga uppgivna.

Externa granskare

Sven Bremberg

Inga uppgivna.

Tine Egelund

Inga uppgivna.

Ingemar Engström

Inga uppgivna.

Philip Hwang

Inga uppgivna.

Håkan Stattin

Inga uppgivna.

Claes Sundelin

Ledamot av Allmänna Barnhusets styrelse. Avgick 2009-12-31 men kvarstår i Sättra bruks styrelse t o m 2010-06-30. Ersättning 8 000 kronor/år.

Styrelseledamot i Folke Bernadottestiftelsen.

Granskat och beslutat om forskningsbidrag för Allmänna Barnhusets räkning samt Folke Bernadottestiftelsen (forskning om barn med funktionshinder).

11. Ord- och förkortningslista

| | |
|-----------------------------|--|
| ADIS | Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV. Strukturerad klinisk intervju för barn 6–18 år och deras föräldrar för att fastställa av ångestdiagnoser hos barnet (täcker av även ADHD och depression) |
| Adolescens | Ungdomsår, tiden mellan förpuberteten och ung vuxen ålder |
| Antisocialt beteende | Beteenden som tyder på bristande hänsyn mot andras grundläggande rättigheter och som strider mot ålders-typiska sociala normer och regler |
| ATP | Adolescent Transition Program |
| BASC-PRS | Behaviour Assessment System for Children, Parent Rating Scale. Föräldraskattning av främst externaliserade, men även av internaliserade problem, liksom av förmåga till anpassning |
| BASC-TRS | Behaviour Assessment System for Children, Teacher Rating Scale. Lärarskattning av främst externaliserade, men även av internaliserade problem, liksom av förmåga till anpassning |
| BDI | Beck Depression Inventory |
| Behaviorism | Psykologisk forskningstradition som bygger på logisk empirism och studerar enbart objektivt mätbara beteenden och hur de formas. Subjektiva fenomen, t ex medvetande, studerades inte inom ramen för behaviorismen |

| | |
|--------------------------------|--|
| Booster-intervention | Hela eller delar av interventionen ges på nytt en tid efter det att programmet avslutats |
| Bortfall | Försökspersoner som gått med på att delta i en undersökning men som inte fullföljer den |
| Brief Symptom Inventory | Skattningsformulär med 53 frågor om olika psykiska symtom och beteenden hos tonåringar. För självskattning och föräldraskattning. Observera! Flera instrument har detta namn |
| CBCL | Child Behavior Check List |
| CD | ”Conduct disorder”, uppförandestörning |
| CDI | Children’s Depression Inventory, skattningsskala |
| CDRS | Children’s Depression Rating Scale. Klinikerbaserat skattningsinstrument av depression hos unga |
| CES- D | Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Självskattningsinstrument för barn och ungdom |
| Cohen’s d | Mått på effektstorlek, baserat på den standardiserade skillnaden i utfall mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp |
| COPE | Community Parent Education Program |
| Coping skills | Förmåga att hantera problem och påfrestningar |
| CWS | Coping with Stress, program för att förebygga depression |
| DISA | Depression in Swedish Adolescents, skolbaserat program |

| | |
|-------------------------------|--|
| DISC | Diagnostic Interview Schedule for Children. Strukturerad psykiatrisk diagnostisk intervju för barn mellan 6–18 år. Barn och deras föräldrar intervjuas av kliniker |
| DPICS | Dyadic Parent-Child Interaction Coding System. Instrument för systematisk observation och värdering av kvaliteten i förälder-barn-interaktion |
| ECBI | Eyberg Child Behaviour Inventory, skattningsskala för att bedöma graden av symtom på utagerande beteende |
| Effectiveness-studie | Studie där en intervention testas under realistiska förhållanden, t ex att interventionen ges av ordinarie lärare |
| Effektstorlek | Den standardiserade skillnaden i utfall mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp (se Cohen's d, Hegde's g, SMD) |
| Efficacy-studie | Studie där en intervention testas under välkontrollerade och bästa möjliga förhållanden |
| Empowerment | Ett samarbete mellan patient och vårdpersonal, där patienten är ansvarig för egenvården och sjukdomen. Patienten gör informerade val, har kontroll och tar konsekvenserna av sina egna val |
| Evidensstyrka | Definierar hur starkt det vetenskapliga stödet är |
| Externaliserade symtom | Utagerande symtom på psykisk ohälsa, t ex aggression, impusivitet och trots |
| FAST | Families and Schools Together |
| Föräldra-komponent | Den del av ett program som riktas till föräldrarna |

| | |
|-------------------------------|--|
| GBG | Good Behavior Game |
| GRADE | System för att bestämma evidensstyrkan, som används av bl a SBU |
| Hedge's g | Mått på effektstorlek som tar hänsyn till små grupper |
| I² | "Inconsistency" är ett mått på hur i hur hög grad meta-analysen påverkas av heterogenitet mellan studier. En tumregel är att I ² <40 procent påverkar metaanalysen i liten grad |
| Iatrogen effekt | Icke avsedd skadlig effekt av vårdinsats |
| Ignorering | Medvetet avstå från att uppmärksamma ett oönskat beteende. Metodkomponent i vissa psykologiska behandlings- och föräldrastödsprogram |
| Incidens | Händelse i en klinisk prövning dividerat med antalet deltagare i gruppen |
| Indikerad prevention | Insatser som ges till individer som har förhöjda symtomnivåer |
| Inklusionskriterier | Villkor som ska vara uppfyllda för de studier som granskas |
| Internaliserade symtom | Inåtvända symtom på psykisk ohälsa, som t ex depression och ångest |
| IPC | Interpersonal Process Code. Manualbaserat instrument för observation av interaktion mellan barn och mellan förälder-barn i olika skol- och hemmiljöer |

| | |
|--------------------------------|---|
| ITT | Intention-to-treat, dvs att resultatet beräknas på samtliga individer som deltog i studien, oavsett om de slutförde den eller inte |
| KBT | Kognitiv beteendeterapi |
| Kluster-randomisering | Randomiseringen görs inte på individnivå utan på t ex skolnivå eller på kommunnivå |
| Kontext | Sammanhang, omgivning eller övergripande situation |
| Korrelationskoefficient | Här: mått på effektstorlek som fås genom en matematisk omräkning av Cohen's d. Små effekter innebär att $r \leq 0,10$, medelhög $r = 0,30$ och hög $r = 0,50$ |
| KPC | Teacher Reported Classroom Behaviors |
| Kvasiexperimentell | Studie där det inte är möjligt att randomisera undersökningsdeltagarna till interventions- och kontrollgrupp, men där kontrollen i övrigt är god |
| LIFT | Linking the Interest of Families and Teachers |
| Matchad | Procedur som ska säkerställa att kända störfaktorer (t ex ålder, kön, föräldrarnas ekonomi och utbildning) blir jämnt fördelade mellan grupperna i en kontrollerad studie |
| MDD | ”Major depressive disorder” |
| Multimodala program | Består av flera komponenter och riktar sig till flera grupper, t ex både barn och föräldrar |
| NUPP-SA | Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety |

| | |
|---------------------------|---|
| ODD | Oppositional Defiant Disorder, trotssyndrom |
| Operant betingning | Innebär att beteenden förstärks eller släcks ut beroende på beteendets konsekvenser |
| OR | ”Odds ratio” eller oddskvot definieras som risken för symtom i interventionsgruppen delat med risken för symtom i kontrollgruppen |
| PATHS | Promoting Alternative Thinking Strategies |
| PCS | Peer Coping Skills |
| POCA-R | Parent Observation of Child Adaptation, Revised. Föräldraskattning, 54 frågor om barns anpassning i olika sociala situationer |
| PPP | Penn Prevention Program, ett skolbaserat program som syftar till att minska symtom på depression |
| Prevention | Förebyggande åtgärder för att minska risken för ohälsa |
| Program | En intervention som är uppbyggd av en eller flera standardiserade komponenter och beskrivet i en manual. Programmet baseras ofta på utvecklingspsykologi, träning av social förmåga eller beteendevetenskaper |
| Promotion | Åtgärder för att främja välmående och positiv utveckling |
| PSFL | Program Solving for Life |
| Publikations-bias | Ger en felbedömning av effekterna beroende på att alla studier inte är publicerade. Risken är stor att studier som inte visar på effekt aldrig publiceras |

| | |
|----------------------------|--|
| Randomiserad studie | Deltagarna slumpas till experimentell intervention eller till kontroll (t ex ingen åtgärd) |
| RAP | Resourceful Adolescent Program |
| RCMAS | Revised Children's Manifest Anxiety Scale, skattningsskala för ångestsymtom |
| Regressions-effekt | Återgång till medelvärdet. Individer som har extremvärden vid en första mätning tenderar att ligga närmare medelvärdet vid nästa mättillfälle. Fenomenet har betydelse för studiedesign och hur man bör tolka förändring. Om man väljer ut studiedeltagare som har höga nivåer på en symtomskala ska man räkna med att en del av den förändring som man kommer att se beror på regressionseffekten. Det är särskilt viktigt att beakta om interventionsgrupp och kontrollgrupp ligger på olika nivå i förmätningen |
| SBQ | Social Behavior Questionnaire. Föräldra- och lärarskattning av externaliserade och internaliserade symtom hos skolbarn |
| SCARED | Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. Självskattning av DSM IV-baserade ångestsymtom hos unga |
| SCAS | Spence Children's Anxiety Scale, skattningsskala för ångestsymtom |

| | |
|----------------------------|--|
| SDQ | Strengths and Difficulties Questionnaire. Screening av psykiska symtom (emotionella, ADHD, uppförande-problem, kamratproblem) samt resulterande social funktionsnedsättning hos barn i åldern 3–16 år. Har även en skala som mäter social kompetens (prosocialt beteende). Finns för föräldrar, lärare och unga själva (11–16 år) och möjliggör därför multiinformantskattning. Det finns även versioner för uppföljning av behandlings- eller preventionsinsatser |
| Selektiv prevention | Insats som ges till alla inom en viss population med förhöjd risk för ohälsa, t ex på grund av sociala och ekonomiska förhållanden eller förhållanden inom familjen |
| SET | Social emotionell träning, skolbaserat program |
| Skattningsskala | Hjälpmedel för att bedöma hur allvarliga symtomen är. Skattningen kan göras av t ex barnet, föräldrarna eller lärare |
| SMD | Standard Mean Difference, mått på effektstorlek |
| Stigmatisering | Nedvärderande utpekande |
| Störfaktor | Egenskap i populationen som kan påverka resultatet, så att effekten inte enbart beror på interventionen. Ett exempel är om de jämförda grupperna lever under olika socioekonomiska förhållanden |
| Timeout | Avbrott från positiv förstärkning, komponent i behavioristiskt inspirerade föräldrastödsprogram |
| TOCA | Teacher Observation of Classroom Adaptation, skattningsskala |

| | |
|------------------------------|---|
| TOCA-R | Teacher Observation of Classroom Adaptation, Revised. Lärarskattning, 10 frågor om externaliserade beteenden (se också POCA-R). |
| Token economy | Teckenekonomi. Innebär belöning av önskvärda beteenden |
| TRF | Teacher Report Form |
| Universell prevention | Insats som ges till alla inom en viss population, oavsett risknivå |
| Väntelista | Vanlig form av kontrollgrupp. Kontrollgruppen får tillgång till den experimentella insatsen när studien har avslutats |
| YSR | Youth Self Report (självskattningsformulär för barn 11–18 år) |

Rapporter publicerade av SBU

Gula rapporter (2003–2010)

-
- Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn (2010), nr 202
-
- Mat vid diabetes (2010), nr 201
-
- Antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp (2010), nr 200
-
- Behandling av sömnbesvär hos vuxna (2010), nr 199
-
- Rehabilitering vid långvariga smärttillstånd (2010), nr 198
-
- Triage och flödesprocesser på akutmottagningen (2010), nr 197
-
- Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196
-
- Patientutbildning vid diabetes (2009), nr 195
-
- Egna mätningar av blodglukos vid diabetes utan insulinbehandling (2009), nr 194
-
- Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? (2009), nr 193
-
- Transkraniell magnetstimulering (Uppdatering av Kapitel 8 i SBU-rapport 166/2 från 2004) (2007), nr 192. *Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se*
-
- Vacciner till barn – skyddseffekt och biverkningar (2009), nr 191
-
- Öppenvinkelglaukom (grön starr) – diagnostik, uppföljning och behandling (2008), nr 190
-
- Rörbehandling vid inflammation i mellanörat (2008), nr 189
-
- Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 188
-
- Benartärsjukdom – diagnostik och behandling (2007), nr 187
-
- Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (Uppdatering av Kapitel 9 i SBU-rapport 166/2 från 2004) (2007), nr 186. *Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se*
-
- Dyspepsi och reflux (2007), nr 185
-
- Nyttan av att berika mjöl med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter (2007), nr 183
-
- Metoder för att främja fysisk aktivitet (2006), nr 181
-
- Måttligt förhöjt blodtryck (Uppdatering av SBU-rapport 170/1 från 2004) (2007), nr 170/1U
-
- Metoder för tidig fosterdiagnostik (2006), nr 182
-
- Hjärnskakning – övervakning på sjukhus eller datortomografi och hemgång? (Uppdatering av rapport från 2000) (2006), nr 180
-
- Metoder för behandling av långvarig smärta (2006), nr 177/1+2
-
- Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas? (2005), nr 175
-
- Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv (2005), nr 176
-
- Behandling av ångestsyndrom (2005), nr 171/1+2
-
- Förebyggande åtgärder mot fetma (2004), nr 173
-

Måttligt förhöjt blodtryck (2004), två volymer, nr 170/1+2

Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling (2004), nr 169

Behandling av depressionssjukdomar (2004), tre volymer, nr 166/1+2+3

Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis (2003), nr 167

Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling (2003), två volymer, nr 165/1+2

Hörapparat för vuxna – nytta och kostnader (2003), nr 164

Strålbehandling vid cancer (2003), två volymer, nr 162/1+2

Vita rapporter (1999–2010)

Behandling med vitamin D och kalcium (2006), nr 178

Volym och kvalitet (2005), nr 179

ADHD hos flickor (2005), nr 174

Evidensbaserad äldrevård (2003), nr 163

Rökning och ohälsa i munnen (2002), nr 157

Placebo (2000), Ges ut av Liber, nr 154

Behov av utvärdering i tandvården (2000), nr 152

Sveriges ekonomi och sjukvårdens III, Konferensrapport (2000), nr 149

Alert – Nya medicinska metoder (2000), nr 148

Barn födda efter konstgjord befruktning (IVF) (2000), nr 147

Patient-läkarrelationen (1999), Ges ut av Natur och Kultur, nr 144

Evidensbaserad omvårdnad: Behandling av patienter med schizofreni (1999), nr 4

Evidensbaserad omvårdnad: Patienter med depressionssjukdomar (1999), nr 3

Evidensbaserad omvårdnad: Patienter med måttligt förhöjt blodtryck (1998), nr 2

Evidensbaserad omvårdnad: Strålbehandling av patienter med cancer (1998), nr 1

Evidensbaserad sjukgymnastik: Patienter med ländryggsbesvär (1999), nr 102

Evidensbaserad sjukgymnastik: Patienter med nackbesvär (1999), nr 101

SBU Alert-rapporter (2005–2010)

Tidig och riktad ultraljudsundersökning efter fysiskt trauma, nr 2010-3

Silverförband vid behandling av kroniska sår, nr 2010-02

Cilostazol vid behandling av fönstertittarsjuka (claudicatio intermittens), nr 2010-1

Datorstödd träning för barn med ADHD, nr 2009-05

Dopaminerga medel vid restless legs syndrome, nr 2009-04

Laser vid avlägsnande av karies, nr 2009-03

Leukocytaferes vid inflammatorisk tarmsjukdom, främst ulcerös kolit, nr 2009-02

Kylbehandling av nyfödda barn som drabbats av allvarlig syrebrist under förlossningen, nr 2009-01

Mätning av kväveoxid i utandningsluft vid astma, nr 2008-05

Screening för bukaortaanerysm, nr 2008-04

Ranibizumab för behandling av åldersförändringar i näthinnans gula fläck, nr 2008-03

EEG-baserad anestesidjupsmonitorering, nr 2008-02

Allmän barnvaccination mot HPV 16 och 18 i syfte att förebygga livmoderhalscancer, nr 2008-01

Självtestning och egenvård vid användning av blodproppsförebyggande läkemedel, nr 2007-05

Operation vid brytningsfel i ögat, nr 2007-04

Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression, nr 2007-03

Perkutan vertebroplastik vid svår ryggsmärta pga kotkompression, nr 2007-02

Pacemaker för synkronisering av hjärtkamrarnas rytm (CRT) vid kronisk hjärtsvikt, nr 2007-01

Nya immunmodulerande läkemedel vid måttlig till svår psoriasis, nr 2006-07

Implanterbar defibrillator, nr 2006-06

Natriuretiska peptider som hjälp vid diagnostik av hjärtsvikt, nr 2006-05

ST-analys i kombination med CTG (STAN) för fosterövervakning under förlossning, nr 2006-04

Individanpassad vård av underburna barn – NIDCAP, nr 2006-03

Sänkning av kroppstemperaturen efter hävt hjärtstopp, nr 2006-02

Bilaterala cochleaimplantat (CI) hos barn, nr 2006-01

Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning, nr 2005-07

Nedkylning av hårbotten för att förhindra håravfall i samband med cytostatika-behandling, nr 2005-06

Regelbundet byte av perifer venkateter (PVK) för att förebygga tromboflebit, nr 2005-05

Manuellt lymfdränage som tilläggsbehandling vid armlymfödem efter bröstcancer, nr 2005-04

Aromatashämmande läkemedel vid bröstcancer, nr 2005-03

Kateterburen ablationsbehandling vid förmaksflimmer, nr 2005-02

Rapporter på engelska (1993–2010)

Dementia (2008), three volumes, no 172E

Obstructive Sleep Apnoea Syndrome (2007), no 184E

Interventions to Prevent Obesity (2005), no 173E

Moderately Elevated Blood Pressure (2004), Volume 2, no 170/2

Sickness Absence – Causes, Consequences, and Physicians' Sickness Certification Practice, Scandinavian Journal of Public Health, Suppl 63 (2004), no 167/suppl

Radiotherapy for Cancer (2003), Volume 2, no 162/2

Treating and Preventing Obesity (2003), no 160E

Treating Alcohol and Drug Abuse (2003), no 156E

Evidence Based Nursing: Caring for Persons with Schizophrenia (1999/2001), no 4E

Chemotherapy for Cancer (2001), Volume 2, no 155/2

CABG/PTCA or Medical Therapy in Anginal Pain (1998), no 141E

Bone Density Measurement, Journal of Internal Medicine, Volume 241
Suppl 739 (1997), 127/suppl

Critical Issues in Radiotherapy (1996), no 130E

Radiotherapy for Cancer, Volume 1, Acta Oncologica, Suppl 6 (1996), 129/1/suppl

Radiotherapy for Cancer, Volume 2, Acta Oncologica, Suppl 7 (1996), 129/2/suppl

Mass Screening for Prostate Cancer, International Journal of Cancer,
Suppl 9 (1996), 126/suppl

Hysterectomy – Ratings of Appropriateness... (1995), no 125E

Moderately Elevated Blood Pressure, Journal of Internal Medicine, Volume 238
Suppl 737 (1995), 121/suppl

CABG and PTCA. A Literature Review and Ratings... (1994), no 120E

Literature Searching and Evidence Interpretation (1993), no 119E
