

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 studie kvalitet (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 programmets 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 programmets 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).