



SBU BEREDER
PUBLIKATION NR: 365
ISBN: 978-91-987554-1-1
PUBLICERAD: 1 JUNI 2023
NEDLADDAD: 22 JUNI 2026

Behandling av barn och unga med mild till måttlig psykisk ohälsa. Första linjen

Identifiering av systematiska översikter från år 2020 till år 2022.

Innehåll

Sammanfattning	3
Syfte och bakgrund	3
Metod	3
Huvudresultat	3
Diskussion	4
1. Inledning	5
1.1 Uppdrag och syfte	5
1.2 Målgrupper	5
2. Bakgrund	6
3. Metod	8
3.1 Övergripande fråga	8
3.2 Frågeställning enligt PICO	8
3.3 Process för urval av studier	12
4. Urval av studier	14
5. Resultat	15
5.1 Evidenskartan	15
5.2 Slutsatser från systematiska översikter med låg risk för bias	15
5.3 Slutsatser från systematiska översikter med måttlig risk för bias	19
6. Diskussion	20
7. Överväganden för forskning	23
8. Medverkande	25
8.1 Projektgrupp	25
9. Ordförklaringar och förkortningar	27
10. Referenser	30
11. Bilagor	34

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.sbu.se/365

ISBN 978-91-987554-1-1

Sammanfattning

Syfte och bakgrund

Kartläggningen avser insatser eller psykologisk behandling av barn och unga 6 till 18 år med lindrig till måttlig psykisk ohälsa inom första linjen. Första linjen avser hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå för barn med psykisk ohälsa. Läkemedelsbehandling ingår inte i denna kartläggning. Syftet med denna kartläggning är att identifiera systematiska översikter som bedöms ha låg eller måttlig risk för snedvridning (bias) på övergripande nivå. Kartläggningen presenterar dessa översikter överskådligt som en evidenskarta, som innehåller referenserna. Den ringar in områden där det finns systematiska översikter. Evidenskartan har särskild relevans för berörda myndigheter och organisationer (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)).

Metod

Denna kartläggning omfattar behandling av barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. De metoder som omfattas är psykologisk behandling, stödjande samtal, information och utbildning, arbetsterapeutiska metoder samt fysioterapi och fysisk aktivitet.

Litteratursökningar efter systematiska översikter genomfördes under juli år 2022. Sökningarna avgränsades till engelska, danska, norska och svenska, samt från publikationsår 2020 och framåt i fyra databaser.

Risk för bias har bedömts med hjälp av en modifierad version av granskningsmallen AMSTAR ([Snabbstar](#)). Systematiska översikter bedömdes ha hög, låg eller måttlig risk för bias samt sorterades utifrån population, behandling och utfall. Evidens och vetenskapliga kunskapsluckor utifrån de systematiska översikterna med låg eller måttlig risk för bias tabellerades. Kartläggningens resultat visas i en digital interaktiv [evidenskarta](#).

Huvudresultat

- Totalt inkluderades 66 systematiska översikter varav nio bedömdes ha låg risk och 18 måttlig risk för bias. Resterande 39 systematiska översikter bedömdes ha hög risk för bias.

För evidens och kunskapsluckor se [evidenskartan](#).

Diskussion

SBU har inte granskat risken för bias i de enskilda studierna som ingår i de systematiska översikterna eller tagit ställning till resultatens tillförlitlighet eller överförbarhet till svenska förhållanden. Vissa systematiska översikter visar olika resultat trots att de utvärderar samma område. Detta kan bero på att de utvärderat delvis olika frågeställningar eller omfattar olika sökperioder vid litteratursökningen. Vidare kan författarna ha sökt i litteratur från olika databaser eller inkluderat artiklar på andra språk än engelska eller de skandinaviska språken.

Innehållsdeklaration

Denna publikation innehåller:

- En kartläggning av systematiska översikter

Granskat och sammanställt befintlig sammanställda forskningsunderlag i flera steg tillsammans med ämnessakkunniga:

- Gjort en strukturerad och uttömmande litteratursökning,
- Granskat om studierna vi hittat är relevanta,
- Granskat om det finns metodbrister i studierna som skulle kunna påverka resultaten och ge risk för snedvridning

Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

- Externa
- Sakkunniga

1. Inledning

1.1 Uppdrag och syfte

Socialstyrelsen har samrått med SBU om att kartlägga forskningen om insatser eller psykologisk behandling som erbjuds till barn och unga 6 till 18 år med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Kartläggningen avsåg att identifiera vilka insatser och populationer det finns sammanställd vetenskaplig kunskap för och för vilka det saknas. Val av områden som har inkluderats i kartläggningen, samt indelningen av dem, har skett i samråd med Socialstyrelsen.

Resultatet av kartläggningen redovisas i en karta som visar var det finns, respektive saknas, tillförlitlig sammanställd forskning (systematiska översikter). I processen för denna kartläggning ingår inte att värdera om resultat och slutsatser i de inkluderade systematiska översikterna är tillförlitliga, och inte heller att prioritera vetenskapliga kunskapsluckor.

1.2 Målgrupper

Rapporten riktar sig till Socialstyrelsen för vidare bearbetning av kunskapsstöd inom området. Övriga målgrupper är SKR och de professioner som erbjuder hjälp för barn och unga med lindrig till måttlig psykiska ohälsa.

2. Bakgrund

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kartlade, inom ramen för ”Modellområdesprojektet”, redan för cirka 15 år sedan vilka insatser olika regioner och kommuner erbjuder till barn 0 till och med 17 år med svåra och ihållande psykiska besvär och lindriga till medelsvåra psykiatriska tillstånd. Undersökningen visade en splittrad bild avseende den hjälp som erbjöds, på vilken vårdnivå den erbjöds och hur den samordnades mellan berörda instanser som primärvård, specialistvård, skola och kommun. SKR fick dessutom indikationer på att barn kunde lämnas utan hjälp om behoven bedömdes som mindre allvarliga och att barnen därmed borde tas omhand utanför specialistvården (dvs. utanför barn och ungdomspsykiatri, (BUP)).

SKR inledde därför ett arbete för att definiera och utveckla det som kom att gå under benämningen en ”första linje” för psykisk hälsa för barn och unga. Med första linjen avsågs verksamheter och insatser på den nivå som först möter de barn som söker hjälp, det vill säga på primärvårdsnivå [1].

I dagsläget återstår arbetet med att bygga ut och utveckla arbetet med första linjen i landets regioner och kommuner och Socialstyrelsen har uppdrag angränsande till detta arbete [2] [3].

Första linjen finns i alla regioner. Verksamheterna är i dagsläget organiserade på olika sätt. Det finns inte heller nationella riktlinjer eller andra nationella vägledningsdokument för hur första linjen ska organiseras [4] [5]. Det har varit en grundprincip att i stället ta hänsyn till förutsättningarna i respektive region när man organiserat verksamheten. Den kan vara organiserad inom primärvården (som en separat verksamhet, som ett tilläggsuppdrag eller integrerad med kommunal verksamhet) eller inom specialistnivån antingen kopplad till barn- och ungdomsmedicin eller barn- och ungdomspsykiatri.

Första linjens uppdrag finns beskrivet sedan år 2022 och gäller insatser för psykisk hälsa till barn 0 till och med 17 år. Uppdraget har tagits fram i ett samarbete mellan regionernas chefer för första linjen. Varje region har tagit ställning till förslaget och SKR har varit ett stöd i framtagandet. Insatser kan ges utan diagnos. Det har förtydligats att barn kan söka vård på egen hand.

I första linje handboken beskrivs att rätt ställd diagnos ofta är vägledande för stöd eller behandling. Det finns dock inte konsensus om man ska ställa diagnos inom första linjen eller inte. En invändning mot att ställa diagnos i första linjen är att dessa typer av verksamheter syftar till att ge stöd och hjälp vid lindrig problematik eller i ett tidigt skede där symtom och verkan i

vardagen inte är av den grad att kriterier för en diagnos är uppfyllda [6]. Därför har vi i denna rapport valt att inkludera studier som utvärderat insatser till de med diagnos och till de utan diagnos.

I vissa regioner ingår idag inte barn och unga med funktionsnedsättningar i första linjens uppdrag. Det pågår en diskussion inom regionerna om vissa delar av stödet till denna grupp ska ges av första linjen [7].

Denna systematiska kartläggning har även inkluderat skolbaserade insatser till barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa som skulle kunna vara möjligt för första linjen att erbjuda, till exempel handledning till lärare. I några regioner ingår förskolebarn och i andra regioner unga vuxna i uppdraget för första linjen men denna kartläggning utgår från åldersintervallet 6 till och med 17 år då den åldersgruppen alltid ingår i uppdragen. För barn 0 – 6 år har BVC/MVC ett generellt uppdrag att erbjuda tidiga insatser [5].

Faktaruta 2.1 Systematiska översikter.

En systematisk översikt är en sammanställning av resultat från sådana studier som med systematiska och explicita metoder har identifierats, valts ut och bedömts kritiskt och som avser en specifikt formulerad fråga. En välgjord systematisk översikt ska uppfylla höga krav på tillförlitlighet och reproducerbarhet och följer vissa principer som ska minimera riskerna för att slump eller systematiska fel påverkar slutsatserna.

Hit hör:

- en preciserad fråga eller ett preciserat problem
- en uttömmande sökning efter all relevant litteratur för den fråga eller det problem som behandlas
- risk för bias-granskning av samtliga studier som uppfyller urvalskriterierna
- extraktion av data och tabellering från de studier som har inkluderats
- sammanvägning av resultaten i till exempel en metaanalys
- en bedömning av hur välgrundade resultaten är (evidensgradering)
- reproducerbarhet: redovisning av urvalskriterier (inklusions- och exklusionskriterier) för att sälla fram den relevanta litteraturen samt hur sökning och granskning skett.

En välgjord systematisk översikt ger läsaren möjlighet att bedöma tillförlitligheten i slutsatserna och att kontrollera om någon viktig litteratur inte har kommit med i bedömningen.

3. Metod

En projektplan för denna rapport utarbetades av projektgruppen och beslut om uppstart skedde den 9 maj år 2022 (diarienummer SBU 2022/56).

3.1 Övergripande fråga

Vad finns det för systematiska översikter som bedöms ha låg eller måttlig risk för snedvridning (bias) och som utvärderar behandlingar som erbjuds till barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa?

3.2 Frågeställning enligt PICO

3.2.1 Population

Barn och unga från 6 till 18 år med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. För systematiska översikter som innehåller populationer med deltagare som inte helt uppfyller våra ålderskrav ovan ska antingen:

- Den sammanräknade medelåldern vara mellan 6 och 18 år.
- Resultat för åldersgruppen 6 till 18 år vara särredovisade.

Med lindrig till måttlig psykisk ohälsa avser vi psykiska besvär och psykiatriska tillstånd som inte kräver psykiatrisk specialistvård [1]. Det kan handla om till exempel depressiva symtom, ångestsymtom, krisreaktioner och beteendeproblem, men även när diagnoser ställts som till exempel depression, ångesttillstånd, trotssyndrom när dessa bedömts vara av lindrig till måttlig karaktär.

Särskilda populationer som inkluderats

Systematiska översikter som utvärderat barn med neuropsykiatriska diagnoser som ASD eller ADHD inkluderades endast om insatsen riktade sig till att hantera psykisk ohälsa eller mätte detta som utfall såsom trotssyndrom (Oppositional Defiant Disorder, ODD), beteendeproblem, livskvalitet och sömnproblem. Studier av behandlingar som syftar till att lindra diagnosspecifika symtom inkluderas om insatsen var fysisk aktivitet. Övriga studier av behandlingar som syftar till att lindra diagnosspecifika symtom och som inte bedömdes ingå i första linjen exkluderades (flyktingar, migranter och minoritetsfolk inkluderades om de hade psykisk ohälsa).

Avgränsning, särskilda populationer som exkluderats

- Studier av barn och unga med psykiatriska diagnoser som behöver behandling inom specialistvård, till exempel psykotiska tillstånd, PTSD och Anorexia nervosa.
- Studier av barn med somatiska kroniska sjukdomar som till exempel cancer eller diabetes exkluderas (behandlingar som riktar sig till sådana barngrupper erbjuds inte inom ramen för första linjen).

3.2.2 Interventioner/insatser

Standardiserade och manualbaserade behandlingar som kan erbjudas i första linjen, inklusive internetbaserade behandlingar.

- Med ”standardiserade och manualbaserade” avser vi att vi bedömt att behandlingen beskrivits på ett sådant sätt att den går att definiera och upprepa i andra studier och i kliniken.
- Första linjen avser hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå för barn med psykisk ohälsa. Organisationen av hur sådana behandlingar erbjuds i Sverige kan skilja sig mellan olika regioner och kommuner [1].
- Åtgärden ska vara riktad mot den psykiska ohälsa som finns hos barnet.
- Behandlingarna ska syfta till att minska symtom och förbättra hälsa hos barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa, men omfattar – så länge det kravet är uppfyllt – även insatser som vänder sig till deras föräldrar/vårdnadshavare eller till hela den familj barnet lever i.

Exempel på behandlingar (andra behandlingar som uppfyller urvalskraven och som upptäcks vid relevansgallringen kan tillkomma)

Intervention/insats	Specifika interventioner (exempel)
Information och utbildning	Psykoedukation om uppkomst och vidmakthållande, föräldrafärdigheter och rutiner.
Stödjande, rådgivande samtal	Motiverande samtal
Psykologisk behandling	Kognitiv beteendeterapi (KBT) och internetbaserad KBT (iKBT) (inklusive t.ex. ACT, DBT, etc.). Psykodynamisk terapi Interpersonell terapi (IPT) Familjeterapi Lekterapi Lösningfokuserad terapi Spel och VR baserade insatser
Fysisk aktivitet	

Avgränsning, särskilda interventioner som ska exkluderas

- Farmakologisk behandling
- Kosttillskott
- Ljusbehandling
- TENS
- Akupunktur
- Alternativmedicin/komplementärmedicin
- ECT
- Djup transkraniell magnetstimulering (dTMS) eller repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS).

3.2.3 Kontroll

Behandlingen ska ha jämförts med ett kontrollalternativ:

- Väntelista eller ingen behandling
- Sedvanlig vård
- Annan behandling.

3.2.4 Utfall

Utfall som hos barnet visar effekter på psykisk hälsa och psykiatriska symtom, som till exempel:

- Ångest och oro
- Stress och kris
- Depression, nedstämdhet och sorg
- Beteendeproblem (utagerande beteenden)
- Självförolit, självkänsla och motståndskraft (resiliens)
- Psykosomatiska besvär
- Koncentrationssvårigheter
- Trauma
- Smärta
- Självskadebeteende
- Självskadebeteende
- Självskadebeteende
- Självskadebeteende
- Funktion i vardagen, som till exempel i:
 - Skolnärvaro och fungerande skolgång
 - Goda/adekvata familjerelationer

- Tillgång till nätverk och kamratrelationer
- Aktiv fritid
- Livskvalitet
- Sömn
- Risker och biverkningar

3.2.5 Övriga kategorier som översikterna kommer att märkas upp med

Översikterna i evidenskartan ska innehålla märkning av:

- Tillstånd (psykiatrisk diagnos/typ av besvär).
- Behandling – inklusive om behandlingen administreras till barnet eller till föräldrarna och om den erbjuds som individuell- eller som gruppbehandling.
- Vem som insatsen har riktat sig till, inklusive ålderskategori som barnet tillhör.
- Risk för bias.
- Publikationsår.

3.2.6 Avgränsningar

För att inkluderas ska en översikt ha:

- Publicerats i peer-review-granskade tidskrifter eller av en offentlig HTA-organisation.
- Indexerats och finnas tillgänglig i sökbara databaser.
- Utförts med systematisk metod, till exempel måste det finnas en definierad frågeställning, en beskrivning av en systematisk litteratursökning, och en metod för bedömning av studiernas relevans och risk för bias.
- Publicerats år 2020 eller senare. Orsaken till avgränsningen är den stora mängden litteratur som publiceras på området.
- Publicerats på språken svenska, danska, norska eller engelska.

Kartläggningen har inte bedömt tillförlitligheten i översiktsförfattarnas slutsatser, eller om dessa slutsatser kan anses utgöra kunskap eller kunskapsluckor. Detta lämnas till läsaren. Detta gäller för alla inkluderade systematiska översikter, oberoende av vilken risk för bias som respektive översikt har bedömts ha.

3.3 Process för urval av studier

3.3.1 Litteratursökning

Projektets informationsspecialist utformade och genomförde systematiska litteratursökningar i samråd med projektledare och projektets sakkunniga.

Litteratursökningen utfördes i två omgångar: en första sökning i juli år 2022 med generella interventioner; en andra sökning i september år 2022 med fokus på fysisk aktivitet.

Följande databaser användes: Medline (Ovid), Scopus (Elsevier) och PsycINFO (Ebsco) samt samsökning via Ebsco i Academic Search Premier, Cinahl och Psychology and Behavioral Science Collection.

Komplett sökdocumentation finns i [Bilaga 1](#).

3.3.2 Bedömning av relevans

Två projektledare/sakkunniga granskade oberoende av varandra titel och sammanfattning (abstrakt) på de studier som identifierades i litteratursökningarna. Granskningen genomfördes med hjälp av Covidence [8]. De sammanfattningar som uppfyllde urvalskriterierna, eller där det fanns en osäkerhet om de uppfyllde kriterierna, beställdes i fulltext och granskades av två sakkunniga/projektledare oberoende av varandra. Eventuella oenigheter vid fulltextgranskning löstes genom diskussion till konsensus. Studier som granskades i fulltext och som inte uppfyllde kriterierna sorterades bort och orsak till exklusion noterades ([Bilaga 3](#)).

3.3.3 Överförbarhet

Studier som utvärderar behandlingarna ska spegla metoder som används eller som av projektgruppen bedöms kunna införas i svensk hälso- och sjukvård. Behandlingar som bedöms inte uppfylla det kravet omfattas inte.

Kategorisering av de systematiska översikterna

Samtliga inkluderade systematiska översikter kategoriseras utifrån interventioner och populationer och övriga kategorier som ingår i kartläggningen. Detta arbete gjordes av en medlem i projektgruppen och kontrollerades av en annan. I flera fall behövdes indelning och benämning av kategorier diskuteras i helgrupp. En översikt kunde märkas med mer än en kategori, om den hade inkluderat en eller flera interventioner respektive populationer. Indelningen i kategorier och benämningen av dessa gjordes utifrån perspektivet att underlätta för läsaren, genom att få en överblick av de inkluderade översikterna, snarare än exakta definitioner på interventioner respektive kategorier av interventioner.

3.3.4 Bedömning av risk för bias

Projektgruppen bedömde, parvis och oberoende av varandra, hur stor de systematiska översikternas risk för bias var med stöd av de frågor som finns beskrivna i AMSTAR granskningsmall [9] utifrån sex delsteg (detaljerad beskrivning [10]). Dessa delsteg är:

1. Frågeställning och litteratursökning
2. Relevansbedömning
3. Risk för bias bedömning och datapresentation av de inkluderade studierna
4. Sammanvägning och analys
5. Evidensgradering och slutsatser
6. Transparent dokumentering.

Samtliga steg i samtliga systematiska översikter granskades.

Evidenskartläggningen inkluderar inte någon bedömning av risken för bias för de primärstudier som ingår i de systematiska översikterna.

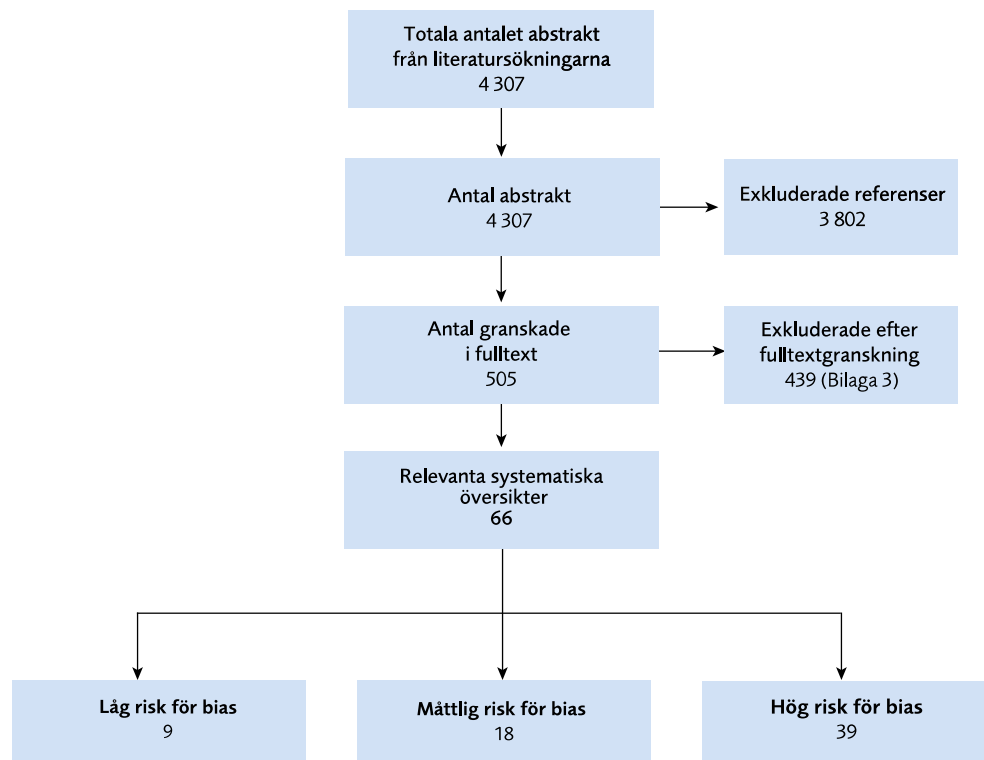
Vid oenigheter rådfrågades en tredje medlem i projektgruppen.

3.3.5 Kriterier för bedömning av övergripande risk för bias

Projektgruppen har valt att utgå från vägledningen av SNABBSTAR för att bedöma den övergripande risken för bias [10]. För bedömningen låg risk för bias krävdes bedömningen ja i samtliga sex steg. Undantag gjordes för steg 6. Om listan för exkluderade studier saknades så bedömdes studien ändå ha låg risk för bias. För att en översikt skulle bedömas som måttlig risk för bias måste samtliga steg för 1 till 4 besvarats med ja vilket bland annat innebär att studien har vägts samman på ett tillämpligt sätt och hänsyn har tagits till studiernas risk för bias vid sammanvägningen och slutsatser (steg 5). Studier som bedömts ha nej i steg 1 till 4 har övergripande bedömts till hög risk för bias. Ingen hänsyn har tagits till om resultaten är evidensgraderade av författarna.

4. Urval av studier

Figur 4.1 Flödesschema över antal identifierade, exkluderade, inkluderade och risk för bias bedömda



5. Resultat

5.1 Evidenskartan

I evidenskartan finns samtliga relevanta systematiska översikter kategoriserade och länkade . Kartläggningen har inte bedömt tillförlitligheten i översiktsförfattarnas slutsatser, eller om dessa slutsatser kan anses utgöra kunskap eller kunskapsluckor. Detta lämnas till läsaren. Detta gäller för alla inkluderade systematiska översikter, oberoende av vilken risk för bias som respektive översikt har bedömts ha.

5.2 Slutsatser från systematiska översikter med låg risk för bias

I Tabell 5.1 sammanfattas systematiska översikter som bedömts ha låg risk för bias och vilken slutsats som författarna dragit.

Tabell 5.1 Vetenskaplig kunskap i identifierade systematiska översikter med låg risk för bias.

Referens	Intervention	Population Ålders- spann	Utfallsmått	Författarnas slutsatser: identifierad och konsta- terad evidens (<i>originalcitat på engelska kursiverat</i>)
Axelsdottir et al. 2020 [11]	Fysisk aktivitet	Depression 6-18 år	Depressions- symtom, Biverk- ningar, Psyko- logiskt välmående, Socialt fungerande, Livs- kvalitet, Acceptans mätt genom bort- fall	<i>Low certainty evidence suggests that exercise interventions may be associated with a decrease in adolescent depression severity. However, our confidence in the effect estimate is limited, and the true effect may be substantially different. Thus, large, high-quality trials including follow-up periods are needed.</i>
James et al. 2020 [12]	KBT	Ångest 0-19 år	Ångestsyndrom, Ångestsymtom, Remission, Depressiva symtom, Fungerande	<i>CBT is probably more effective in the short-term than waiting lists/no treatment and may be more effective than attention control. We found little to no evidence across outcomes that CBT is superior to usual care or alternative treatments, but our confidence in these findings are limited due to concerns about the amount and quality of available evidence, and we still know little about how best to efficiently improve outcomes</i>
Jugovac et al. 2022 [13]	Anknytnings- och emotionsfokuserade föräldrainsatser	Beteende- problem 0-18 år	Utåtriktade beteenden (EXT t.ex. trots- beteende och aggression), Inter- naliserande beteenden (INT t.ex. ångest, depression)	<i>Findings support the potential for AE (Attachment- and emotion-focused parenting interventions) to reduce EXT and INT in children and adolescents; however, future research should consider the relative effectiveness of AE.</i>
Krause et al. 2021 [14]	KBT/Problemlösnings- träning som enskild behandlings- komponent	Depression 14-24 år	Depressions symtom (självrapporterad)	<i>The only clinical trial rated as having a low risk of bias found problem-solving training helped</i>

youth solve personal problems but was not significantly more effective than the control at reducing emotional symptoms. An exploratory meta-analysis showed a small and non-significant effect on self-reported depression or emotional symptoms. A GRADE appraisal suggested a low overall quality of the evidence. Tentative evidence from secondary analyses suggested problem-solving training might enhance outcomes in cognitive-behavioural therapy and family therapy, but dedicated dismantling studies are needed to corroborate these findings. (Clinical practice guidelines did not recommend problem-solving training as a stand-alone treatment for youth depression, but five mentioned it as a treatment ingredient.)

Pilling et al. 2020 [15]	KBT Psykoedukation	12- månaders- uppföljning av: Ångest Beteende- problem Depression Ätstörning Trauma Självska- dande 4-18 år	Depressions symtom, Ångestsymtom, Ätstörningar, Beteende problem	<i>Psychosocial interventions provided in a range of settings by professionals and paraprofessionals can deliver lasting benefits. High levels of heterogeneity, moderate bias for most studies and evidence of publication bias require caution in interpreting the result. Programmes that increase such interventions' availability are justified by the benefits to children and young people and the decreased likelihood of disorder in adulthood.</i>
Seiffer et al. 2022 [16]	Fysisk aktivitet	ADHD ¹ 5-21 år	Socialt fungerande, Acceptans mätt genom bortfall	<i>MVPA (moderate to vigorous physical activity) could serve as an alternative treatment for ADHD. New RCTs are</i>

necessary to increase the understanding of the effect regarding frequency, intensity, type of MVPA interventions, and differential effects on age groups.

Viswanathan et al. 2020 [17]	KBT IPT Familjeterapi	Depression 0-18 år	Remission, respons och återfall, Depressiva symtom, Funktionsnedsättning, Biverkningar	<i>For adolescents or children with any DD (depressive disorders, 7–18 years), CBT or family therapy may be associated with improvements in symptoms, response, or functional status (1 RCT each, n ranges from 64 to 99). Among children with any DD (7–12 years), family-based interpersonal therapy may be associated with improved symptoms (1 RCT, n = 38). Psychotherapy trials did not report harms.</i>
Wickersham et al. 2022 [18]	iKBT Spel och VR	Depression Ångest 11-19 år	Depressions symtom, Ångestsymtom	<i>This meta-analysis reinforces the efficacy of cCBT (computerized cognitive behavioral) therapy for the treatment of anxiety and depression and is the first to examine this exclusively in adolescents. Future research could aim to identify the active components of these interventions toward optimizing their development and increasing the feasibility and acceptability of cCBT in this age group.</i>
Witt et al. 2021 [19]	KBT DBT MBT Familjeterapi	Självskadebeteende 0-18 år	Förekomst av episoder av Självskadebeteende Depressions symtom, Upplevelse av hopplöshet, Allmän funktion Socialt fungerande Självskadebeteende	<i>Given the moderate or very low quality of the available evidence, and the small number of trials identified, there is only uncertain evidence regarding a number of psychosocial interventions in children and adolescents who engage in SH (self-harm). Further evaluation of DBT-A (dialectical</i>

behaviour therapy) is warranted. Given the evidence for its benefit in adults who engage in SH, individual CBT-based psychotherapy should also be further developed and evaluated in children and adolescents. What does the evidence from the review tell us? There have been surprisingly few investigations of treatments for SH in children and adolescents, despite the size of this problem in many countries. We found positive effects of DBT-A on repetition of SH. There is currently no clear evidence for the effectiveness of individual CBT-based psychotherapy, MBT-A, group-based psychotherapy, enhanced assessment approaches, compliance enhancement approaches, family interventions, or remote contact interventions in preventing repetition of SH.

CBT = Cognitive Behaviour Therap; **cCBT** = Computerized Cognitive Behavioral Therapy; **DBT-A** = Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents; **DBT** = Dialectical Behavioral Therapy; **KBT** = Kognitiv beteendeterapi; **MBT-A** = Mentalization-Based Treatment for Adolescents; **MBT** = Mentalization-Based Treatment; **RCT** = Randomised Control Trial; **SH** = Self-harm

¹. Se 3.2.1 Särskilda populationer som inkluderats.

5.3 Slutsatser från systematiska översikter med måttlig risk för bias

I [Bilaga 2](#) sammanfattas systematiska översikter som bedömts ha måttlig risk för bias och vilken slutsats som författarna dragit.

6. Diskussion

Denna kartläggning har identifierat 66 relevanta systematiska översikter från januari år 2020 fram till juli år 2022. Det är dock möjligt att det finns mer relevant kunskap på området från systematiska översikter publicerade år 2019 eller tidigare. Utifrån omfattningen av den mängd litteratur som publiceras på området har vi ändå valt att begränsa granskningen från år 2020. Utav de 66 identifierade systematiska översikterna bedömdes 9 ha låg risk för bias och 18 måttlig risk för bias (totalt 40 %). Sammantaget gör detta att det finns mycket relevant kunskap att ta del av i denna kartläggning. Försiktighet bör dock iaktas vid tolkning av författarnas resultat och slutsatser. Detta gäller särskilt för de 60 procent av översikterna som vi har bedömt ha en hög risk för bias. Vi har inte gjort någon tillförlitlighetsbedömning av översikternas resultat och i många fall har inte översiktsförfattarna tillförlitlighetsbedömt sina egna resultat.

I kartläggningen återfinns översikter för vanligt förekommande tillstånd inom primärvården, såsom depression, ångest, beteendeproblem och självskadebeteenden. I denna kartläggning fokuserar hälften av de systematiska översikterna med låg risk för bias på depression som population med olika depressionssymtom som utfall. Interventionerna som utvärderas spänner över såväl fysisk aktivitet som KBT, iKBT, IPT, familjeterapi. SBU har inte granskat inkluderade primärstudier eller slutsatser men generellt beskriver studieförfattarna att det finns ett visst stöd för fysisk aktivitet, KBT, iKBT och familjeterapi. Däremot fann författarna inte att problemlösningsträning som enskild behandling minskade depression. Men resultaten är osäkra och fler välgjorda studier behövs.

En systematisk översikt gjord av Cochrane utvärderar behandlingar för självskadebeteende hos barn och unga, och författarnas slutsats är att DBT-A visar positiva effekter på självskadebeteende, men rekommenderar fler studier [19]. Resultaten för behandling av självskadebeteende är i övrigt osäkert på grund av ett litet antal studier med låg kvalitet. Behandlingar för ångest utvärderas i tre systematiska översikter med låg risk för bias [12] [15] [18]. I dessa utvärderades effekter av KBT och iKBT, och en översikt tittar på långtidseffekter av insatser 12 månader efter behandlingen [15]. Enligt författarnas slutsatser tyder dessa översikter på att KBT och iKBT minskar ångest i jämförelse med väntelista eller ingen behandling, och att effekterna vid insatser för ångest generellt står sig över tid. Det saknas studier med låg risk för bias som jämför KBT och iKBT med sedvanlig behandling. I 16 av 18 inkluderade systematiska översikter med måttlig risk för bias utvärderar insatser för ångest och depression (Bilaga 2), med liknande slutsatser som för de med låg risk för bias.

I en systematisk översikt med låg risk för bias fokuserar författarna specifikt på effekten av anknytnings- och emotionsfokuserade föräldrainsatser på beteendeproblem [13]. Författarna drar slutsatsen att det finns en potential för att insatsen kan minska beteendeproblem och internaliserande problem. En översikt med måttlig risk för bias utvärderade psykosociala insatser vid beteendeproblem, däribland KBT-baserade föräldrainsatser [20]. I denna systematiska översikt drar författarna slutsatsen att studieresultaten tyder på att den mest effektiva behandlingsregimen uppnås om den involverar både föräldern och barnet, dock endast när behandlingen skett individuellt [18]. I en systematisk översikt som bedömts ha låg risk för bias utvärderar författarna långtidseffekten av psykosociala interventioner (KBT och psykoedukation) på utfall för beteendeproblem, ångest, depression och ätstörning [15]. Författarna drar slutsatsen att behandlingseffekter generellt kvarstod vid 12 månaders-uppföljningen men att det varierade för olika tillstånd i vilken utsträckning. För ADHD och självskadebeteenden fanns inte tillräckligt många studier för att de skulle kunna ingå i översikten [15].

För översikter med måttlig risk för bias ingår dessutom självskadebeteende i en systematisk översikt [21], och traumarelaterade symtom i två systematiska översikterna [22] [23].

I vår kartläggning ses att det saknas systematiska översikter efter år 2020 med låg risk för bias som utvärderar insatser för barn och unga vid krisreaktioner, sömnproblem, lättare ätstörningar som inte har betydande samsjuklighet (inte specialistvård), eller som utvärderar effekten av insatser för barn och unga inom primärvården med till exempel motiverande samtal, lösningsfokuserad terapi, psykodynamisk terapi som intervention. Det är lovande att det finns långtidsuppföljningar som visar att effekten av insatser som ges kan kvarstå över tid, även om detta är av olika omfattning för olika tillstånd.

I de systematiska översikter som ingår i kartläggningen finns studier av barn och ungdomar med symtom på ohälsa (dock inte universella preventionsstudier) liksom studier där en diagnos utgör grund för inklusion. Det medför att det blir en variation i den psykiska ohälsan i de målgrupper som beskrivs, likaväl i de behandlingar och insatser som ingår. I genomgången ingår inte granskning av enskilda behandlingsupplägg eller av primärstudier, utan de slutsatserna som kan dras är på en övergripande nivå.

Vi har valt bort systematiska översikter som fokuserar på personer med allvarlig problematik, men vissa systematiska översikter som inkluderats i denna rapport har inkluderat en andel primärstudier på individer med måttlig till svår problematik.

I en granskning av skolbaserade program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn som SBU genomförde år 2021 [24] framkom att program för barn i mellan- och högstadieåldern som har depressiva symtom, minskar

problemen i åtminstone sex månader efter avslutad insats. Det handlar om program som bygger på kognitiv beteendeterapi och som baseras på *Coping with Stress* eller *Penn Resilience Program*.

För studier med korta insatser har en systematisk översikt bedömts ha måttlig risk för bias [21] och två hög risk för bias [25] [26]. Det kan dock förekomma äldre systematiska översikter med kunskap. Eftersom första linjen vanligtvis strävar efter korta insatser vore det önskvärt med fler systematiska översikter av god kvalitet inom området.

Digitala insatser kan ges dels i form av internetbaserade metoder, dels i form av särskilt utvecklade dataspel. Datorbaserade spel har utvärderats i två systematiska översikter [18] [27] med låg respektive måttlig risk för bias. I översikten med låg risk för bias drar författarna slutsatsen att datorbaserade spel och internetbaserad KBT kan leda till minskad depression och ångest hos ungdomar [18]. Liknande slutsatser drog författarna till översikten med måttlig risk [27]. Internetbaserade insatser har utvärderats i fem översikter med måttlig risk för bias, där huvudsakligen iKBT använts som metod. Författarna till översikterna drar slutsatserna att internetbaserade insatser kan ha viss effekt på ångest- och depressionssymtom [28] [29] [30] [31] [32].

I vår kartläggning var det inte möjligt att jämföra insatser som ges i grupp med de som var individuellt genomförda på grund av att de inkluderade systematiska översikterna från år 2020 till år 2022 inte utvärderade detta.

7. Överväganden för forskning

Vår kartläggning visar på områden med aktuell evidens, men pekar även på några områden där detta saknas. Att det finns en vetenskaplig kunskapslucka för en viss insats är inte detsamma som att insatsen saknar effekt. Det innebär endast att det finns en vetenskaplig osäkerhet om vad effekten av insatsen är och att ytterligare studier behövs för att kunna säkerställa det.

Att första linjen använder insatser som det finns vetenskapliga kunskapsluckor kring kan vara problematiskt, men det behöver inte alltid vara det. Om man använder en insats som det saknas tillräcklig evidens för, kan den som insatsen riktas mot utsättas för onödiga risker i relation till den nytta som insatsen kan ge. Å andra sidan finns det en risk att personer inte får potentiellt värdefulla insatser om de inte används överhuvudtaget för att det saknas evidens för dem.

Inkluderade systematiska översikter i vår kartläggning identifierade få studier som har utvärderat insatser i förhållande till aktiva kontrollgrupper. Detta kan ha betydelse för att veta vilken av olika insatser som är mest lämplig att använda för en viss population. Barn och unga med krisreaktioner, lättare ätstörning utan komplicerande samsjuklighet (inte anorexi) och sömnproblem är populationer med behov av insatser inom första linjen som saknas i vår kartläggning. Systematisk kunskap om insatser för dessa målgrupper kan vara till stöd för första linjen. Vidare saknas kunskap om gruppbaserade insatser samt korta insatser. Avsaknaden av systematiska översikter på dessa områden kan bero på avgränsningen i tid från år 2020.

Kunskapsluckor som bör beforskas ska uppfylla något eller flera av följande kriterier:

- Viktiga för individens hälsa och välfärd
- Viktiga ur ett samhälleligt perspektiv
- Väsentlig praxisvariation
- Stor ekonomisk betydelse
- Etiskt betydelsefulla
- Rör en kontroversiell, uppmärksamman eller aktuell fråga.

Ytterligare en aspekt som är viktig att ta hänsyn till är barnens, föräldrarnas eller närståendes perspektiv. Det är också viktigt att kunskapsluckans område är praktiskt möjligt att beforska samt att forskningen kan bedrivas på ett etiskt acceptabelt sätt. Vi har i detta projekt inte rangordnat de olika kunskapsluckorna efter hur angelägna de är för framtida forskning. Ett

framtida projekt skulle kunna omfatta en sådan prioritering genom att vi använder en prioriteringsmetod framtagen av brittiska James Lind Alliance där kunskapsluckor prioriteras i samverkan mellan profession och brukare [33].

För de områden där det helt saknades systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias behövs det i första hand en sådan. För de vetenskapliga kunskapsluckor som baserar sig på systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias är det i första hand fler primärstudier som behövs för att man på sikt ska kunna fylla kunskapsluckan.

8. Medverkande

8.1 Projektgrupp

8.1.1 Sakkunniga

- Pia Enebrink, docent i psykologi, lektor vid Karolinska institutet
- Maria Unenge Hallerbäck, med. dr., specialist i barn- och ungdomspsykiatri, lektor i psykiatri vid Örebro universitet och överläkare vid Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) i Region Värmland.

8.1.2 SBU

- Göran Bertilsson, projektledare
- Jonatan Alvan, biträdande projektledare (från jan 2023)
- Anna Christensson, biträdande projektledare (tom jan 2023)
- Maria Ahlberg, projektadministratör (från jan 2023)
- Elin Malmer, projektadministratör (tom jan 2023)
- Carl Gornitzki, informationsspecialist
- Jonas Bergström, projektansvarig chef

8.1.3 Externa granskare

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. De har kommit med värdefulla kommentarer som förbättrat rapporten. SBU har dock inte alltid möjlighet att tillgodose alla ändringsförslag och de externa granskarna står därför inte med nödvändighet bakom samtliga texter i rapporten.

- Anna Jonsson, Fil kand, handläggare och verksamhetsutvecklare vid sektionen Uppdrag Psykisk Hälsa, Avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), och Bup ledningsstab Region Skåne
- Karin Lindström, Fil kand, handläggare vid sektionen Uppdrag Psykisk Hälsa, Avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

8.1.4 Socialstyrelsen

I denna rapport har PICO tagits fram i samarbete med Socialstyrelsen

8.1.5 Bindningar och jäv

Sakkunniga och externa granskare har i enlighet med SBU:s krav lämnat deklarerationer om bindningar och jäv. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisats där är förenliga med myndighetens krav på saklighet och opartiskhet.

8.1.6 SBU:s vetenskapliga råd

SBU:s vetenskapliga råd har granskat projektplanen.

- Svante Twetman, Köpenhamns universitet, ordförande (tandvård)
- Anna Ehrenberg, Högskolan Dalarna, vice ordförande, (omvårdnad)
- Magnus Svartengren, Uppsala universitet (arbetsmiljö)
- Ulrik Kihlbom, Karolinska institutet (etik)
- Ylva Nilsagård, Örebro universitet (fysioterapi)
- Titti Mattsson, Lunds universitet (etik, juridik)
- Katarina Steen Carlsson, Lunds universitet (hälsoekonomi)
- Jahangir Khan, Göteborgs universitet (hälsoekonomi)
- Mussie Msghina, Örebro universitet (medicin)
- Britt-Marie Stålnacke, Umeå universitet (medicin)
- Sverker Svensjö, Falun och Uppsala universitet (medicin)
- Eva Uustal, Linköpings universitet (medicin)
- Carina Berterö, Linköpings universitet (omvårdnad)
- Ata Ghaderi, Karolinska institutet (psykologi)
- Petter Gustavsson, Karolinska institutet (psykologi)
- Martin Bergström, Lunds universitet (socialt arbete)
- Lena Dahlberg, Högskolan Dalarna (socialt arbete)
- Urban Markström, Umeå universitet (socialt arbete, funktionshinder och funktionshinder)
- Christina Nehlin Gordh, Uppsala universitet (socialt arbete)

9. Ordförklaringar och förkortningar

ACT

Acceptance and commitment therapy

ADHD

Attention deficit disorder

AE

Attachment- and emotion-focused parenting interventions

ASD

Autism spectrum disorder

Bias, snedvridning, systematiskt fel

Ett resultatfel i forskningsprocessen som uppstår i en studies upplägg, genomförande, effektbedömning, publikation eller annan hantering av resultaten, och som inte beror på slumpen.

BVC

Barnavårdcentral

CBT

Cognitive behaviour therapy

cCBT

Computerized Cognitive Behavioral Therapy

DBT

Dialektisk beteendeterap

dTMS

Djup transkraniell magnetstimulering

ECT

Electroconvulsive therapy

Evidens

Bevis för att ett visst förhållande gäller.

Exklusionskriterier

Kriterier som fastställs för exkludering av studier.

GRADE

Internationellt utarbetat system för att bland annat göra en strukturerad bedömning av evidensgraden hos varje sammanvägt delresultat i en

systematisk litteraturoversikt.

iKBT

Internetbaserad kognitiv beteendeterapi

Inklusionskriterier

Villkor som ska vara uppfyllda för de studier som granskas.

IPT

Interpersonell terapi

KBT

Kognitiv beteendeterapi

Metaanalys

Statistisk analysmetod för att väga samman resultat från primärstudier av samma diagnosmetod, behandling eller intervention.

MVC

Mödravårdcentral

MVPA

Moderate to vigorous physical activity

ODD

Oppositional Defiant Disorder

PTSD

Posttraumatiskt stressyndrom

RCT

Randomiserade kontrollerade studier

rTMS

Repetitiv transkraniell magnetstimulering

SH

Self-harm

Systematisk översikt

Sammanställning av resultat från vetenskapliga undersökningar som med systematiska och tydligt beskrivna metoder har identifierats, valts ut och bedömts kritiskt och som avser en specifikt formulerad forskningsfråga.

TENS

Transkutan elektrisk nervstimulering

VR

Virtual reality, virtuell verklighet

10. Referenser

1. SKR. Första linjen 2020. Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020. [accessed March 9 2023]. Available from: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2021/03/F%C3%B6rsta-linjen-2020-nul%C3%A4gesbeskrivning-av-h%C3%A4lso-och-sjukv%C3%A5rdens-f%C3%B6rsta-linje-f%C3%B6r-barn-och-ungas-psykiska-h%C3%A4lsa.pdf>.
2. Regeringskansliet 2022: Uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Diarienummer: S2022/02309. Stockholm: Socialdepartementet. [accessed May 4 2023]. Available from: <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2022/05/uppdrag-att-genomfora-insatser-for-att-framja-stodja-och-folja-omstallningen-till-en-god-och-nara-var-d-for-att-forbatta-primarvardens-omhandertagande-av-psykisk-ohalsa/>.
3. Regeringskansliet 2021: Uppdrag att genomföra en förstudie avseende ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Diarienummer: S2021/06171. Stockholm: Socialdepartementet. [accessed May 4 2023]. Available from: <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2021/09/uppdrag-att-genomfora-en-forstudie-avseende-ett-nationellt-halsovardsprogram-for-barn-och-unga/>.
4. SKR. Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa 21/22. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022. [accessed March 14 2023]. Available from: https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2022/06/La%CC%88gesrapport-Fo%CC%88rsta-linjen-2022_final.pdf.
5. Socialstyrelsen. Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa. Stockholm; 2021. [accessed April 5 2023]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7284.pdf>.
6. SKR. Förstalinjeboken - Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa. Stockholm; 2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2018. [accessed March 14 2023]. Available from: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2020/03/Forsta-linjeboken.pdf>.
7. SKR. Subspecialiserad första linje för barn och ungas psykiska hälsa - erfarenheter från fem regioner: Sveriges Kommuner och Regioner, Uppdrag psykisk hälsa, Stockholms län; 2019. [accessed March 14 2023]. Available from: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/stockholmslan/wp-content/uploads/2019/06/Subspecialiserad-fo%CC%88rsta-linje-fo%CC%88r-barn-och-ungas-psykiska-ha%CC%88lsa-erfarenheter-fra%CC%88n-fem-regioner.pdf>.

8. Covidence systematic review software. Available at www.covidence.org. Melbourne, Australia: Veritas Health Innovation.
9. SBU. Mall för kvalitetsgranskning av systematiska översikter enligt AMSTAR In: Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok Bilaga 6. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.
10. SBU. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU. [accessed April 5 2023]. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/oversiktligt_bedoma_risken_snedvidning_systematiska_fel_systematiska_oversikter.pdf.
11. Axelsdottir B, Biedilae S, Sagatun A, Nordheim LV, Larun L. Review: Exercise for depression in children and adolescents - a systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Ment Health*. 2021;26(4):347-56. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/camh.12438>.
12. James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;2020(11). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013162.pub2>.
13. Jugovac S, O'Kearney R, Hawes DJ, Pasalich DS. Attachment- and emotion-focused parenting interventions for child and adolescent externalizing and internalizing behaviors: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2022. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00401-8>.
14. Krause KR, Courtney DB, Chan BWC, Bonato S, Aitken M, Relihan J, et al. Problem-solving training as an active ingredient of treatment for youth depression: A scoping review and exploratory meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2021;21. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03260-9>.
15. Pilling S, Fonagy P, Allison E, Barnett P, Campbell C, Constantinou M, et al. Long-term outcomes of psychological interventions on children and young people's mental health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2020;15(11 November). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236525>.
16. Seiffer B, Hautzinger M, Ulrich R, Wolf S. The Efficacy of Physical Activity for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Atten Disord*. 2022;26(5):656-73. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/10870547211017982>.
17. Viswanathan M, Kennedy SM, McKeeman J, Christian R, Coker-Schwimmer M, Cook Middleton J, et al. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Treatment of Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review. 2020.
18. Wickersham A, Barack T, Cross L, Downs J. Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Treatment of Depression and Anxiety in Adolescents: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2022;24(4). Available from: <https://doi.org/10.2196/29842>.
19. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and

- adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;2021(3). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>.
20. Baumel A, Mathur N, Pawar A, Muench F. Psychosocial interventions for children with externalized behavior problems: An updated meta-analysis of moderator effects. *Journal of Child and Family Studies*. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01863-6>.
 21. Bahji A, Pierce M, Wong J, Roberge JN, Ortega I, Patten S. Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior among Children and Adolescents: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2021;4(4). Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.6614>.
 22. Peters W, Rice S, Alvarez-Jimenez M, Hetrick SE, Halpin E, Kamitsis I, et al. Relative efficacy of psychological interventions following interpersonal trauma on anxiety, depression, substance use, and ptsd symptoms in young people: A meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2022. Available from: <https://doi.org/10.1111/eip.13265>.
 23. Uppendahl JR, Alokkan-Sever C, Cuijpers P, de Vries R, Sijbrandij M. Psychological and psychosocial interventions for PTSD, depression and anxiety among children and adolescents in low- and middle-income countries: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;10. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00933>.
 24. SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU Utvärderar 339. [accessed April 5 2023]. Available from: <https://www.sbu.se/339>.
 25. McDanal R, Parisi D, Opara I, Schleider JL. Effects of Brief Interventions on Internalizing Symptoms and Substance Use in Youth: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2022;25(2):339-55. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s10567-021-00372-2>.
 26. Stoll RD, Pina AA, Schleider J. Brief, Non-Pharmacological, Interventions for Pediatric Anxiety: Meta-Analysis and Evidence Base Status. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2020;49(4):435-59. Available from: <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1738237>.
 27. Christ C, Schouten MJE, Blankers M, van Schaik DJF, Beekman ATF, Wisman MA, et al. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(9). Available from: <https://doi.org/10.2196/17831>.
 28. Baker HJ, Lawrence PJ, Karalus J, Creswell C, Waite P. The effectiveness of psychological therapies for anxiety disorders in adolescents: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2021;24(4):765-82. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00364-2>.
 29. Cervin M, Lundgren T. Technology-delivered cognitive-behavioral therapy for pediatric anxiety disorders: A meta-analysis of remission, posttreatment anxiety, and functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2022;63(1):7-18. Available from: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13485>.

30. Daros AR, Haefner SA, Asadi S, Kazi S, Rodak T, Quilty LC. A meta-analysis of emotional regulation outcomes in psychological interventions for youth with depression and anxiety. *Nature human behaviour*. 2021;5(10):1443-57. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1038/s41562-021-01191-9>.
31. Eilert N, Wogan R, Leen A, Richards D. Internet-Delivered Interventions for Depression and Anxiety Symptoms in Children and Young People: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Pediatrics and Parenting*. 2022;5(2):e33551. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.2196/33551>.
32. Liang JH, Li J, Wu RK, Li JY, Qian S, Jia RX, et al. Effectiveness comparisons of various psychosocial therapies for children and adolescents with depression: a Bayesian network meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2021;30(5):685-97. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01492-w>.
33. James Lind Alliance (JLA). Southampton: National Institute for Health Research, Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre (NETSCC). James Lind Alliance. [accessed April 5 2023]. Available from: <https://www.jla.nihr.ac.uk/>.

11. Bilagor

- Bilaga 1 Sökdokumentation
- Bilaga 2 Sammanfattning systematiska översikter som bedömts ha måttlig risk för bias och vilken slutsats som författarna dragit
- Bilaga 3 Exkluderade studier (tabell med de studier som granskats och uppgift om exklusionskäl)

[Till bilagorna](#)