

Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

– En sammanställning av
systematiska översikter

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-016-9
Artikelnr 2013-1-8

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2013

Förord

Att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar och därigenom medverka till att de som behöver också får tidiga insatser är ett viktigt uppdrag för barnhälsovården och elevhälsan. I den här rapporten redovisar Socialstyrelsen det aktuella kunskapsläget om tillförlitligheten av bedömningsmetoder för att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar som är användbara för dessa verksamheter. Rapporten är en systematisk kunskapsöversikt av redan genomförda systematiska kunskapsöversikter och riktar sig till ansvariga inom barnhälsovård och elevhälsa, samt till forskare med intresse för metodutveckling inom området.

Rapporten utgör en del i Socialstyrelsens uppdrag att utarbeta, tillgängliggöra och kontinuerligt uppdatera vägledningar, rekommendationer och kunskapsöversikter för förlossnings-, nyföddhets- och barnhälsovård samt elevhälsa. Denna kunskapsöversikt är ett underlag för kommande vägledningar för barnhälsovård och elevhälsa.

Per Gustafsson och Lena Hansson har sammanställt rapporten. Margareta Bondestam har varit projektledare. Rapporten har granskats av Rose-Marie Nylander, Socialstyrelsen. Sven Bölte, Institutionen för kvinnor och barns hälsa, Karolinska Institutet och Tord Ivarsson, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Göteborgs Universitet har varit externa granskare. Ansvarig enhetschef har varit Susanna Wahlberg.

Sven Ohlman
avdelningschef
avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Tidig upptäckt av psykisk ohälsa</i>	8
Tillförlitlighet av bedömningsmetoder	8
Barnhälsovård och elevhälsa – hälsofrämjande och förebyggande verksamheter	9
Hälsoövervakning och hälsoundersökningar	9
Screening en del av hälsoövervakningen	9
Psykisk ohälsa hos barn	10
Kunskapsöversiktens syfte och frågeställning	11
<i>Genomförande av översikten</i>	12
Datakällor och sökstrategi	12
Inklusions- och exklusionskriterier	12
Urval	13
Granskning av översikternas kvalitet	13
Dataextraktion	15
<i>Resultat</i>	16
Inkluderade översikter och deras studiefokus	16
Beskrivning av de inkluderade översikterna	23
Generella tecken på psykisk ohälsa	23
Inåtvända problem – depression	25
Utagerande beteendeproblem	28
Missbruk	30
Självdestruktivitet	31
Andra psykiska symtom	31
Skyddsfaktorer för psykisk ohälsa	31
Åtstörningar	31
Mobbning	31
<i>Diskussion</i>	32
Översikternas innehåll och kvalitet	32
Screening	33
Metodologiska brister i primärstudierna	33
Metodernas användning i Sverige	33
Behov av standardiserade bedömningsmetoder	34
Begränsningar med översikten	34
Avslutande ord	35

<i>Referenser</i>	36
<i>Bilaga 1. Dokumentation av informationssökning</i>	39
<i>Bilaga 2. Mall för urvalsgranskning av översiktsartiklar</i>	47
<i>Bilaga 3. Mall för bedömning av översiktens systematik och kvalitet samt resultat</i>	50
<i>Bilaga 4. Mall för kvalitetsgranskning av diagnostiska studier – QUADAS</i>	52
<i>Bilaga 5. Exklusionsorsaker vid relevansgranskning</i>	53
<i>Bilaga 6. Beskrivning av de instrument som studeras i översikterna</i>	56

Sammanfattning

Socialstyrelsen har sammanställt det vetenskapliga underlaget från systematiska översikter som undersöker tillförlitligheten av bedömningsmetoder för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar inom ramen för verksamheter som barnhälsovård (BHV) och elevhälsa (EH). Kunskapen från dessa översikter kommer att ge oss underlag för vårt arbete att utforma en vägledning för BHV och EH. En viktig uppgift för dessa verksamheter är att i samband med hälsoundersökningar och hälsobesök upptäcka barn som behöver insatser för att förhindra framtida problem.

Socialstyrelsen hittade sju översikter som utvärderar bedömningsmetoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa relevanta för BHV och EH i internationella litteraturlösningsdatabaser. Områden som studerats i dessa översikter är

- alkohol- och drogproblem bland ungdomar 12–20 år (1 översikt)
- depression bland barn och ungdomar 6–18 år (3 översikter)
- generell psykisk ohälsa bland barn och ungdomar 5–18 år (2 översikter varav 1 som inte fann några relevanta studier)
- utagerande beteendeproblem bland barn 2–7 år (1 översikt).

Socialstyrelsen hittade inga översikter som sammanställer kunskap om bedömningsmetoder inom områden som själdestruktivitet, andra psykiska symtom, skyddsfaktorer för psykisk ohälsa, ätstörningar eller mobbning.

Vår kvalitetsgranskning av de sju översikterna visar att endast en har hög kvalitet, ingen översikt har medelhög kvalitet och de resterande sex översikterna har låg kvalitet. Trots den låga kvaliteten redovisar vi dessa översikter i rapporten eftersom de har relevans för området. Översikten med hög kvalitet undersöker tillförlitligheten av olika bedömningsmetoder för depression, men kunskapen kan inte anses vara aktuell eftersom endast litteratur publicerad före 2008 ingår. Sammantaget visar översikterna att studier om tillförlitligheten av bedömningsmetoder för psykisk ohälsa har bristfälliga underlag. Inom många områden saknas allmänt accepterade ”gold standard”-metoder för att identifiera psykisk ohälsa. Detta innebär att olika referensmetoder har använts för att bestämma bedömningsmetodens tillförlitlighet, vilket försvårar tolkningen av resultatet. Dessutom har ofta populationer inkluderats som inte helt överensstämmer med de som besöker BHV och EH. Det innebär att prevalensen av tillståndet är högre i dessa studier än vad som kan förväntas inom dessa verksamheter.

Socialstyrelsen ger inga rekommendationer eller diskuterar möjliga praktiska implikationer för BHV eller EH i denna rapport. Resultatet kommer att vägas in i de kommande vägledningarna för BHV och EH. Socialstyrelsen anser att det finns ett stort behov av att ta fram nya systematiska kunskapsöversikter om bedömningsmetodens tillförlitlighet inom alla områden som rör psykisk ohälsa. Dessutom behövs det initieras mer forskning där utprovning av bedömningsmetoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa faktiskt utförs inom de berörda verksamheterna.

Tidig upptäckt av psykisk ohälsa

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utarbeta, tillgängliggöra och kontinuerligt uppdatera vägledningar, rekommendationer och kunskapsöversikter för barnhälsovården (BHV) och elevhälsan (EH). Projektet som bedrivs under perioden 2010-2013 har till uppgift att

- inventera behovet av riktlinjer eller annan vägledning inom verksamhetsområdena
- ta fram riktlinjer eller annan vägledning utifrån aktuellt kunskapsunderlag
- sprida information om och erbjuda utbildningsinsatser

Projektet ska bidra till att stärka användandet av evidensbaserad praktik inom dessa verksamheter på regional och lokal nivå. Syftet med regeringsuppdraget är att uppnå en evidensbaserad, god och jämlik BHV och EH.

För att inventera behovet av nationella vägledningsdokument för BHV och EH har företrädare för de berörda professionerna identifierat önskvärda utvecklings- och förbättringsområden. Föräldraalliansen och elevrådsorganisationerna har också fått möjlighet att ge synpunkter på elevhälsans uppdrag och professionsföreträdarnas probleminventering. Resultatet från probleminventeringen redovisar Socialstyrelsen i rapporten *Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa. En kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning* [1]. Utifrån professionens prioriteringar kommer vi att i ett första skede koncentrera oss på att ta fram kunskapsöversikter som underlag för vägledningsdokument för psykisk ohälsa, utvecklingsavvikelse och somatiska undersökningar. I den här kunskapsöversikten undersöker vi bedömningsmetoder som kan användas inom BHV eller EH för tidig upptäckt av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar.

Tillförlitlighet av bedömningsmetoder

För att kunna utvärdera tillförlitligheten av en bedömningsmetod måste den jämföras med en referensmetod som anses kunna identifiera tillståndet eller frånvaro av tillståndet med hög säkerhet det vill säga en ”gold standard”. Ofta är dock de använda referensmetoderna sällan helt perfekta och inom många områden råder inte konsensus om vilken metod som anses bäst kunna identifiera tillståndet. När det gäller frågeformulär om psykisk ohälsa kan dessa besvaras av föräldrar, lärare eller barn och svaren visar sig inte alltid vara samstämmiga och kan variera beroende på område.

Det man undersöker i studier om bedömningsmetoder är i vilken utsträckning referensmetoden och det test som ska undersökas klassificerar tillståndet på samma sätt. Tillförlitligheten hos bedömningsmetoden uttrycks ofta i sensitivitet och specificitet. Sensitiviteten anger hur många av

dem som har tillståndet som vill upptäckas som korrekt klassificeras att ha tillståndet. Specificiteten anger andelen av de som inte har tillståndet som också klassificeras som att inte ha tillståndet. Ofta medför en ökad sensitivitet lägre specificitet och vice versa. Beroende på syftet med bedömningsmetodens användning, populationens sammansättning och prevalens, samt allvarsgrad av tillståndet måste avvägningar göras kring de två måttens tillförlitlighet. Det går också att beräkna positivt prediktionsvärde (PPV) och negativt prediktionsvärde (NPV). PPV anger andelen av dem som testar positivt som faktiskt har tillståndet medan NPV är ett uttryck för hur stor andel av dem som testar negativt som inte har tillståndet. Till skillnad från sensitivitet och specificitet är PPV och NPV beroende av prevalensen. Prediktionsvärdena kan användas vid planering av resurser som ska avsättas för vidare diagnostik av den enskilda patienten.

Barnhälsovård och elevhälsa – hälsofrämjande och förebyggande verksamheter

BHV och EH ska främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Det innebär att de ska främja fysisk och psykisk hälsa och goda sociala relationer samt förebygga sjukdomar och skador. Verksamheterna vänder sig till alla med till exempel vaccination, information om skadeprevention och rådgivning om goda levnadsvanor. En annan viktig uppgift är att vara uppmärksam på problem, sjukdomar och skador för att snabbt initiera olika insatser inom verksamheterna eller genom att remittera till specialistvård. Hälsoövervakningen ger stor möjlighet att uppmärksamma förhållanden som bör utredas vidare så att barnet och familjen kan ges nödvändigt stöd och behandling. Ett stöd för personalen att upptäcka olika problem kan därför vara standardiserade bedömningsmetoder (frågeformulär, skattningsskalor och observationer) med dokumenterad tillförlitlighet.

Hälsoövervakning och hälsoundersökningar

En central uppgift för BHV och EH är att genom hälsoövervakning uppmärksamma de barn som visar tecken på beteende- eller utvecklingsproblem [2]. Genom att tidigt upptäcka psykisk ohälsa kan barn ges insatser som ger dem förutsättningar att utvecklas optimalt trots sina problem. En viktig uppgift är alltså att upptäcka de barn som bör få insatser.

Screening en del av hälsoövervakningen

Skillnaden mellan hälsoövervakning och screening är inte alltid alldeles tydlig, men det är viktigt att skilja dem åt.

Hälsoövervakning

Med hälsoövervakning avser vi ett arbetssätt för att kontinuerligt följa barns hälsa och utveckling för att upptäcka de barn som behöver någon form av insats. Hälsoövervakning innehåller olika aktiviteter där bland annat screening kan ingå som ett moment. Andra aktiviteter är

- samtal med föräldrar om barnets hälsa och utveckling
- kartläggning av barnets aktuella hälsotillstånd och utveckling
- observationer och riktade undersökningsmoment som den insamlade informationen ger indikation för
- uppmärksamhet på risk- och skyddsfaktorer.

Screening

Syftet med screening är att särskilja de barn som har ett visst hälsoproblem från de som inte har det. När syftet är att upptäcka barn med psykisk ohälsa kan eventuellt en lägre specificitet vara mer acceptabel än en lägre sensitivitet. Det vill säga syftet är att undvika så många falskt negativa utfall som möjligt (att de som har tillståndet klassificeras som friska). Detta måste naturligtvis också ställas mot risken att belasta familjer med oron att deras barn har psykisk ohälsa när så inte är fallet.

Screening innebär en systematisk undersökning för att upptäcka individer som är omedvetna om att de har ohälsa eller är i riskzonen för att utveckla ohälsa [3]. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) bör vissa kriterier vara uppfyllda innan man kan införa screening [4]. Dessa handlar bland annat om sjukdomens betydelse ur ett folkhälsoperspektiv, tillförlitlighet av screeningmetoden, tillgång till effektiv behandling, acceptans för och kostnader för screening. Exempel på screeningmetoder är

- klinisk undersökning, som kontroll av höfter under barnets första levnadsmånader för att upptäcka höftledsluxation
- laboratorieprov, som PKU-provet på nyfödda
- frågeformulär, som EPDS för att upptäcka depression hos nyblivna mammor.

Generell och selektiv screening

Två olika angreppssätt för att uppmärksamma barn med avvikelser i sin utveckling kan beskrivas med begreppen *generell screening* och *selektiv screening* eller *riktad undersökning* [5, 6]. Med generell screening avses en standardiserad undersökning av alla barn i en viss åldersgrupp eller population. Selektiv eller riktad screening genomförs på riskgrupper, till exempel screening för ROP (en näthinnesjukdom) hos för tidigt födda barn.

Psykisk ohälsa hos barn

Psykisk ohälsa kan beskrivas som psykiska symtom som hindrar känslomässigt välbefinnande, optimal utveckling och delaktighet i vardagsaktiviteter. Symtomen kan komma till uttryck som inåtvända problem, till exempel i form av oro och nedstämdhet, eller som psykosomatiska symtom som huvudvärk och magont. Det är symtom som barn och ungdomar själva upplever besvärande men inte alltid kan förmedla till omgivningen. Psykisk ohälsa kan också komma till uttryck som utagerande beteende med stark inverkan på barnets uppväxtsituation, men utan att individen behöver uppleva ohälsa. Enskilda individer har ofta sammansatta problem varför det inte alltid är kliniskt relevant att göra denna uppdelning.

Det finns inga entydiga kriterier för att skilja mellan vad som kan uppfattas som normala eller adekvata reaktioner på en belastning och vad som kan uppfattas som psykisk ohälsa. Det är snarare ett kontinuum mellan det normala och det avvikande.

Kunskapsöversiktens syfte och frågeställning

Syftet med denna översikt är att

- sammanställa förekomsten av systematiska kunskapsöversikter som studerar relevanta bedömningsmetoder för BHV och EH för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa bland barn och ungdomar
- beskriva för vilka områden inom psykisk ohälsa som det finns respektive saknas systematiska översikter
- bedöma tillförlitligheten av de befintliga översikterna
- beskriva det vetenskapliga underlaget för metodernas effektivitet att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar i olika åldrar

Genomförande av översikten

Datakällor och sökstrategi

Socialstyrelsen har sökt i vetenskapliga databaser efter systematiska kunskapsöversikter som utvärderar metoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa. Vi hade som utgångspunkt att litteratursökningen som genomfördes inte bara skulle identifiera översikter som undersöker metoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa, utan även symtom på och risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa, samt tidiga insatser för psykisk ohälsa. Det vi redovisar i denna rapport avser dock endast metoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa. Det är också därför som vi utförde en relativt bred litteratursökning, det vill säga söktermerna fokuserade endast på populationen och området psykisk ohälsa. Sökningar efter systematiska kunskapsöversikter utförde vi i databaserna Cochrane, PsycINFO och PubMed. Vi gjorde sedan en kompletterande sökning i Cinahl för att fånga in studier från omvårdningsfältet. Sökstrategin togs fram i samarbete med Socialstyrelsens informationsspecialister och återfinns i bilaga 1. Sökningarna genomfördes i juni 2011 och ingen begränsning gjordes bakåt i tiden. Vi uppdaterade sökningarna i juni 2012 för att se om ytterligare översikter hade publicerats.

Inklusions- och exklusionskriterier

Socialstyrelsen använde följande kriterier för att hitta relevanta översiktsartiklar. Översikten ska studera bedömningsmetoder för att upptäcka tecken på psykisk ohälsa eller risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa bland barn och ungdomar 0–20 år. Områden som översikten ska beröra är antingen¹

- inåtvända problem, t.ex. depression, ångest, stress, sömnstörningar och förstämningssymtom
- utagerande beteendeproblem, t.ex. hyperaktivitet och uppmärksamhetsproblem samt norm- och regelbrytande beteende
- självdestruktivitet, t.ex. självmords- och självskadebeteende
- andra psykiska symtom, som psykotiska, dissociativa, anknytnings- eller personlighetsproblem
- skyddsfaktorer för psykisk ohälsa hos individen och omgivningen, t.ex. god självkänsla, tilltro till sin egen förmåga, stödjande relationer och egenkontroll
- missbruk
- ätstörningar
- mobbning.

¹ Se bilagorna 2 och 3 för mer detaljer.

I den här översikten har vi undersökt olika tecken på psykisk ohälsa, men även psykisk sjukdom som till exempel ätstörningar. Vi har även inkluderat områden som är relaterade till psykisk ohälsa, som missbruk och mobbning. Hos små barn kan psykisk ohälsa visa sig i form av sömnproblem, matvägran och skrikighet, men det har inte undersökts i denna översikt. Metoder för att identifiera riskfaktorer för psykisk ohälsa, som bristande föräldrafunktion ingår inte i detta arbete. Hos många barn finns det ofta en överlappning mellan psykisk ohälsa och avvikelser i deras utveckling. Parallellt med detta arbete om psykisk ohälsa har Socialstyrelsen även utfört en sammanställning av systematiska översikter om metoder för tidig upptäckt av utvecklingsavvikelser. Resultatet från den översikten redovisas i en separat rapport av Socialstyrelsen.

Metoderna ska vara användbara för BHV och/eller EH. Vi har därför exkluderat specifika bedömningsmetoder som kräver specialistkunskap. Likaså har vi exkluderat översikter som utvärderat bedömningsmetoder inom specialistvård, det vill säga använt sig av kliniska populationer. Vi inkluderade endast systematiska översikter och meta-analyser som publicerats i en peer-review-granskad tidsskrift eller i Cochrane collaboration databasen. Vi avgränsade sökningarna till översikter som publicerats på engelska, svenska, danska eller norska.

Urval

Socialstyrelsen utformade en granskningsmall (se bilaga 2) utifrån uppställda inklusions- och exklusionskriterier. I första fasen granskade två oberoende granskare översikternas titel och sammanfattningar. I detta skede inkluderade vi översikter där minst en av granskarna bedömde att kriterierna uppfylldes. Potentiellt relevanta översikter lästes sedan i fulltext, även här av två oberoende granskare. Granskarna jämförde därefter sina bedömningar och när de inte överensstämde fattade de konsensusbeslut. Innan studierna kvalitetsgranskades för systematik och generaliserbarhet genomfördes en grundligare relevansgranskning där endast de metoder som bedömdes vara lämpliga för användning inom BHV och EH inkluderades.

Granskning av översikternas kvalitet

Socialstyrelsen bedömde de inkluderade översikternas kvalitet utifrån hur arbetet med översikten genomförts och redovisats (se bilaga 3). De aspekter vi granskade har sin grund i bedömningsinstrumentet AMSTAR och internationella rekommendationer [7, 8]. De ingående översikterna har granskats av två oberoende personer och vid oenighet i bedömningarna har diskussion till konsensus följt. Vid behov har ytterligare en granskare involverats.

För att bedöma översiktens kvalitet har vi bland annat värderat dessa aspekter:

- Har översikten ett tydligt syfte eller frågeställning med avseende på: population (P), metod (I/E), referensmetod (C) eller utfallsmått (O)? Översikten ska ha uppfyllt alla dessa delar (se fråga 1 i bilaga 3).

- Har man gjort en tillräckligt omfattande databassökning (databaser valda utifrån översiktens fråga)? Två stora och relevanta databaser ska ha genom sökts (t.ex. PubMed, PsycInfo och CINAHL) (se fråga 3 i bilaga 3).
- Har databassökningen kompletterats och breddats med någon av följande strategier: handsökning av tidskrifter, referensuppföljning, kontakt med organisationer eller experter, internetsökning eller sökning efter grå litteratur? Minst en kompletterande sökmetod ska ha använts (se fråga 4 i bilaga 3).
- Urvalet ska ha gjorts av fler än en person och det ska finnas beskrivet en strategi för hur man har kommit överens vid en eventuell oenighet. Dubbelgranskning vid urvalet ska åtminstone gjorts som ett stickprov, där 50–100 på sammanfattningsnivå och 10–20 på fulltextnivå kan vara ett riktmärke. När urvalet av granskade primärstudier bara gjorts av en person kan det medföra att primärstudier missats som motsäger översiktens resultat (se frågorna 6 och 7 i bilaga 3).
- Minst två oberoende personer ska ha granskat tillförlitligheten i primärstudiernas resultat och det ska finnas en beskriven strategi för hur man kommit överens vid eventuell oenighet. Om detta inte uppfyllts finns det en risk att de slutsatser som författarna kommit fram till är resultat av subjektiva bedömningar av studiernas tillförlitlighet (se frågorna 10 och 11 i bilaga 3).

Andra kvalitetsaspekter som vi undersökte var om översikten tydligt redovisat de inkluderade och exkluderade primärstudierna. För de inkluderade studierna ska en tydlig beskrivning lämnas för design, population, metod, referensmetod, kontext, utfallsmått, uppföljningstid, bortfall och resultat. När översikten innehöll en meta-analys ska till exempel lämpliga metoder ha använts för att sammanväga resultat och publikationsbias ska ha undersökts. Tillförlitligheten hos översiktens ingående primärstudier ska ha utvärderats och gärna utifrån en checklista.

Vi använde QUADAS som mall för att bedöma i vilken utsträckning översikterna tagit hänsyn till eventuella begränsningar i de ingående primärstudiernas resultat (systematiska fel, så kallad bias) (se bilaga 4). Det innebär att översikten ska ha belyst eventuella systematiska fel i den studerade populationen, referenstestet, indextestet och i utförandet [9]. Författarna till översikten bör också ha redovisat eventuella intressekonflikter och forskningsfinansiering för själva översikten, men även för de ingående primärstudierna där så varit möjligt.

Generellt kan vi säga att en översikt med hög kvalitet uppfyller alla kriterier väl (*Ja* på i stort sett alla frågor). För medelhög kvalitet ska översikten ha uppfyllt alla kriterier förutom för fråga 3 (Har en tillräckligt omfattande databassökning gjorts?), 4 (Har databassökningen kompletterats och breddats med hjälp av någon annan sökmetod?) och 20 (Har intressekonflikter, jäv eller finansiering av översikten och de ingående primärstudierna deklarerats?). Om översikten inte uppfyllt frågorna 3 och 4 finns det risk för att sökningen efter litteratur inte blivit tillräckligt heltäckande, men att översikten i övrigt håller bra kvalitet i systematik och undvikande

av snedvridning av slutsatser. Vid låg kvalitet har översikten förutom att de inte uppfyllt fråga 3, 4 och 20 även brister i utförande och rapportering där viktig information utelämnats. Vi bedömde översikterna som uppdaterade om databassökningen var avslutad under 2008 eller senare.

Dataextraktion

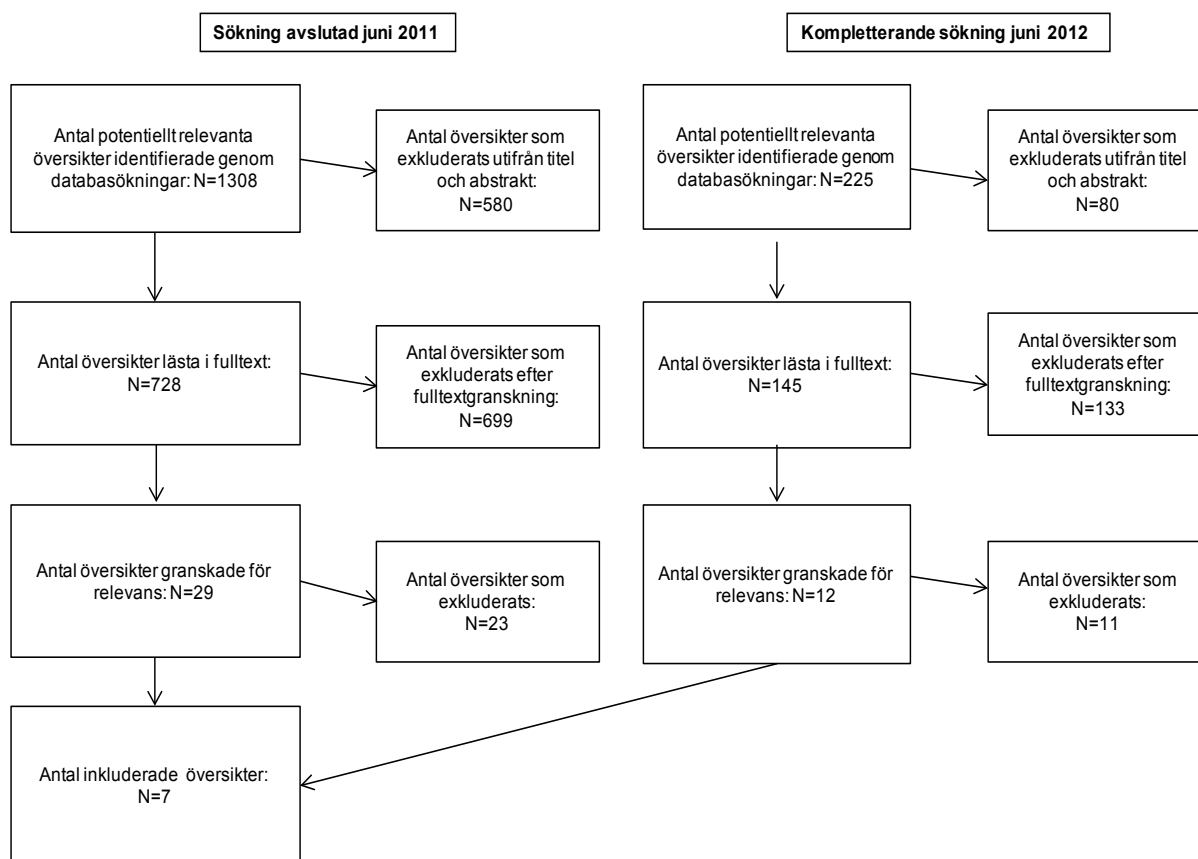
Data som extraherats från översikterna är information om den studerade populationen (ålder, kön, land, socioekonomi, etnicitet etc.), översiktens syfte, studietyp, studerade bedömningsmetoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa och referensmetoder samt utfall som sensitivitet och specificitet. Dataextraktionen genomfördes av en granskare och kontrollerades sedan av en andra. Vid detta arbete användes en extraktionsmall.

Resultat

Inkluderade översikter och deras studiefokus

I figur 1 redovisar Socialstyrelsen ett flödesschema över inklusionsprocessen. Vi avslutade sökningen juni 2011, vilket genererade 6 relevanta översikter. Vid den kompletterande sökningen juni 2012 hittade vi ytterligare 1 översikt, som bedömdes vara relevant för att gå vidare till en kvalitetsgranskning. En lista över de översikter som exkluderats och orsaken till det redovisar vi i bilaga 5.

Figur 1. Flödesschema över inklusionsprocessen.



Översikterna som vi inkluderade i kartläggningen undersökte bedömningsmetoder för att tidigt upptäcka

- generella tecken på psykisk ohälsa (n=2)
- inåtvända problem, dvs. depression (n=3)
- utagerande beteendeproblem (n=1)
- missbruk, dvs. alkohol- och drogproblem (n=1).

I tabell 1 på sidan 19 finns en sammanfattning av översikterna. Vi hittade inga översikter som studerar bedömningsmetoder för att tidigt upptäcka självdestruktivitet, andra psykiska symtom, skyddsfaktorer för psykisk ohälsa, ådstörningar eller mobbning.

De flesta översikterna skulle behöva uppdateras eftersom ingen inkluderar primärstudier publicerade senare än 2008, förutom översikten om alkohol- och drogproblem. Den översikten har dock bristfällig kvalitet. De tre översikterna som handlar om screening av depression har något olika fokus, inklusionskriterier och angreppssätt. Studien av Zuckerbrot och medarbetare (2006) identifierades av Williams och medarbetare (2009) och primärstudier av tillräckligt hög kvalitet från den översikten är inkluderade i översikten av Williams och medarbetare.

Översikterna inkluderar i huvudsak skolbarn, medan barn yngre än 6 år endast har studerats i den översikt som belyser utagerande beteendeproblem. I alla översikter ingår studier gjorda i USA, men också populationer från Europa. Inga svenska studier återfanns i översikterna, varför det inte går att bedöma interkulturell validitet och genomförbarhet i Sverige, inte minst för att sjukvårdssystemen i andra länder kan skilja sig från svenska förhållanden. Få översikter analyserade data om ålder och kön på grund av att primärstudierna inte separerat resultaten för dessa faktorer. Betydelsen av socioekonomisk situation och etnicitet har inte heller kunnat värderas eftersom primärstudierna inte varit tillräckligt många för en sådan analys.

Två av översikterna var meta-analyser och de övriga var narrativa översikter. Den översikt som handlar om utagerande beteendeproblem hos förskolebarn sammanfattar longitudinella studier. I de övriga analyserar man bedömningsmetodernas förmåga att upptäcka psykisk ohälsa baserade på tvärsnittsstudier, dock uttalar man sig i två av dessa även om fynd efter en behandlingsperiod. Alla översikter rapporterar om studier av bedömningsmetoder för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar antingen inom primärvård, i förskola och skola eller vid screening i befolkningen. I två av de tre översikterna om depressiva symtom har man även följt upp de tänkbara vinsterna eller riskerna med screening.

Vi fann att endast en översikt uppfyllde i stort sett alla kvalitetskriterier och värderas ha hög kvalitet. De andra sex översikterna uppfyllde till exempel inte kravet på att urvalet och värderingen av primärstudiernas tillförlitlighet ska ha utförts av fler än en person (bilaga 3). Det är med andra ord ofta oklart kring hur processen med granskning av tillförlitlighet gått till. För en översikt har vi inte kunnat bedöma alla kvalitetsaspekter eftersom den inte hittade några primärstudier som svarade på frågeställningen. Utifrån sök- och urvalsstrategin för översikten bedöms denna studie dock ha låg kvalitet. Sammantaget visar kvalitetsgranskningen att endast en av de sju identifierade översikterna har hög kvalitet medan övriga har låg kvalitet.

Tabell 1. Beskrivning av de inkluderade översikterna.

Översikt	Syfte	Sökperiod och databaser	Population	Undersökt metod	Referensmetod	Utfall	Resultat / slutsats	Kvalitet
Generell psykisk ohälsa								
Fothergill et al. 2003 [10]	Att undersöka effektiviteten av screeningverktyg för att upptäcka psykisk ohälsa bland ungdomar som används av skolsköterskor inom skolan.	1990–oklart, PubMed, ClinPsych och Assia					Inga studier som svarade på frågeställningen kunde hittas.	Låg
Warnick et al. 2008 [11]	Att undersöka olika symtomskalors förmåga att upptäcka barn och ungdomar med psykisk ohälsa.	Databasernas startdatum–nov 2006, Medline, PsycInfo, Embase, Cinahl och Cochrane CRCT.	5–18 år i Australien, Europa och USA. Bortfall 5–70 %.	CBCL och SDQ	Strukturerad intervju och/eller diagnos ställd av kliniker.	<p><i>CBCL-total</i> SE=66 %, SP=83 %; <i>CBCL-ångest</i> SE=61 %, SP=76 %, <i>CBCL-utagerande</i> SE=59 %, SP=79 %; <i>CBCL-uppmärksamhet</i> SE=71 %, SP=72 %</p> <p><i>SDQ-total</i> SE=49 %, SP=93 %, <i>SDQ-ångest</i> SE=54 %, SP=83 %, <i>SDQ-utagerande</i> SE=75 %, SP=91 %, <i>SDQ-uppmärksamhet</i> SE=73 %, SP=85 %</p>	Författarna menar att det finns indikation på att både CBCL och SDQ kan användas som tillförlitliga bedömningsinstrument i en normal befolkning. Användandet av olika referensmetoder och cut-offs för att definiera tillståndet försvårar dock tolkningen av resultatet.	Låg

Översikt	Syfte	Sökperiod och databaser	Population	Undersökt metod	Referensmetod	Utfall	Resultat / slutsats	Kvalitet
Inåtvända problem – depression								
Cuijpers et al. 2006 [12]	Att undersöka hur många elever som behöver screenas för depression för att en elev med egentlig depression ska upptäckas ("numbers needed to screen").	1996–juni 2005, PubMed, PsycInfo, Embase och Cochrane CRCT.	9–18 år i Australien, Belgien och USA. Bortfall 0–21 %.	BDI, CDI och CES-D	Uppföljning med samma test.	Antal som behöver screenas för att upptäcka ett fall var 31 (95 % KI 27–32). Ingen information om SE, SP PPV eller NPV.	Författarna sammanfattar att det behövs mer studier med högre kvalitet för att kunna uttala sig om möjligheten att införa tidig screening och intervention för depression.	Låg
Williams et al. 2009 [13]	Att undersöka effekterna av rutinmässig screening i primärvården för tecken på egentlig depression hos barn och ungdomar.	1998–maj 2007, Dare, Cochrane DSR, Medline och PsycInfo	5–18 år, USA. Bortfallet är inte tydligt beskrivet.	BDI, BDI-PC, CES-D, CIS-R, PHQ-A och SDQ.	Oklart, troligen någon form av diagnostisk intervju.	<i>BDI</i> SE=77–100 %, SP=77–96 %, PPV=10–56 %, NPV=99–100 % <i>CES-D</i> SE=18–84 %, SP=38–83 %, PPV=8–25 %, NPV=99 % <i>CIS-R</i> SE=18 %, SP=97 %, PPV=49 %, NPV=91 % <i>PHQ-A</i> SE=73 %, SP=94 %, PPV=56 %, NPV=97 % <i>SDQ</i> SE=33–63 %	Författarna drar slutsatsen att det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att de undersökta screening-instrumenten korrekt upptäcker depression bland barn och ungdomar. Författarna anser dessutom att det saknas underlag för att rekommendera att man inför allmän	Hög

Översikt	Syfte	Sökperiod och databaser	Population	Undersökt metod	Referensmetod	Utfall	Resultat / slutsats	Kvalitet
							screening i primärvården för barn och unga.	
Zuckerbrot och Jensen. 2006 [14]	Att undersöka det vetenskapliga stödet för olika metoder som används inom primärvård för att upptäcka ungdomar med depression.	1966–dec 2004, Medline.	11–20 år i Kanada, Storbritannien och USA. Bortfallet är inte redovisat.	BDI-PC, PHQ-A, MFQ och STQ.	Diagnostisk eller semistrukturerad klinisk intervju.	<i>BDI-PC</i> SE=91 %, SP=98 %, PPV=56 %, NPV=99 % <i>MFR</i> SE=20–43 %, SP=86–87 %, PPV=38 % <i>PHQ-A</i> SE=73 %, SP=94 %, PPV=56 %, NPV=97 % <i>STQ</i> SE=80–88 %, SP=91–93 %, PPV=43–71 %, NPV=80–95 %	Författarna summerar att det behövs mer forskning om bedömningsmetoder för att upptäcka depression bland ungdomar och ifall sådan upptäckt förbättrar utfallet för patienten.	Låg

Översikt	Syfte	Sökperiod och databaser	Population	Undersökt metod	Referensmetod	Utfall	Resultat / slutsats	Kvalitet
Utagerande beteendeproblem								
Moreland och Dumas. 2008 [15]	Att undersöka om utagerande beteendeproblem kan särskiljas från normalt beteende hos förskolebarn och ifall en kategorisk klassificering eller en dimensionell mätning är mest tillförlitligt och användbar.	1986–2006, PsycInfo och Medline.	2–6 år i Europa och USA. Bortfallet är inte redovisat.	CBCL, CTRS, ECI-4, DBDRS, K-SADS-E, PASEC och SNAP.	Uppföljning med samma test samt jämförelse mellan dimensionella och kategoriska data.	I 83 % av fallen kunde barn med utagerande beteende särskiljas från barn med normalt beteende. Ett dimensionellt mått upptäckte dessa barn lika bra som ett kategoriskt mått. Ingen information om SE, SP, PPV eller NPV.	Författarna anser att tidigt utagerande kan särskiljas från normalt beteende med tillgängliga bedömningsmetoder.	Låg

Översikt	Syfte	Sökperiod och databaser	Population	Undersökt metod	Referensmetod	Utfall	Resultat / slutsats	Kvalitet
Missbruk								
Dhalla et al. 2011 [16]	Att undersöka validiteten av ett specifikt instrument (CRAFT) för att upptäcka ungdomars alkohol- och drogproblem	1980–oklart, PsycInfo, Medline, Cochrane, Embase och Google scholar.	12–20 år i USA, Schweiz och Singapore. Bortfallet är inte redovisat.	CRAFT	Främst olika typer av diagnostiska intervjuer.	SE=61–100 % SP=56–97 % PPV=2–76 % NPV=79–100 %	Författarna anser att CRAFT har adekvat tillförlitlighet att upptäcka ungdomar med alkohol- och drogproblem. Befolkningsstudier är dock få och referensmetoderna som använts skiljer sig åt mellan studierna.	Låg

BDI=Beck's Depression Inventory; BDI-PC=Beck's Depression Inventory for Primary Care; CBCL=Child Behavior Checklist; CDI=Children's Depression Inventory; CES-D=Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; CRAFT=Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble Questionnaire; CTRS=Conner's Teacher Rating Scale; DBDRS=Disruptive Behavior Disorders Rating Scale; DPS=Diagnostic Predictive Scale;; ECI-4=Early Childhood Inventory-4; K-SADS-E=Kiddie Schedule for Affective disorders and Schizophrenia Epidemiological version; MFR=Mood and Feelings Questionnaire; PASEC=Physical Aggression Scale for Early Child; PHQ-A=Patient Health Questionnaire for Adolescents; SDQ=The Strength and Difficulties Questionnaire; SNAP=Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire; STQ=Safe Time Questionnaire. SE=sensitivitet; SP=specificitet; PPV=positivt prediktivt värde; NPV=negativt prediktivt värde

Beskrivning av de inkluderade översikterna

I det här avsnittet beskrivs de inkluderade översikternas syfte, resultat och författarnas slutsatser samt Socialstyrelsens bedömning av översikternas kvalitet.

Generella tecken på psykisk ohälsa

Inom detta område hittade Socialstyrelsen två översikter, varav båda har värderats ha låg kvalitet. Sökningarna är gjorda före 2008 och översikterna kan därför inte anses vara uppdaterade.

Fothergill et al. 2003

Syfte

Syftet med översikten var att upptäcka och utvärdera effektiviteten av screeningverktyg som skolsköterskor kan använda för att upptäcka emotionella, psykologiska och beteendemässiga problem hos skolungdomar.

Resultat

Inklusionskriterierna för översikten var att skolsjuksköterskor skulle delta och att studien utvärderade screeningverktyg för ungdomar inom skolan och skolhälsovården. Översikten kunde inte hitta några studier som utvärderat screeningverktyg för den aktuella målgruppen.

Kvalitetsgranskning

Baserat på den information som getts om sökstrategi och urvalsgranskning har vi bedömt att översikten har låg kvalitet (bilaga 3). Översikten är i högsta grad relevant men gammal och en ny kunskapsöversikt på området skulle därför behövas.

Warnick et al. 2008

Syfte

Avsikten med översikten var att studera förmågan hos två symtomskalor (se bilaga 6 för en kort beskrivning) att upptäcka barn och ungdomar med tecken på psykisk ohälsa. Symtomskalorna var Child Behavior Checklist (CBCL) och Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Syftet var också att jämföra de båda instrumentens effektivitet.

Resultat

För att ingå i översikten skulle studierna presentera data för barn och ungdomar 5 till 18 år gamla som antingen sökt kontakt med barnpsykiatrisk verksamhet eller undersökts i en befolkningsstudie. Analysen fokuserade på

ett formulär ifyllt av vårdnadshavare. Studierna skulle innehålla jämförande data från en standardiserad diagnostisk procedur, antingen i form av en strukturerad intervju eller som en klinikbaserad bedömning. För instrumentet CBCL hittades 29 studier med totalt 11 146 barn och ungdomar, och 17 av dem hade ett deltagarantal på mer än 150 stycken barn. Andelen pojkar varierade mellan 45 till 100 procent. För SDQ hittades tre studier med totalt 10 424 barn. Två av studierna hade ett deltagarantal över 150 och ungefär 50 procent var pojkar. Alla 32 studierna inkluderades i analyserna. Barnen levde i olika länder och under olika etniska och socioekonomiska förhållanden.

CBCL hade högst sensitivitet, 66 procent (konfidensintervall, KI: 60–73), det vill säga, instrumentet hade bäst förmåga att korrekt klassificera de som har generell psykisk ohälsa. SDQ var dock mer specifik, 93 procent (KI: 92–94), instrumentet hade bäst förmåga att korrekt klassificera de som inte har generell psykisk ohälsa. Vi hittade inga studier som hade jämfört instrumenten med samma population, varför vi inte kan uttala oss om vilket instrument som är mest effektivt att använda för att mäta barns allmänna psykiska hälsa. En indirekt jämförelse av de båda instrumentens effektivitet gjordes genom att jämföra deras *likelihoods ratio* (LR), det vill säga, sannolikheten för ett specifikt testresultat hos en patient med problemet i jämförelse med sannolikheten för samma testresultat hos en patient utan problemet. Ingen skillnad kunde hittas i LR för de båda instrumenten. Författarna poängterar dock att det finns problem med denna jämförelse eftersom SDQ främst har studerats i Europa och Australien medan CBCL utförts mestadels i USA.

Bedömningsmetodernas sensitivitet och specificitet var desamma såväl i kliniska populationer som i befolkningspopulationer. En stor skillnad i de olika studierna är dock användandet av olika cut-offs för att diskriminera mellan fall och kontroller, vilket givetvis gör det svårt att jämföra specificiteten och sensitiviteten mellan studier. Bristen på en allmänt accepterad referensmetod försvårar jämförelsen ytterligare, vilket också visade sig i att ingen av studierna på CBCL och SDQ använde sig av samma referensmetod.

Kvalitetsgranskning

Socialstyrelsen bedömde att översikten har låg kvalitet. Framförallt har inte dubbelgranskning utförts vid urvalet av studierna, värderingen av de ingående primärstudiernas tillförlitlighet och vid dataextraktionen (bilaga 3). Däremot har en checklista använts för att värdera tillförlitligheten, men alla aspekter av tillförlitlighet för metoder och instrument har inte granskats. Översikten är något gammal och skulle också behöva uppdateras.

Inåtvända problem – depression

Inom detta område hittade Socialstyrelsen tre översikter, varav vi bedömer att en har hög kvalitet och de andra låg. Översikten med hög kvalitet är en uppdatering av en av översikterna med låg kvalitet. Sökningarna är gjorda före 2008 och en uppdatering skulle därför behöva göras.

Cuijpers et al. 2006

Syfte

Avsikten med denna översikt var att undersöka hur många elever som behöver screenas för depression i skolan för att upptäcka en elev med depression.

Resultat

För att ingå i denna översikt skulle studien genomföra en systematisk screeningprocedur i en skola för att upptäcka elever upp till 18 års ålder med egentlig depression eller alarmerande depressiva symtom. Därefter jämfördes effekten av en psykologisk behandling av de upptäckta ungdomarna med kontroller i en randomiserad kontrollerad studie (RCT). Ingen begränsning i språk gjordes.

Av 766 funna artiklar inkluderades åtta för granskning. I dessa studier hade man systematiskt screenat för depression eller depressiva symtom, och därefter genomfört behandling som jämfördes med en kontrollgrupp. De instrument som använts i de olika studierna var Beck's Depression Inventory (BDI), Children's Depression Inventory (CDI) och Center for Epidemiological Studies – Depression scale (CES-D) (bilaga 6). Åldern varierade mellan 7–19 år där fem studier fokuserade på yngre skolbarn (7–14 år) och tre på äldre skolbarn (12–19 år). Det är oklart om studier har exkluderats utifrån kvalitet och i åtta studier fanns det oklarheter om randomiseringen var blindad eller inte. Blindning av mätningen av utfallet gjordes bara i tre studier.

Interventioner där skolbarn screenades och senare fick behandling för depression kunde påvisa en märkbar effekt. Utifrån en skolklass på 30 elever skulle alltså en elev upptäckas via screening och bli effektivt behandlad. Det skulle innebära att i en skola på 1000 elever skulle 32 elever med depression upptäckas och remitteras till tidig intervention. Brister finns dock i underlaget. Det finns få studier och de har metodologiska svagheter. Uppföljning av olika utfall saknas och uppföljningarna som gjorts i en del studier är korta. Upptäckt av depression gjordes med olika skalor och endast en av de åtta studierna hade bekräftat resultatet med en diagnostisk intervju. Det finns ingen information om sensitivitet eller specificitet.

Kvalitetsgranskning

Socialstyrelsen har bedömt att översikten har låg kvalitet. Processen för att hitta studier, dataextraktion och bedömning av studiernas tillförlitlighet är

oklar. Författarna nämner att de gjort en kvalitetsgranskning, men uppgifterna om vad de granskat är bristfälliga. Sökningen efter litteratur avslutades i juni 2005 och en uppdatering skulle behövas.

Williams et al. 2009

Syfte

Syftet med denna översikt var att undersöka effekterna av rutinmässig screening i primärvården för tecken på egentlig depression hos barn och ungdomar. Översikten hade fem nyckelfrågor som den skulle belysa:

1. Kan screening för depression hos barn i en primärvårdskontext förbättra hälsoutfallet, och ökar screening för depression andelen patienter som upptäcks eller behandlas för depression?
2. Kan instrument för depressionsscreening adekvat upptäcka depression i primärvård eller skolhälsovård?
3. Vad finns det för risker med att screena?
4. Förbättras hälsoutfallet för barn som screenats inom primärvård eller skolhälsovård och sedan behandlats för depression?
5. Finns det sidoeffekter av behandlingen?

Resultat

Översikten skulle inkludera barn och ungdomar mellan 7 och 18 år som undersökts inom primärvården, skolhälsovården eller liknande. För den första frågan hittade man inga studier. Av 3418 funna artiklar inkluderades nio för granskning för fråga två, dvs. vilka metoder som kan upptäcka depression hos barn och ungdomar. Studierna inkluderade sex olika screeninginstrument: Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), BDI, BDI för primärvård (BDI-PC), SDQ, CES-D och Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R) (se bilaga 6). Två av studierna var utförda inom primärvård, en som befolkningsstudie och sex på skolbaserade populationer där skolhälsovården inte utfört screeningen. De flesta studier har inkluderat barn från 11 år och uppåt. En studie som använde SDQ undersöker barn mellan 5 och 10 år.

Fem studier, varav två studier med två olika cut-offs, utvärderade BDI (n=2499). Två studier, varav en studie med två olika cut-offs, utvärderade CES-D (n=2036), en studie CIS-R (n=170), en studie PHQ-A (n=241) och en studie SDQ (n=7984). För BDI varierade sensitiviteten mellan 77 och 100 procent och specificiteten var 65–96 procent. För PHQ-A var sensitiviteten 73 procent och specificiteten 94 procent. För CES-D varierade sensitivitet mellan 18 och 85 procent. Vid en cut-off på 22 för pojkar var sensitiviteten 18 procent medan den var 83–85 procent för flickor vid samma cut-off och för både pojkar och flickor vid cut-off 12. Specificiteten varierade mellan 38 och 83 procent för CES-D, den lägsta specificiteten återfanns för pojkar (49 procent) och flickor (38 procent) vid ett cut-off på 12. För SDQ var specificiteten 33–63 procent. Det lägsta värdet är för barn 11–15 år som självrapporterar och högsta värdet är för skattningar av både barn och vårdnadshavare. Sensitiviteten var inte redovisad. Instrumentet CIS-R hade en sensitivitet på 18 procent och en specificitet på 97 procent.

Alla primärstudier värderades ha medelhög kvalitet. Få studier har använt sig av samma åldersgrupp, instrument eller referensmetod, vilket gör det svårt att generalisera utifrån resultaten. Alla studier hade metodologiska svagheter som icke slumpmässiga urval, lång tid mellan screening och diagnostisk intervju, högt bortfall, få deltagare samt tveksamma referensmetoder. Det fanns få studier på yngre barn och dessa tenderade också att ha sämre kvalitet.

Författarna hittade inga studier som utvärderar risker med att screena för depression.

Författarna fann 18 randomiserade kontrollerade studier med medelhög till hög kvalitet som rapporterade om barn och ungdomars utfall efter behandling med antingen läkemedel som selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), psykoterapi eller dessa två i kombination. Av de nio studier som utvärderat SSRI-preparat inkluderade sex studier barn 6–8 år och uppåt. Den sammanvägda riskdifferensen i respons på SSRI-behandling var 12 procent (KI: 7–16) mellan interventions- och kontrollgruppen. Ingen av interventionerna som använt psykoterapi inkluderar barn under 9 år. I nio av de tio psykoterapiinterventionerna hade det skett en större reduktion av depressiva symtom i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Ingen av de tio interventionerna var dock helt identiska utan innehöll olika komponenter. Detsamma gällde karaktären på kontrollgrupperna. Endast en studie testade psykoterapi och SSRI i kombination. Ungdomar 12 år och över ingick i studien och resultaten tyder på att det är effektivt jämfört med placebo.

Sidoeffekter av SSRI-preparat utvärderades i nio studier. En sammanvägd absolut ökad risk för självmordstankar eller självmordsbeteende uppskattades till 2 procent. Detta skulle innebära att 1 av 50 patienter som behandlas med SSRI-preparat har risk för att utveckla självmordstankar eller självmordsbeteende på grund av behandlingen. Inga självmord rapporterades från dessa studier. Det är osäkert om SSRI i kombination med psykoterapi skulle kunna vara skyddande i förhållande till självmordsrik eftersom detta endast studerats i en studie.

Författarna fann inga studier som utvärderat nyttan med screening inom primärvården för depression bland barn och ungdomar. Det innebär att det inte finns några studier som både utvärderat screeninginstrument för depression och interventioner för depression samt andra komponenter man ska ta hänsyn till vid allmän screening.

Kvalitetsgranskning

Socialstyrelsen har bedömt att översikten har hög kvalitet. Det saknas dock information om primärstudiernas bortfallsfrekvens och eventuella intressekonflikter. Författarna noterar att studierna använder sig av olika typer av referensmetoder, vissa med tveksam validitet, men det saknas information i översikten om vilka referensmetoder primärstudierna använt. Sökning av primärstudier avslutades i maj 2007 och en uppdatering av översikten skulle därför behövas.

Zuckerbrot och Jensen 2006

Syfte

Syftet med denna översikt var att undersöka vad det finns för vetenskapligt stöd för de olika bedömningsmetoder som används inom primärvård för att upptäcka depression bland ungdomar.

Resultat

För att inkluderas i översikten skulle översikten inkludera ungdomar (över 10 år) som undersökts i primärvården. Rena befolkningsstudier inkluderades inte. Författarna accepterade endast studier utförda i engelskspråkiga länder. Målet med översikten var att rapportera uppgifter kring sensitivitet, specificitet, positivt prediktivt värde (PPV) och negativt prediktivt värde (NPV) för varje instrument, men detta rapporterades bara tillfredsställande i 5 av 25 relevanta studier. Dessa fem studier inkluderade följande instrument: BDI-PC, Mood and Feelings Questionnaire (MFQ), PHQ-A, och Safe Times Questionnaire (STQ).

De fem primärstudierna har använt sig av olika typer av referensmetoder och ingen använde sig av samma instrument. En studie var en uppföljning av en tidigare studie. Två studier, som använde samma referensmetod (PRIME-MD mood module) och liknande population (ålder 12–18 år med en prevalens av depression på 12 procent) men olika instrument, hade likvärdiga värden för specificitet, PPV och NPV. Sensitiviteten var dock bättre för instrumentet MFQ (91 procent) jämfört med PHQ-A (73 procent).

Kvalitetsgranskning

Socialstyrelsen har bedömt att översikten har låg kvalitet. Det saknas information om processen för att finna relevanta studier, dataextraktion och värdering av de ingående primärstudiernas kvalitet. Sökningen efter relevant litteratur är inte tillräckligt omfattande (endast en databas). Denna översikt har uppdaterats av Williams och medarbetare (2009), som bara inkluderat studier med tillräckligt hög kvalitet. Det resulterade i att endast två av de fem identifierade studierna av Zuckerbrot och medarbetare (2006) inkluderades av Williams och medarbetare.

Utagerande beteendeproblem

Inom detta område har Socialstyrelsen funnit en översikt. Översikten är något gammal och skulle behöva uppdateras. Den skulle även behöva utföras mer systematiskt.

Moreland och Dumas 2008

Syfte

Syftet med översikten var att undersöka metoder för att skilja utagerande beteendeproblem från normalt beteende hos förskolebarn och om ett sådant

beteende är stabilt över tid, samt ifall en kategorisk klassificering eller en dimensionell mätning är mest tillförlitlig och användbar.

Resultat

Inklusionskriterier för översikten var att primärstudierna skulle innefatta följande:

- barn mellan 2 och 7 år
- minst 25 deltagare
- beteendeskattningar gjorda av vårdnadshavare och/eller förskolepersonal
- en jämförelsegrupp (normalpopulation)
- en beskrivning av samma grupp barn vid minst två tillfällen (vid längre uppföljningar analyserades den först publicerade artikeln från studien).

Översikten inkluderar 26 studier och totalt ingick 4 536 barn mellan 2 och 6 år (medeltal 3,2 år). I 9 av studierna finns fler än 150 deltagare. Alla studier rapporterar inte könsfördelningen, men författarna uppskattade ändå att pojkar utgjorde två tredjedelar av de deltagande barnen. De skattningsskalor som inkluderades var; CBCL, Conner's Teacher Rating Scale (CTRS), Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (DBDRS), Early Childhood Inventory-4 (ECI-4), Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Epidemiological version (K-SADS-E), Physical Aggression Scale for Early Child (PASEC) och Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP) (bilaga 6).

Endast två studier hade jämfört en kategorisk klassificering av tidigt utagerande beteendeproblem med ett dimensionellt mått på problemen. Författarna påpekar också att det finns metodologiska svagheter i de båda studierna. Båda angreppssätten gav dock starka effektstorlekar mellan gruppen som har tillståndet jämfört med en normalpopulation. Relationen mellan det kategoriska och det dimensionella måttet var också starkt, det vill säga ett barn som upptäckts ha ett utagerande beteendeproblem med ett kategoriskt mått kommer med 99 procent sannolikhet att bli skattad på samma sätt med ett dimensionellt mått.

Av de 26 studierna undersökte 21 stabiliteten av tidigt utagerande beteendeproblem med antingen ett kategoriskt ($n=6$) eller ett dimensionellt ($n=15$) mått. När ett kategoriskt mått användes är sannolikheten 86 procent att barn med tidigt utagerande beteendeproblem vid baslinjen visar samma symptom vid uppföljningen jämfört med barn som inte upptäckts ha utagerande beteendeproblem vid baslinjen. För ett dimensionellt mått var motsvarande siffra 96 procent.

Förmågan att särskilja ett barn med tidigt utagerande beteendeproblem från barn utan skiljde sig inte åt beroende på om måttet hade ett kategoriskt eller ett dimensionellt angreppssätt. Resultatet baseras på 14 studier, 11 som använde ett kategoriskt mått och 3 som använde ett dimensionellt. I 83 procent av fallen kunde man särskilja ett barn som remitterats för sitt utagerande beteendeproblem jämfört med ett barn från normalpopulationen som inte remitterats för tillståndet. Det enda instrument som ansågs mäta utagerande beteendeproblem dimensionellt var CBCL. Därför kan

jämförelsen också ses som en jämförelse mellan CBCL och övriga mått på utagerande beteende.

Kvalitetsgranskning

Socialstyrelsen har bedömt att översikten har låg kvalitet. Framförallt finns det ingen uppgift på om flera personer har funnit de inkluderade studierna och värderat de ingående primärstudiernas tillförlitlighet (bilaga 3). Ingen information finns heller om författarna gjort någon granskning av de inkluderade primärstudiernas tillförlitlighet. Det är därför troligt att resultatet bygger på alla studier som funnits oavsett kvaliteten på dem, vilket innebär att det är stor risk för en snedvridning av resultatet. Översikten är något gammal och skulle också behöva uppdateras.

Missbruk

Socialstyrelsen fann en nyligen genomförd översikt, men den har värderats ha låg kvalitet.

Dhalla et al. 2011

Syfte

Syftet med översikten var att undersöka validiteten (sensitivitet, specificitet, positivt och negativt prediktivt värde) av frågeformuläret Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble Questionnaire (CRAFFT). CRAFFT är speciellt utformat för ungdomar och ska upptäcka alkohol- och drogproblem.

Resultat

För att en studie skulle kunna ingå i översikten skulle den utvärdera CRAFFT-instrumentet, och något av de ovan nämnda validitetsmåten skulle finnas rapporterade. CRAFFT-instrumentet skulle ha jämförts mot någon typ av referensmetod, till exempel diagnostisk intervju, strukturerad intervju eller mer omfattande frågeformulär. Studierna skulle vara skrivna på engelska och publicerade i en peer-review-granskad tidskrift. Översikten inkluderar 11 studier, varav 9 utförts i USA, 1 i Schweiz och 1 i Singapore. Av dessa 11 studier var 4 utförda inom primärvård eller i normalpopulation och resterande inom specialistvård. Referensmetoderna var alla baserade på DSM-IV och var både diagnostiska intervjuer och frågeformulär. Åldern sträckte sig mellan 12 och 20 år. Det finns ingen information om antalet deltagare i de olika primärstudierna.

Sensitiviteten varierade mellan 61 och 100 procent och specificiteten mellan 33 och 97 procent. Olika cut-offs har använts i studierna beroende på vilken patientpopulation som undersökts. För studier inom primärvård och befolkningsstudier var sensitiviteten 61–100 procent och specificiteten 56–97 procent. Studien fann inga könsskillnader. Åtta olika referensmetoder har använts i de 11 studierna. Dessutom har olika cut-offs använts för att

definiera alkohol- och drogproblem. Detta försvårar naturligtvis tolkningen av instrumentets validitet.

Kvalitetsgranskning

En omfattande databassökning med kompletterande sökmetoder har gjorts för att hitta relevant litteratur, men redovisningen för urvalsprocessen och värderingen av de ingående primärstudiernas kvalitet är bristfällig (bilaga 3). Det saknades uppgift om när sökningen avslutades, men översikten är troligen ganska nygjord. Den skulle dock behöva utföras mer systematiskt.

Självdestruktivitet

Socialstyrelsen fann inga översikter.

Andra psykiska symtom

Socialstyrelsen fann inga översikter.

Skyddsfaktorer för psykisk ohälsa

Socialstyrelsen fann inga översikter.

Ätstörningar

Socialstyrelsen fann inga översikter.

Mobbning

Socialstyrelsen fann inga översikter.

Diskussion

Översikternas innehåll och kvalitet

Målet med detta arbete har varit att undersöka om det finns tillförlitliga bedömningsmetoder som kan användas inom BHV och EH som stöd till dessa verksamheter för att tidigt upptäcka barn med psykisk ohälsa. För att svara på denna fråga har Socialstyrelsen sökt efter systematiska översikter i olika internationella databaser. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det finns få översikter som undersöker tillförlitligheten av bedömningsmetoder som är relevanta för BHV och EH. Det saknas helt uppdaterade (senare än 2008) och kvalitetsmässigt goda översikter. Kvalitetsgranskningen av översikterna visade på uppenbara svagheter hos en stor andel. Det är också påtagligt att bristerna i större utsträckning finns hos de äldre översikterna, och att det handlar om otydligheter när författarna beskriver tillvägagångssättet. Krav på genomförande och rapportering av systematiska översikter har utvecklats efter hand, men de centrala delarna i processen har funnits beskrivna sedan 2000-talets början [17].

De översikter vi fann och som var relevanta för verksamheterna berör områdena generell psykisk ohälsa (främst inåtvända problem och utagerande beteendeproblem), inåtvända problem (specifikt depression), utagerande beteendeproblem och missbruk (alkohol- och drogproblem). En av de översikter som sökte efter effektiva screeningverktyg för att upptäcka psykisk ohälsa som var användbar för skolsköterskor fann inga relevanta studier. Översikten är i högsta grad relevant för vår frågeställning, men publikationen är gammal och det kan ha publicerats nyare studier på området. Det är dock troligt att underlaget för denna hälsofrämjande verksamhet fortfarande är bristfällig. En nyligen framtagen kunskapsöversikt över översikter som studerar effekten av skolhälsovårdens (såsom den är organiserad i Norge) insatser för barn och ungdomar genomförd av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge [6] fann inga andra systematiska översikter på området än de vi fann i denna översikt.

Inom många områden av psykisk ohälsa saknas det alltså helt översikter relevanta för BHV och EH. Endast en översikt inkluderade barn under 6 år. Denna belyste möjligheten att särskilja barn med utagerande problem från normalt beteende med hjälp av två olika typer av skattningsskalor. Av de sju översikter som inkluderats i denna rapport har endast en översikt värderats ha hög kvalitet i genomförandet. Syftet i den översikten var bland annat att undersöka tillförlitligheten av screeninginstrument för depression bland barn och ungdomar i primärvård. Denna översikts resultat i kombination med en uppdatering av nytillkomna primärstudier skulle kunna ligga till grund för en bedömning av olika depressionsinstruments evidensstyrka.

Screening

Två översikter försökte svara på om allmänna screeningprogram för depression kan införas inom skola eller primärvård för barn och ungdomar. Båda sammanfattar att det inte finns tillräckligt med underlag för att rekommendera detta. Evidens finns för att det är effektivt med tillgänglig behandling, som SSRI-preparat och psykoterapi, för att reducera depressiva symtom bland ungdomar, men det finns för lite kunskap om eventuella negativa effekter och långtidseffekter. Det finns också ett bristfälligt underlag för depressionsinstrumentens tillförlitlighet, speciellt bland yngre barn.

Metodologiska brister i primärstudierna

Vi kan konstatera att populationerna i de studierna som inkluderats i översikterna inte helt överensstämmer med de som är aktuella inom BHV och EH, utan har genomförts i både riskgrupper (och då i utredande miljöer motsvarande specialistvård) och befolkningspopulationer. Det innebär en sammanblandning mellan primär och sekundär nivå, vilket man sedan inte alltid skiljer på i slutsatserna. Vad som ytterligare är uppenbart i översikterna är att man använt flera olika referensmetoder, vilket betyder att det råder oenighet om vilken ”gold standard” som ska användas. Detta medför att det inte går att jämföra olika instrument eftersom de inte har utvärderats mot samma referensmetod. Dessutom är det få studier som jämfört förmågan hos olika instrument att upptäcka psykisk ohälsa i samma population. Styrkorna med de granskade översikterna är dock att de baserar sig på primärstudier av barn i olika åldrar, att barnen kommer från flera länder och världsdelar och att en stor andel av primärstudierna har ett deltagarantal över 150, något som bedöms vara nödvändigt för att kunna uttala sig om ett bedömningsinstruments tillförlitlighet.

Metodernas användning i Sverige

Det är inte självklart att de metoder som hittats i översikterna används i Sverige och har normering i svensk population. Det går att få vägledning om metodernas användbarhet för svenska förhållanden av en sammanställning av metoder som olika verksamheter rapporterar att de använder när de arbetar med barns psykiska hälsa som Socialstyrelsen gjorde 2008 [18] tillsammans med de metoder som granskats av Socialstyrelsens ”Metodguiden” [19] och som Nasjonalt kunskapsenter for helsetjensten i Norge publicerat under rubriken ”PsykTestBARN” [20]. I bilaga 6 finns information om vilka av de undersökta instrumenten i denna översikt som har granskats av Metodguiden och PsykTestBARN. I Socialstyrelsens inventering av metoder som olika verksamheter använder för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa hos barn beskrevs 99 metoder. Den överväldigande majoriteten av dessa redovisades av barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Sju bedömningsmetoder (BDI, CBCL, CDI, CTRS, K-SADS, SDQ och SNAP), som BUP använder sig av, har granskats i de översikter som vi sammanfattar. BHV redovisade inte någon bedömningsmetod relaterad till psykisk ohälsa hos barn, däremot instrument som indikerar autism hos barn

(Checklist for autism in toddlers, CHAT) och depression hos mödrar (Edinburgh postnatal depression scale, EPDS). De hänvisade snarare till att de följer basprogram och får kännedom om barnens utveckling och hälsotillstånd via hälsosamtal än genom att vårdnadshavaren eller barnen fyller i frågeformulär. Skolhälsovården (numera EH) beskrev fem metoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa hos barn: Becks ungdomsskalor, Brown ADD scale, Nordiskt formulär 5-15, KASAM (Känsla av sammanhang) och en generell hälsoenkät. Ingen av dessa metoder eller instrument tas upp i de översikter vi funnit. Det innebär att man inom BHV och EH sällan använder utprovade strukturerade metoder för att upptäcka psykisk ohälsa.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har nyligen utvärderat den diagnostiska tillförlitligheten av bedömningsmetoder vid förstämningssyndrom (depression, ångest bland annat)² och beskriver i en kommande rapport detsamma för ADHD och autismspektrumtillstånd³. Båda översikterna omfattar barn som redan har symtom eller utgör en riskgrupp för tillstånden. Det vill säga, bedömningsmetoderna har inte utvärderats för att fungera som allmänna screeningmetoder.

Behov av standardiserade bedömningsmetoder

En översikt av Sheldrick och medarbetare [21] belyste 2011 den eventuella nyttan av standardiserade metoder som stöd för barnläkare när de ska bedöma förekomst av eventuella beteendeproblem vid den generella hälsoövervakningen av barn. Många metodologiska brister i primärstudierna som ingick liknade de som vi funnit i denna översikt. Trots detta indikerar resultaten att hälsopersonal (barnläkare) inom primärvården som inte använder sig av några standardiserade bedömningsmetoder når en specificitet mellan 79 och 100 procent (en diagnostisk intervju användes som referensmetod). Däremot är det få barn som korrekt klassificeras att ha beteendeproblem. Sensitiviteten varierade mellan 14 och 33 procent. Många av de bedömningsmetoder som undersökts i den här rapporten uppvisar, trots metodologiska brister, alltså klart mycket bättre sensitivitet. Inga studier har dock undersökt förmågan hos hälsopersonal respektive olika bedömningsmetoder att upptäcka beteendeproblem vid samma förutsättningar (samma population och referensmetod).

Begränsningar med översikten

Det finns naturligtvis begränsningar med att göra en översikt av redan genomförda systematiska översikter. För det första är det inte säkert att den frågeställning som vi försöker besvara helt överensstämmer med befintliga översiktens frågeställning. Kriterier för att inkludera population och referensmetoder kan skilja sig åt, vilket naturligtvis påverkar resultatets överförbarhet. Detta framkom också som ett av problemen med de funna

²http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Forstamningssyndrom_fulltext.pdf

³http://www.sbu.se/upload/psykiatrirapport_regeringen120111/Diagnostik%20och%20behandling%20av%20ADHD%20och%20autismspektrumtillstand.pdf

översikterna eftersom de ofta använt sig av deltagare från både kliniska studier och befolkningsstudier för att dra slutsatser om bedömningsmetodernas tillförlitlighet. Ytterligare en begränsning med att använda sig av översikter är att vi måste förlita oss på den information som författarna ger om primärstudierna och deras bedömning av studierna. Därför är det viktigt att hela processen för urval och granskning har beskrivits så utförligt som möjligt i översikterna. Man måste också vara medveten om att en översikt av god kvalitet kan innehålla primärstudier av begränsad kvalitet och att en översikt med begränsad kvalitet kan innehålla primärstudier av god kvalitet.

Genom att vi inte utfört en kunskapsöversikt över primärstudier har vissa frågor inte kunnat besvaras. Fördelen med att göra en systematisk kunskapsöversikt över översikter är däremot att det relativt snabbt går att få en överblick över kunskapsläget och samtidigt få kännedom om områden där det behövs nya kunskapsöversikter. Ett annat angreppssätt hade i stället kunnat användas, nämligen att utifrån kunskap om vilka bedömningsmetoder som används idag i olika verksamheter söka efter vetenskapligt stöd för deras tillförlitlighet i populationer som motsvarar de som besöker BHV och EH.

Vi utförde en systematisk litteratursökning i ett antal internationella databaser. Sökningen var dock inte heltäckande, men inkluderade Medline och PsycInfo, som är de mest relevanta databaserna. Vi har inte kompletterat sökningen genom att till exempel leta upp översikter som förekommer i de inkluderade översikterna eller haft någon annan ansats att finna ytterligare litteratur, till exempel genom kontakt med experter eller olika myndigheters webbplatser. Detta innebär att vi kan ha missat relevanta översikter.

Avslutande ord

Resultatet från Socialstyrelsens kunskapsöversikt kommer att användas som underlag för kommande vägledningar för BHV och EH. Därför ger vi inga rekommendationer eller diskuterar möjliga praktiska implikationer för BHV eller EH i denna rapport. Däremot kan översikten ge underlag för viktiga framtida forskningsområden.

Kunskapsöversikten visar att det saknas uppdaterade systematiska översikter av god kvalitet som utvärderar bedömningsmetoder för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa som är relevant för BHV och EH. Det behöver alltså initieras arbeten med att ta fram nya kunskapsöversikter inom många av de områden som rör psykisk ohälsa. Dessutom finns det ett stort behov av fler primärstudier med hög kvalitet för att kunna uttala sig om tillförlitligheten av metoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, och kanske speciellt för förskolebarn och för inåtvända problem. Utprovning av bedömningsmetoder bör i framtiden också utföras i samverkan med de berörda verksamheterna för att kunna bedöma deras användbarhet. Att det saknas kunskap speglar naturligtvis också att det är svårt att utveckla tillförlitliga metoder för att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Behovet av att utveckla arbetssätt för att på ett strukturerat sätt bedöma om ett barn har sådana problem att det bör få insatser är dock stort.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa. En kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. AAP. The Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2008.
3. Socialstyrelsen. Termbanken. Hämtad 2012-09-26 från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>
4. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. Genève: WHO; 1968. Report no. 34.
5. UK National Screening Committee. UK screening portal. What is screening? Hämtad 2012-10-03 från <http://www.screening.nhs.uk/screening>
6. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Effekter av skolhelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. Rapport nr 15.
7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman, DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151(4):264-9.
8. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2007; 7:10.
9. Whiting P, Rutjes AW, Reitsma JB, Bossuyt PM, Kleijnen J. The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2003; 3:25.
10. Fothergill A, Satherley P, Webber I. A systematic review on the effectiveness of school nurse implemented mental health screening available for adolescents in schools. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003; 10(5):625-6.
11. Warnick EM, Bracken MB, Kasl S. Screening Efficiency of the Child Behavior Checklist and Strengths and Difficulties Questionnaire: A Systematic Review. *Child Adolesc Mental Health.* 2008; 13:140–7.
12. Cuijpers P, van Straten A, Smits N, Smit F. Screening and early psychological intervention for depression in schools : systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 15(5):300-7.

13. Williams SB, O'Connor EA, Eder M, Whitlock EP. Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2009; 123(4): 716-35.
14. Zuckerbrot RA, Jensen PS. Improving recognition of adolescent depression in primary care. *Arch Ped Adolesc Med*. 2006; 160(7):694-704.
15. Moreland AD, Dumas JE. Categorical and dimensional approaches to the measurement of disruptive behavior in the preschool years: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008; 28(6):1059-70.
16. Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev*. 2011; 4(1):57-64.
17. Shea B, Dubé C, Moher D. Assessing the quality of reports of systematic reviews: the QUOROM statement compared to other tools. I: Egger MS, Smith GD, Altman DG, red. *Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context*. London: BMJ books; 2001. s. 122-39.
18. Socialstyrelsen. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn: En nationell inventering i kommuner och landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
19. Socialstyrelsen. Metodguiden. Hämtad 2012-09-13 från www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/
20. Nasjonalt kunskapscenter for helsetjenesten. PsykTestBarn. Hämtad 2012-09-13 från <http://psyktest.no/PsykTestBARN>
21. Sheldrick RC, Merchant S, Perrin EC. Identification of Developmental-Behavioral Problems in Primary Care: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2011; 128(2):356-63.

Bilaga 1. Dokumentation av informationssökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2011-03-02 Ämne: Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – systematiska översikter Sökning gjord av: Edith Orem På uppdrag av: Björn Kadesjö			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
MeSH-termer för psykisk ohälsa i vid bemärkelse			
	MeSH	("Behavioral Symptoms/diagnosis"[Majr] OR "Behavioral Symptoms/epidemiology"[Majr] OR "Behavioral Symptoms/etiology"[Majr] OR "Behavioral Symptoms/pathology"[Majr] OR "Behavioral Symptoms/physiopathology"[Majr] OR "Behavioral Symptoms/prevention and control"[Majr] OR "Behavioral Symptoms/psychology"[Majr]) Limits: Meta-Analysis, English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Systematic Reviews, All Child: 0-18 years, Young Adult: 19-24 years, Publication Date from 1996	69
	MeSH	"Adolescent Behavior"[Majr] OR "Child Behavior"[Majr] Limits: Meta-Analysis, English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Systematic Reviews, All Child: 0-18 years, Young Adult: 19-24 years, Publication Date from 1996	38
	MeSH	"Codependency (Psychology)"[Majr] Limits: Meta-Analysis, English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Systematic Reviews, All Child: 0-18 years, Young Adult: 19-24 years, Publication Date from 1996	0
	MeSH	"Dangerous Behavior"[Majr] OR "Impulsive Behavior/diagnosis"[Majr] OR "Impulsive Behavior/epidemiology"[Majr] OR "Impulsive Behavior/etiology"[Majr] OR "Impulsive Behavior/pathology"[Majr] OR "Impulsive Behavior/prevention and control"[Majr] OR "Impulsive Behavior/psychology"[Majr] OR "Social Behavior"[Majr] OR "Stereotyped Behavior/epidemiology"[Majr] OR "Stereotyped Behavior/etiology"[Majr] OR "Stereotyped Behavior/prevention and control"[Majr] OR "Stereotyped Behavior/psychology"[Majr] Limits: Meta-Analysis, English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Systematic Reviews, All Child: 0-18 years, Young Adult: 19-24 years, Publication Date from 1996	54
	MeSH	"Defense Mechanisms/etiology"[Majr] OR "Defense Mechanisms/prevention and control"[Majr] OR "Defense Mechanisms/psychology"[Majr] OR "Emotions"[Majr] Limits: Meta-Analysis, English, German, Danish,	39

		Norwegian, Swedish, Systematic Reviews, All Child: 0-18 years, Young Adult: 19-24 years, Publication Date from 1996	
	MeSH	<p>"Mental Disorders/diagnosis"[Majr] OR "Mental Disorders/education"[Majr] OR "Mental Disorders/epidemiology"[Majr] OR "Mental Disorders/etiology"[Majr] OR "Mental Disorders/prevention and control"[Majr] OR "Mental Disorders/psychology"[Majr] OR "Mental Health/diagnosis"[Majr] OR "Mental Health/education"[Majr] OR "Mental Health/prevention and control"[Majr]</p> <p>Limits: Meta-Analysis, English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Systematic Reviews, All Child: 0-18 years, Young Adult: 19-24 years, Publication Date from 1996</p>	337
	MeSH	<p>"Psychopathology/diagnosis"[Majr] OR "Psychopathology/education"[Majr] OR "Psychopathology/etiology"[Majr] OR "Mentally Ill Persons"[Majr] OR "Social Behavior Disorders/diagnosis"[Majr] OR "Social Behavior Disorders/epidemiology"[Majr] OR "Social Behavior Disorders/etiology"[Majr] OR "Social Behavior Disorders/prevention and control"[Majr] OR "Social Behavior Disorders/psychology"[Majr] OR "Introversion (Psychology)"[Majr] OR "Introversion (Psychology)/diagnosis"[Majr] OR "Introversion (Psychology)/etiology"[Majr] OR "Extraversion (Psychology)"[Majr]</p> <p>Limits: Meta-Analysis, English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Systematic Reviews, All Child: 0-18 years, Young Adult: 19-24 years, Publication Date from 1996</p>	1
	MeSH	<p>"Juvenile Delinquency/diagnosis"[Majr] OR "Juvenile Delinquency/epidemiology"[Majr] OR "Juvenile Delinquency/etiology"[Majr] OR "Juvenile Delinquency/prevention and control"[Majr] OR "Juvenile Delinquency/psychology"[Majr] OR "Social Problems/education"[Majr:NoExp] OR "Social Problems/prevention and control"[Majr:NoExp] OR "Social Problems/psychology"[Majr:NoExp] OR "Violence/diagnosis"[Majr:NoExp] OR "Violence/epidemiology"[Majr:NoExp] OR "Violence/etiology"[Majr:NoExp] OR "Violence/prevention and control"[Majr:NoExp] OR "Violence/psychology"[Majr:NoExp] OR "Dangerous Behavior/diagnosis"[Majr] OR "Dangerous Behavior/prevention and control"[Majr] OR "Dangerous Behavior/psychology"[Majr] OR "Social Adjustment"[Majr] OR "Empathy"[Majr] OR "Substance-Related Disorders/prevention and control"[Majr] OR "Substance-Related Disorders/psychology"[Majr]</p> <p>Limits: Meta-Analysis, English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Systematic Reviews, All Child: 0-18 years, Young Adult: 19-24 years, Publication Date from 1996</p>	57
		1.OR 2. OR 3. OR 4. OR 5. OR 6. OR 7. OR 8.	481

Fritexttermer för psykisk ohälsa i vid bemärkelse			
	FT	sociopath*[ti] OR antisocial*[ti] OR psychopath*[ti] OR defiant[ti] OR defiance[ti] OR delinquen*[ti] OR conduct[ti] OR misconduct[ti] OR oppositional[ti] OR callous-unemotional[ti] OR bullying[ti] OR violence*[ti] OR aggression[ti] OR criminality[ti] OR prosocial[ti] OR prosocial[ti] OR emotional intelligence[ti] OR eq[ti] OR social skill[ti] OR social skills[ti] OR truan*[ti] OR vandalism[ti] OR substance abuse[ti] OR attention deficit[ti] OR hyperactiv*[ti] OR disruptive behavio*[ti] OR anger[ti] OR depression[ti] OR anxiety[ti] OR 41ositive41 disorder*[ti] OR behaviour disorder*[ti] Limits: English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Publication Date from 1996	74271
Fritexttermer för barn och ungdomar			
	FT	adolescent*[tiab] OR child*[tiab] OR teenager*[tiab] OR youth[tiab] OR infant[tiab] OR toddler[tiab] OR preschool[tiab] OR pre-school[tiab] Limits: English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Publication Date from 1996	479136
Fritexttermer för systematiska översikter och meta-analyser			
	FT	systematic review[ti] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[ti] OR systematic literature review[ti] OR (systematic review[tiab] AND review[pt]) OR 41ositive database syst rev[ta] Limits: English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Publication Date from 1996	
		10. OR 11. OR 12. Limits: English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Publication Date from 1996	258
	FT	13. NOT (treatment[tiab] OR pharmacol*[tiab] OR placebo[tiab]) Limits: English, German, Danish, Norwegian, Swedish, Publication Date from 1996	135
Sammanslagning av resultaten av sökningar med MeSH-termer och fritexttermer			
		9. OR 14.	555

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

pt = sökning i fältet för publikationstyp

ta = sökning i fältet för tidskriftens namn (i förkortad form)

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

Databas: PsycINFO Databasleverantör: Ebsxo Datum: 2011-03-07 Ämne: Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – systematiska översikter Sökning gjord av: Edith Orem På uppdrag av: Björn Kadesjö			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
	DE	(((((((((((((((MM "Behavior Disorders" OR MM "Ad- diction" OR MM "Attempted Suicide" OR MM "Drug Abuse" OR MM "Juvenile Delinquency" OR MM "Self Mutilation") OR (MM "Behavior Problems" OR MM "Tantrums")) OR (MM "Acting Out" OR MM "Rebelliousness")) OR (MM "Aggressive Behavior" OR MM "Bullying" OR MM "Conduct Disorder")) OR (MM "Mental Disorders" OR MM "Adjustment Dis- orders" OR MM "Affective Disorders" OR MM "Alexithymia" OR MM "Anxiety Disorders" OR MM "Autism" OR MM "Chronic Mental Illness" OR MM "Dissociative Disorders" OR MM "Eating Disorders" OR MM "Elective Mutism" OR MM "Factitious Dis- orders" OR MM "Gender Identity Disorder" OR MM "Hysteria" OR MM "Impulse Control Disorders" OR MM "Mental Disorders due to General Medical Conditions" OR MM "Neurosis" OR MM "Paraphili- as" OR MM "Personality Disorders" OR MM "Per- vasive Developmental Disorders" OR MM "Psycho- sis" OR MM "Schizoaffective Disorder")) OR (MM "Adolescent Psychopathology")) OR (MM "Child Psychopathology")) OR (MM "Explosive Disorder")) OR (MM "Antisocial Personality Disorder" OR MM "Avoidant Personality Disorder" OR MM "Borderline Personality Disorder" OR MM "Dependent Person- ality Disorder" OR MM "Histrionic Personality Dis- order" OR MM "Narcissistic Personality Disorder" OR MM "Obsessive Compulsive Personality Disor- der" OR MM "Paranoid Personality Disorder" OR MM "Passive Aggressive Personality Disorder" OR MM "Sadomasochistic Personality" OR MM "Schiz- oid Personality Disorder" OR MM "Schizotypal Personality Disorder")) OR (MM "Bipolar Disorder" OR MM "Cyclothymic Personality" OR MM "Major Depression" OR MM "Anaclitic Depression" OR MM "Dysthymic Disorder" OR MM "Endogenous Depression" OR MM "Postpartum Depression" OR MM "Reactive Depression" OR MM "Recurrent Depression" OR MM "Treatment Resistant Depres- sion" OR MM "Mania" OR MM "Hypomania" OR DE "Seasonal Affective Disorder" OR DE "Affective Psychosis")) OR (MM "Generalized Anxiety Disor- der" OR MM "Obsessive Compulsive Disorder" OR MM "Panic Disorder" OR MM "Phobias" OR MM "Acrophobia" OR MM "Agoraphobia" OR MM "Claustrophobia" OR MM "Ophidiophobia" OR MM "School Phobia" OR MM "Social Phobia" OR DE "Separation Anxiety")) OR (MM "Dissociative Dis- orders")) OR (MM "Anorexia Nervosa" OR MM "Binge Eating Disorder" OR MM "Bulimia" OR MM "Binge Eating")) OR (MM "Aspergers Syndrome" OR MM "Autism" OR MM "Rett Syndrome")) OR (MM "Acute Psychosis" OR MM "Acute Schizo- phrenia" OR MM "Childhood Psychosis" OR MM "Childhood Schizophrenia" OR MM "Symbiotic Infantile Psychosis" OR MM "Schizophrenia" OR MM "Acute Schizophrenia" OR MM "Catatonic Schizophrenia" OR MM "Childhood Schizophrenia"	85008

		OR MM "Paranoid Schizophrenia" OR MM "Process Schizophrenia" OR MM "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR MM "Schizophreniform Disorder" OR MM "Undifferentiated Schizophrenia" OR MM "Borderline States" OR MM "Paranoid Schizophrenia") OR (MM "Psychopathy" OR MM "Runaway Behavior") Limiters – Publication Type: Peer Reviewed Journal, Peer-Reviewed Status-Unknown; Language: Danish, English, German, Norwegian, Swedish; Age Groups: Childhood (birth-12 yrs), Adolescence (13-17 yrs), Young Adulthood (18-29 yrs)	
	ZC	(ZC "meta analysis") or (ZC "systematic review")	11620
	DE	(DE "Meta Analysis") OR (DE "Literature Review")	24775
		2. OR 3.	33902
		1.AND 4. Limiters – Publication Year from: 1996-2011; Publication Type: Peer Reviewed Journal, Peer-Reviewed Status-Unknown; Language: Danish, English, German, Norwegian, Swedish; Age Groups: Childhood (birth-12 yrs), Neonatal (birth-1 mo), Infancy (2-23 mo), Preschool Age (2-5 yrs), School Age (6-12 yrs), Adolescence (13-17 yrs), Young Adulthood (18-29 yrs)	376, efter dubblett-kontroll i EndNote-biblioteket: 309

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

MM = Descriptor – Major Concept (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

ZC = Methodology

Databas: Cochrane library Databasleverantör: Wiley InterScience Datum: 2011-03-03			
Ämne: Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – systematiska översikter			
Sökning gjord av: Edith Orem			
På uppdrag av: Björn Kadesjö			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
MeSH-termer för psykisk ohälsa i vid bemärkelse			
	MeSH	Behavioral Symptoms <i>explode with qualifiers</i> : DI,EP,ET,PA,PP,PC,PX	CDSR/24 DARE/160
	MeSH	Adolescent Behavior	CDSR/4 DARE/40
	MeSH	Child Behavior <i>explode</i>	CDSR/3 DARE/27
	MeSH	Codependency (Psychology)	CDSR/0 DARE/0
	MeSH	Dangerous Behavior <i>explode</i>	CDSR/1 DARE/4
	MeSH	Impulsive Behavior <i>explode</i>	CDSR/0 DARE/8
	MeSH	Social Behavior <i>explode</i>	CDSR/21 DARE/91
	MeSH	Stereotyped Behavior	CDSR/0 DARE/2

	MeSH	Defense Mechanisms <i>explode</i>	CDSR/0 DARE/5
	MeSH	Emotions <i>explode</i>	CDSR/34 DARE/152
	MeSH	Mental Disorders <i>explode</i> with qualifiers: DI,ED,EP,ET,PC,PX	CDSR/122 DARE/729
	MeSH	Mental Health	CDSR/3 DARE/34
	MeSH	Psychopathology	CDSR/0 DARE/1
	MeSH	Mentally Ill Persons	CDSR/0 DARE/4
	MeSH	Social Behavior Disorders <i>explode</i>	CDSR/4 DARE/9
	MeSH	Introversion (Psychology)	CDSR/0 DARE/0
	MeSH	Extraversion (Psychology)	CDSR/0 DARE/0
	MeSH	Juvenile Delinquency	CDSR/6 DARE/6
	MeSH	Social Problems, <i>this term only</i>	CDSR/0 DARE/2
	MeSH	Violence, <i>this term only</i>	CDSR/4 DARE/14
	MeSH	Dangerous Behavior <i>explode</i>	CDSR/1 DARE/4
	MeSH	Social Adjustment	CDSR/2 DARE/21
	MeSH	Empathy	CDSR/0 DARE/4
	MeSH	Substance-Related Disorders <i>explode</i> with 44osi- tivers: PC,PX	CDSR/14 DARE/83
	MeSH	1. OR 2. OR 3. OR 4. OR 5. OR 6. OR 7. OR 8. OR 9. OR 10. OR 11. OR 12. OR 13. OR 14. OR 15. OR 16. OR 17. OR 18. OR 19. OR 20. OR 21. OR 22. OR 23. OR 24. <i>From 1996 to 2011</i>	CDSR/178 DARE/1067
MeSH-termer för barn och ungdomar			
	MeSH	Adolescent	CDSR/203 DARE/969
	MeSH	Young Adult	CDSR/0 DARE/0
	MeSH	Child <i>explode</i>	CDSR/0 DARE/0
	MeSH	Infant <i>explode</i>	CDSR/376 DARE/413
		26. OR 27. OR 28. OR 29. <i>From 1996 to 2011</i>	CDSR/ 564 DARE/1282
Fritexttermer för barn och ungdomar			
	FT	adolescent* OR child* OR teenager* OR youth OR infant OR toddler OR preschool OR pre-school):ti,	CDSR/769 DARE/860

		from 1996 to 2011	
Sammanslagning MeSH-termer och fritexttermer för barn och ungdomar			
		30. OR 31.	CDSR/970 DARE/1640
Kombination av resultaten psykisk ohälsa + barn och ungdomar			
		25. AND 30.	CDSR/45 DARE/255

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)

FT = Fritextterm/er

Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

Qualifiers = Aspekter av ett ämne, t.ex. DI (diagnosis), ED (education), EP (epidemiology), ET (etiology), PA (Pathology), PP (physiopathology), PC (prevention & control), PX (psychology)

**)

CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews

DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects

Cinahl via EBSCO 110620			
Psykisk ohälsa hos barn och unga –översikter			
Sökning gjord av Hanna Olofsson			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
		((MM "Behavioral and Mental Disorders (Non-Cinahl)+DI/EP/ET/PA/PC/PF/PR") and ((MH "Systematic Review") OR (MH "Literature Review") OR (MH "Meta Analysis"))) not (MH "Adult") Limiters – Published Date from: 19960101-; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Infant, Newborn: birth-1 month, Infant: 1-23 months, Child, Preschool: 2-5 years, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years	135
		(MM "Adolescent Behavior") and ((MH "Systematic Review") OR (MH "Literature Review") OR (MH "Meta Analysis")) not MH "Adult" Limiters – Published Date from: 19960101-20111231	7
		(MM "Codependency") and ((MH "Systematic Review") OR (MH "Literature Review") OR (MH "Meta Analysis"))	1
		(MM "Impulse Control Disorders+") OR (MM "Gambling") OR (MM "Pyromania") OR (MM "Passive-Aggressive Personality Disorder") OR (MM "Schizotypal Personality Disorder") AND (MH "Systematic Review") OR (MH "Literature Review") OR (MH "Meta Analysis")	0
		(MM "Defense Mechanisms+") and ((MH "Systematic Review") OR (MH "Literature Review") OR (MH "Meta Analysis"))	1 (0)
		(MM "Mental Disorders+DI/ED/EP/ET/PC/PR/PF/RF/SS") and ((MH "Systematic Review") OR (MH "Literature Review"))	90

		OR (MH "Meta Analysis")) not (MH "Adult") Limiters – Published Date from: 19960101-; Age Groups: Infant, Newborn: birth-1 month, Infant: 1-23 months, Child, Preschool: 2-5 years, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years	
		((MM "Psychopathology") OR (MM "Mentally Disabled Persons") OR (MM "Social Behavior Disorders+") OR (MM "Social Anxiety Disorders") OR (MM "Child Behavior Disorders+/DI/ED/EP/ET/PP/PC/PR/PF/RF/SS")) and ((MH "Systematic Review") OR (MH "Literature Review") OR (MH "Meta Analysis"))) not (MH "Adult") Limiters – Published Date from: 19960101-; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Infant, Newborn: birth-1 month, Infant: 1-23 months, Child, Preschool: 2-5 years, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years	58
		((MM "Juvenile Delinquency") OR (MM "Social Problems+") OR (MM "Violence+") OR (MM "Aggression+") OR (MM "Bullying") OR (MM "Student Abuse") OR (MM "Verbal Abuse") OR (MM "Sibling Violence") OR (MM "School Violence") OR (MM "Child Abuse, Sexual") OR (MM "Incest") OR (MM "Rape") OR (MM "Adolescent Behavior") OR (MM "Alcohol-Related Disorders/PC/PF") OR (MM "Empathy"))) and (((MH "Systematic Review") OR (MH "Literature Review") OR (MH "Meta Analysis")))) not (MH "Adult") Limiters – Published Date from: 19960101-; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Infant, Newborn: birth-1 month, Infant: 1-23 months, Child, Preschool: 2-5 years, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years	115

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

Bilaga 2. Mall för urvalsgranskning av översiktsartiklar

A Studiekarakteristika	Alla inklusionskriterierna (A, B och C) krävs för inklusion
A	Översiktsartikel på engelska, svenska, danska eller norska
B	Barn i åldern -9 månader – 20 år
C	Har minst en faktor relaterad till psykisk hälsa/välbefinnande
D	Systematisk översikt eller meta-analys
X	Studien exkluderas om kriterierna A-C inte är uppfyllda eller om någon av exklusionskriterierna (som anges nedan) är aktuella.
Första urval	Inkludering /Exkludering
X	Exkludera Skriv X i rapporttabellen om studien ska exkluderas
I	Inkludera Skriv I i rapporttabellen om studien ska inkluderas
Följande koder (XA, XB, XC, XD) uppges för de artiklar som exkluderas	
XA	Om exklusionen beror på att översiktsartikeln är skriven på annat språk än engelska, svenska, danska eller norska.
XB	Om exklusionen beror på populationen <ol style="list-style-type: none"> 1. Mödrar under graviditet 2. Mödrar 3. Fäder under graviditet 4. Fäder 5. Båda föräldrarna 6. Övriga vuxna över 20 år

XC	Om exklusionen beror på att översikten studerar något av följande: <ol style="list-style-type: none"> 1. Undersökningar för identifiering av psykisk ohälsa som genomförs inom specialistvården t.ex. hjärnabbildning eller EEG 2. Medicineringsstudier 3. Specifika behandlingsformer som genomförs inom slutenvård eller av specialister, t.ex. olika terapiformer 4. Genetiska orsaker 5. Prevalensstudier 6. Annat än XC1-5
XD	Om exklusionen är en litteratur översikt eller annan översikt
XE	Om exklusionen beror på att artikeln inte studerar psykisk ohälsa.
Följande koder (ABCD) uppges endast för de artiklar som inkluderas	
A. Population	
A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Under graviditet 2. Spädbarnsåldern (0-1 år) 3. Tidig barndom (2-5 år) 4. Tidig skolålder (6-11 år) 5. Tonår (12-20 år) <p>Om flera åldersintervall inkluderas ange t.ex. A2- A4</p>
B. Område	
B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yttringarna, problembeskrivningar ex i olika åldrar 2. Beskrivning av skydds- och/eller riskfaktorer 3. Metoder för att identifiera tecken på psykisk ohälsa i olika åldrar 4. Metoder för att identifiera risk- och skyddsfaktorer 5. Metoder för att utreda, relevanta för mödra- och barnhälsovård eller elevhälsa. 6. Metoder för åtgärder riktade till individer, relevanta för mödra- och barnhälsovård eller elevhälsa 7. Metoder för åtgärder riktade till grupper, relevanta för mödra- och barnhälsovård eller elevhälsa 8. Metoder för att stärka friskfaktorer
C. Psykisk hälsa	Minst ett kriterium krävs
C1	Inåtvända problem <i>mood, depression, anxiety, sleep disorders, stress, psychosomatic and somatic disorders and symptoms, post-traumatic stress disorder</i>
C2	hyperaktivitet och uppmärksamhetsproblem <i>problems regarding attention, impulsivity and hyperactivity</i>
C3	norm- och regelbrytande beteende <i>oppositional behaviour, conduct/antisocial problems, violence</i>

C4	självmdestruktivitet <i>suicide, suicidal- and self harm behaviours</i>
C5	andra psykiska symtom <i>psychotic problems, dissociative problems, attachment problems, personality problems</i>
C6	skyddsfaktorer för psykisk ohälsa <i>psychological well-being, self-perception and self-esteem, self-efficacy, self-concept, coping, resilience, supportive relationships/loneliness, mastery</i>
C7	Autismspektrumtillstånd, <i>autisms spectrum problems</i>
C8	Missbruk
C9	Ätstörningar
C10	Mobbning
D. Typ av studie Studiens klassifikation	Dokumentation
D1	Systematisk översikt
D2	Meta-analys
D3	Litteratur översikt
D4	Annan översikt

Bilaga 3. Mall för bedömning av översiktens systematik och kvalitet samt resultat

Kriterium	Cuipers	Dhalla	Fothergill	Moreland	Warrick	Williams	Zuckerbrot
1. Har översikten ett tydligt syfte med avseende på PICO?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Anges tidrymd för sökningen?	Ja	Delvis ^a	Delvis ^a	Ja	Ja	Ja	Ja
3. Har en tillräckligt omfattande databassökning genomförts?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
4. Har en kompletterande sökmetod använts?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5. Har sökstrategierna rapporterats med sökord och söksträngar?	Delvis ^b	Delvis ^b	Delvis ^b	Delvis ^b	Delvis ^b	Ja	Delvis ^b
6. Har urval av primärstudier gjorts av fler än en person?	Framgår inte	Framgår inte	Framgår inte	Framgår inte	Nej	Ja	Framgår inte
7. Har en strategi för konsensus vid urval beskrivits?	Framgår inte	Framgår inte	Framgår inte	Framgår inte	Framgår inte	Ja	Framgår inte
8. Presenteras en lista på inkluderade studier?	Ja	Ja	Inte relevant	Ja	Ja	Ja	Ja
9. Presenteras en lista på exkluderade studier?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
10. Har en värdering av tillförlitligheten i primärstudiernas resultat gjorts av två oberoende granskare?	Framgår inte	Framgår inte	Inte relevant	Framgår inte	Framgår inte	Ja	Framgår inte
11. Har en strategi för konsensus vid värdering av tillförlitlighet beskrivits?	Framgår inte	Framgår inte	Inte relevant	Framgår inte	Framgår inte	Ja	Framgår inte
12. Har data extraherats oberoende av två personer?	Framgår inte	Framgår inte	Inte relevant	Ja	Framgår inte	Ja	Framgår inte
13. Har en strategi för konsensus vid dataextraktion beskrivits?	Framgår inte	Framgår inte	Inte relevant	Framgår inte	Framgår inte	Ja	Framgår inte

14. Innehåller översikten en tabellerad beskrivning av enskilda studier?	Delvis ^c	Delvis ^{d,e}	Inte relevant	Delvis ^{e,f}	Delvis ^{c,g}	Delvis ^e	Delvis ^h
15. Har de ingående primärstudiernas tillförlitlighet granskats utifrån en checklista/protokoll?	Ja	Framgår inte	Inte relevant	Framgår inte	Ja	Ja	Framgår inte
16. Har de ingående primärstudierna granskats med avseende på tillförlitlighet?	Delvis ⁱ	Nej	Inte relevant	Nej	Delvis ⁱ	Ja	Nej
17. Har bedömningen av tillförlitlighet beaktats i översiktens slutsatser?	Ja	Nej	Inte relevant	Nej	Ja	Ja	Nej
18. Har lämpliga metoder använts för att sammanväga resultat?	Ja	Inte relevant	Inte relevant	Ja	Nej	Inte relevant	Inte relevant
19. Har publikationsbias undersökts?	Nej	Inte relevant	Inte relevant	Ja	Nej	Inte relevant	Inte relevant
20. Har intressekonflikter, jäv eller forskningsfinansiering deklarerats i översikten och de inkluderade primärstudierna?	Nej	Nej	Delvis ^l	Delvis ^j	Nej	Delvis ^j	Delvis ^j
Sammanvägd värdering av kvalitet	Låg	Låg	Låg	Låg	Låg	Hög	Låg

^aoklart när sökningen avslutades, ^bsöksträngar har inte redovisats; ^cbortfallet är beskrivet på aggregerad nivå; ^dpopulationsstorlek inte beskrivet, ^ebortfallet är inte tydligt beskrivet; ^fuppföljningstid presenterat på aggregerad nivå; ^gresultat/utfallsmått presenterat på aggregerad nivå; ^holika uppgifter i olika primärstudier; ⁱalla dimensioner i QUADAS har inte undersökts, ^jinte redovisat för primärstudierna

Bilaga 4. Mall för kvalitetsgranskning av diagnostiska studier – QUADAS

Fråga	Ja	Nej	Oklart
1. Var sammansättningen av patientgruppen representativt för de patienter som kommer att få testet i praktiken? <i>Undvikande av spektrumbias.</i>			
2. Är det troligt att referenstestet korrekt klassificerar det sökta tillståndet? <i>Undvikande av felklassifikationsbias.</i>			
3. Var tidsintervallet mellan referenstest och indextest så kort att det studerade tillståndet inte kunnat förändras mellan de båda testen? <i>Undvikande av sjukdomsprogressionsbias.</i>			
4. Genomgick samtliga patienter eller ett slumpmässigt urval av patienter det avsedda referenstestet? <i>Undvikande av partiell verifikationsbias.</i>			
5. Användes ett och samma referenstest oberoende av vilket resultat som erhöles på indextestet? <i>Undvikande av partiell verifikationsbias.</i>			
6. Var referenstestet oberoende av indextestet (dvs indextestet ingick inte som en del av referenstestet)? <i>Undvikande av inkorporationsbias.</i>			
7. Tolkades resultaten från referenstestet utan kännedom om resultatet för indextestet? <i>Undvikande av informationsbias.</i>			
8. Tolkades resultaten från indextestet utan kännedom om resultatet för referenstestet? <i>Undvikande av informationsbias.</i>			
9. Fanns samma kliniska data tillgängliga då testresultaten tolkades som skulle vara tillgängliga då testen används i praktiken?			
10. Rapporterades ej tolkningsbara/intermediära testresultat?			
11. Förklarades bortfall av patienter från studien?			

Bilaga 5. Exklusionsorsaker vid relevansgranskning

Exklusionsorsak	Artikel
Undersöker riskfaktorer för psykisk ohälsa	<p>Asscher et.al. The relationship between juvenile psychopathic traits, delinquency and (violent) recidivism: a meta-analysis. <i>J Child Psychol Psychiatry</i> 2011;52(11):1134-43</p> <p>Baglioni et.al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. <i>J Affect Disord</i> 2011;135(1-3):9-19</p> <p>Beck. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. <i>Arch Psychiatr Nurs</i>, 1998;12(1):12-20</p> <p>Derzon. Antisocial behavior and the prediction of violence: A meta-analysis. <i>Psychol Schools</i>, 2001;38(2):93-106</p> <p>Fearon et al., The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. <i>Child Dev</i>, 2010;81(2):435-56</p> <p>Fischer et.al. The effects of risk-glorifying media exposure on risk-positive cognitions, emotions, and behaviors: a meta-analytic review. <i>Psychol Bull</i> 2011;137(3):367-90</p> <p>Kim and Leventhal. Bullying and suicide. A review. <i>Int J Adolesc Med Health</i>, 2008;20(2):133-54</p> <p>Lucas-Thompson, Goldberg, and Prause. Maternal work early in the lives of children and its distal associations with achievement and behavior problems: a meta-analysis. <i>Psychol Bull</i>, 2010;136(6):915-42</p> <p>McLeod, Wood, and Weisz. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. <i>Clin Psychol Rev</i>, 2007; 27(2):155-72</p> <p>Najaka, Gottfredson and Wilson. A meta-analytic inquiry into the relationship between selected risk factors and problem behavior. <i>Prev Sci</i>, 2001;2(4):257-71</p> <p>Pinquart and Shen. Anxiety in Children and Adolescents with Chronic Physical Illnesses: A Meta-Analysis. <i>Acta Paediatr</i>, 2011;100(8):1069-76</p> <p>Schredl and Reinhard. Gender differences in nightmare frequency: a meta-analysis. <i>Sleep Med Rev</i> 2011;15(2):115-21</p>
Undersöker instrumentets psykometriska egenskaper (intern validitet)	<p>Brener, Billy and Grady. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. <i>J Adolesc Health</i>, 2003;33(6):436-57</p> <p>Duhig et al., Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta-analysis. <i>Clin Psychol Sci Pract</i>, 2000;7(4):435-53</p> <p>Hale 3rd, et al. A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). <i>J Child Psychol</i></p>

- Kim et. al.** Race/ethnicity and the factor structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A meta-analysis. *Cult Div Ethnic Min Psychol* 2011;17(4):381-96
- Kofler, Rapport and Alderson.** Quantifying ADHD classroom inattentiveness, its moderators, and variability: a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008;49(1):59-69.
- Scaini et.al.** A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *J Anxiety Disord* 2012;26(1):182-8
- Seligman et al.** The utility of measures of child and adolescent anxiety: a meta-analytic review of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale, the State-Trait Anxiety Inventory for Children, and the Child Behavior Checklist. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2004;33(3):557-65
- Shields et.al.** Score reliability of adolescent alcohol screening measures: a meta-analytic inquiry. *J Child Adolesc Substance Abuse* 2008;17(4):75-97
- Twenge and Nolen-Hoeksema.** Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis. *J Abnorm Psychol*, 2002;11(4):578-88
- Vassar and Bradley.** A reliability generalization meta-analysis of coefficient alpha for the Reynolds Adolescent Depression Scale. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011; DOI: 10.1177/1359104511424998
- Interventionsstudie
- Baker-Ericzén et al.** Comparing child, parent, and family characteristics in usual care and empirically supported treatment research samples for children with disruptive behavior disorders. *J Emotional Behav Disord*, 2010;18(2):82-99
- Bilukha et al.** The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *Am J Prev Med*, 2005;28(2 Suppl 1):11-39
- Richardson et al.** Identification and treatment of children's mental health problems by primary care providers: A critical review of research. *Arch Psychiatr Nurs*, 1996;10(5):293-303
- Waddell et al.** Preventing mental disorders in children: a systematic review to inform policy-making. *Can J Public Health*, 2007;98(3):166-73
- Wilson, Lipsey and Derzon.** The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 2003;71(1):136-49
- Metod för användning inom specialistvård
- Berg et. al.** Convergence of scores on the interview and questionnaire versions of the Eating Disorder Examination: a meta-analytic review. *Psychol Assess* 2011;23(3):714-24
- Diener et. al.** A Meta-Analysis of the relationship between the Rorschach Ego Impairment Index (EII) and psychiatric severity. *Clin Psychol Psychother* 2011;18(6):464-85
- Pena and Caine.** Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2006;36(6):614-37
-

Läkares förmåga att identifiera psykisk ohälsa	Sheldrick , Merchant and Perrin. Identification of Developmental-Behavioral Problems in Primary Care: A Systematic Review. <i>Pediatrics</i> 2011;128(2):356-63
Metod som inte identifierar psykisk ohälsa	Noyes and Edwards. EQ-5D for the assessment of health-related quality of life and resource allocation in children: a systematic methodological review. <i>Value Health</i> 2011;14(8):1117-29
Postpartum screening	Beck . Revision of the postpartum depression predictors inventory. <i>J Obstet Gynecol Neonatal Nurs</i> , 2002;31(4):394-402
Utvecklingsavvikelser	Mawle and Griffiths. Screening for autism in pre-school children in primary care: systematic review of English language tools. <i>Int J Nurs Stud</i> , 2006;43(5):623-36

Bilaga 6. Beskrivning av de instrument som studeras i översikterna

Generella tecken på psykisk ohälsa

CBCL (Child Behavior Checklist) besvaras av vårdnadshavare för att beskriva problem och social kompetens hos barn och ungdomar med psykisk problematik. Motsvarande frågeformulär med, i stort sett, samma frågor om psykiska symtom finns för lärare och kallas då CBCL-TRF (Teacher Report Form) och som självskattningsformulär för barn 11–18 år, CBCL-YSR (Youth Self Report). CBCL har tre huvudskalor: totala problem, barns utagerande och inåtvända problem. Formuläret brukar även användas med åtta subskalor som skattar tillbakadragenhet, somatiska symtom, ångest och depression, sociala problem, kognitiva problem, uppmärksamhetsproblem, aggressivitet samt regelbrytande beteende. CBCL består av 118 frågor som besvaras på en 3-gradig skala. Formuläret är ett väletablerat instrument i Sverige och har en svensk normering. Det har granskats av PsykTestBarn (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Norge) men de få studier som undersökt sensitivitet och specificitet har haft små urval. En granskning av CBCL genomförd av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) visar att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för instrumentet i kliniska populationer.

PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) är ett självskattningsformulär som skattar allmän psykisk hälsa. Instrumentet har fyra subskalor som skattar nedstämdhet och depressiva symtom, ångest, alkohol- och drogproblem hos ungdomar i primärvård. Instrumentet har totalt 83 påståenden och patienten svarar på hur de känt sig de senaste två veckorna. Det är oklart om instrumentet finns översatt till svenska och det är inte med bland de metoder som PsykTestBARN och metodguiden granskat. En granskning av PHQ-A i kliniska populationer utförd av SBU visar att det finns för få studier med tillräcklig kvalitet för att bedöma sensitiviteten och specificiteten.

SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) syftar till att ge en bedömning av barns beteende och utifrån denna få en uppfattning om barns psykiska hälsa. Instrumentet finns i föräldra-, lärar- och självsvarsform för äldre barn. Målgruppen är barn mellan 5 och 15 år. Skalan har 25 positiva och negativa påståenden som besvaras på en 3-gradig skala. Formuläret ger en total summa för problemen och för vissa specifika problem (socialisering, hyperaktivitet, emotionella symtom, uppförandeproblem och kamratproblem). CBCL, SDQ och PHQ-A kan även användas vid mer specifika inåtvända eller utagerande beteendeproblem. Det finns en svensk normering för vårdnadshavares skattning. Den är också under utvärdering

av PsykTest BARN och granskad av Socialstyrelsens metodguide. En granskning av SDQ i kliniska populationer utförd av SBU visar att det finns för få studier med tillräcklig kvalitet för att bedöma sensitivitet och specificitet.

Inåtvända problem – depression

BDI (Beck's Depression Inventory) finns i flera versioner och mäter graden av depressiva symtom hos psykiatripatienter och i normalpopulationen. BDI-I publicerades 1966 och består av 21 frågor. BDI-II kom 1996. Ordalydelsen i alla utom tre frågor ändrades så att de stämde överens med DSM-IV-kriterierna för depression. BDI-primary care (BDI-PC) består av sju frågor från BDI-II och anses fånga upp DSM-IV-kriterierna för egentlig depression. BDI är välkänt och mycket använt i Sverige. Det är granskat av PsykTestBARN som anser att det är ett test som ger tillförlitliga och valida mått på depressiva symtom hos barn och ungdomar. Det finns dock ingen redovisning för specificiteten och sensitiviteten. En granskning av BDI-I som SBU genomfört visar att det finns ett begränsat till måttligt vetenskapligt underlag för instrumentet i kliniska populationer.

CDI (Children's Depression Inventory) är ett instrument som mäter symtom på depression hos barn 6–17 år. Testet har 27 frågor som mäter nedstämdhet, interpersonella svårigheter, dålig självkänsla, svårighet att engagera sig i aktiviteter och att känna glädje av dessa aktiviteter. En granskning av CDI av SBU visar att det finns ett begränsat till måttligt vetenskapligt underlag för instrumentet i kliniska populationer.

CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression scale) mäter graden av depressiva symtom hos psykiatripatienter och i normalpopulationen. Skalan består av 20 frågor på en 4-gradig skala (0–3 poäng). En summa på 21 och över indikerar en egentlig depression. Den totala summan anses vara mer stabilt att använda sig av för att skatta depression men den har också visats sig kunna delas upp i fyra separata domäner: depressiv affekt, somatiska symtom, positiv affekt och interpersonella relationer. CES-D sägs kunna användas ned till 8 års ålder. CES-D används i Sverige men det är tveksamt om det finns någon svensk normering. En granskning av CES-D i kliniska populationer som SBU utfört visar att det finns för få studier med tillräcklig kvalitet för att bedöma sensitiviteten och specificiteten.

CIS-R (Clinical Interview Schedule Revised) mäter närvaron och svårigheten av 14 olika psykiska symtom (nedstämdhet, ångest, hälsorelaterad oro, generell oro, trötthet, sömnproblem, depressivitet, panikattacker, fobier, tvångstankar och koncentrationssvårigheter) den senaste veckan. Frågorna (n=75) besvaras på en 4-gradig skala och kan användas både som en kontinuerlig och kategorisk variabel.

MFQ (Mood and Feelings Questionnaire) är ett instrument med 32 frågor som är baserat på DSM-IV-kriteriet för depression. Ett antal frågor ställs som rör hur barnet känt sig och agerat de senaste två veckorna. Varje påstående rankas på en 3-gradig skala. Instrumentet är anpassat för barn 8–18 år. Det är oklart om MFQ används i Sverige, men PsykTest BARN gör just nu en utvärdering av instrumentet.

STQ (Safe Times Questionnaire) är ett självsvarsformulär med 45 frågor som skattar problem inom psykosociala områden som sexualitet, droger och alkohol, våld, depression, familjekonflikter, utbildning och riskbeteende i trafiken. Varje område består av 3–7 frågor som besvaras på en 4-gradig skala. Svaren summeras sedan för att få en totalpoäng för varje subskala.

Utagerande beteendeproblem

CTRS (Conner's Teacher Rating Scale) mäter hyperaktivitet och koncentrationsproblem och används för barn i åldrarna 6–16 år. Den innehåller även en faktor som antas mäta uppförandeproblem. Formuläret fylls i av vårdnadshavare och/eller lärare. Föräldraformuläret har 48 frågor fördelade på fem delskalor: utåtriktade problem, inlärningsproblem, psykosomatik, impulsivitet och hyperaktivitet samt ängslan. Lärarformuläret har 28 frågor i tre delskalor: utåtriktade problem, hyperaktivitet och uppmärksamhetsproblem.

ECI-4 (Early Childhood Inventory-4) är en skala som mäter barns emotionella och beteendemässiga problem. Skalan besvaras av vårdnadshavare eller lärare och är anpassad till barn mellan 3 och 5 år. ECI-4-parent checklist innehåller 108 frågor och screenar för 15 olika problem, medan ECI-4-teacher checklist innehåller 87 frågor och screenar för 13 problem.

DBDRS (Disruptive Behavior Disorders Rating Scale) mäter uppmärksamhetsproblem, hyperaktivitet och impulsivitet samt norm- och regelbrytande beteende. Vårdnadshavare eller lärare skattar problemen med 42 frågor på en 4-gradig skala. Instrumentet finns också i en barnversion och kallas då Kiddie-DBDRS.

K-SADS-E (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Epidemiological version) är en halv-strukturerad intervju, som trots namnet mäter ett brett spektrum av olika känslomässiga och beteendemässiga problem hos barn mellan 6 och 18 år. Den epidemiologiska versionen är tänkt att fånga problem under hela barnets livstid. Instrumentet finns både som barn- och föräldraversion. K-SADS-E är för närvarande under granskning av PsykTestBARN.

PASEC (Physical Aggression Scale for Early Child) är ett instrument som mäter aggressivitet hos barn 1–3 år. Instrumentet har 11 frågor som bland

annat hämtats från CBCL. Vårdnadshavare skattar barnets beteende under de senaste två månaderna på en 3-gradig skala.

SNAP (Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire) är ett skattningsinstrument för symtom på ADHD. Utöver dessa symtom efterfrågar formuläret även trotsyndrom. Symtomen skattas av vårdnadshavare eller lärare genom att de svarar på 90 frågor på en 4-gradig skala. SNAP har granskats av PsykTest BARN.

Missbruk

CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble questionnaire) är ett kortfattat instrument för att upptäcka ungdomar med alkohol- och drogproblem. Instrumentet består av 6 ja- och nejfrågor om problematiskt drickande och droganvändning. De föregås av tre frågor om man har druckit eller använt droger någon gång under den senaste 12-månadersperioden. Det är inte troligt att instrumentet används i Sverige.