

# En grund för att växa

## *Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn*

### **Bakgrund**

Socialtjänstens och skolans förebyggande – preventiva – insatser har i liten utsträckning utvärderats i kontrollerade studier med minst en jämförelsegrupp i Sverige. Det som kännetecknar förebyggande insatser är istället en trovärdig men otestad teori eller en klinisk tradition ("vi har alltid gjort så här"). Ett exempel är att bara en handfull av de 60 föräldraträningsprogram som finns i Sverige har utvärderats vetenskapligt<sup>1</sup>. Det förefaller som att spridningen av preventionsprogram till skolan och socialtjänsten främst baseras på en välorganiserad marknadsföring utan vetenskapligt stöd. Även om svenska preventionsprogram inte har utvärderats kan de naturligtvis fungera förebyggande. Bristen på kontrollerade utvärderingar gör att vi inte vet vilka insatser som verkligen fungerar förebyggande. Den här rapporten redovisar forskningen om hur barn och ungas problembeteenden kan förebyggas.

---

*Knut Sundell*

*Martin Forster*

*Forsknings- och utvecklingsenheten*

*Socialtjänstförvaltningen*

*Stockholm*

---

### **Förekomst av problembeteenden**

Ungdomstiden är den period i livet då vi konsumerar mest alkohol och droger och begår flest brott<sup>2</sup>. För de flesta ungdomar leder

---

<sup>1</sup> Andalibi, Hagekull & Bremberg (2003).

<sup>2</sup> Brottsförebyggande rådet (2000a); Dolmén & Lindström (1991); von Hofer (2001); Leifman (2002).

dessa problembeteenden inte till framtida problem utan de slutar begå brott och utvecklar inte alkohol- eller drogrelaterade problem<sup>3</sup>. För en del grundläggs dock framtida problem under barndomen och tonåren. En viktig uppgift är således att så tidigt som möjligt identifiera de ungdomar som riskerar att få problem i framtiden.

Många studier visar att problembeteenden som alkohol- och narkotikakonsumtion, våld och kriminalitet, oskyddat sex och bristande skolanpassning förekommer hos samma individ, både vid samma tillfälle och över tid<sup>4</sup> (figur 1). Exempelvis är det ofta samma individer som tidigt börjar skolka, snatta och begå andra kriminella handlingar, som också är bland de första att börja experimentera med alkohol och narkotika. Prevention av ett problem leder därför ofta till prevention av andra problem. Ett perspektiv är därför att inrikta preventionsarbetet mot problembeteenden i allmänhet, i stället för att försöka förebygga ett visst problem.

Kunskap om ungas drogvvanor i Sverige kommer i huvudsak från de representativa inventeringar som Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN) regelbundet genomför i grundskolans årskurs 6 och 9 i Sverige. Resultaten visar att andelen elever i grundskolans år 6 och 9 som varit berusade respektive använt narkotika ökat under 1990-talet<sup>5</sup>. Exempelvis hade 14 procent av flickorna i årskurs 6 varit berusade år 2001, vilket i det närmaste är en fördubbling jämfört med tio år tidigare. För pojkarna i årskurs 6 är andelen som varit berusade relativt konstant under 1990-talet, drygt tio procent. Den stora ökningen av elever som varit berusade av alkohol tycks ske i åldrarna mellan 12 och 14 år<sup>6</sup>. Andelen som använt narkotika bland elever i årskurs 9 mer än tredubblades mellan 1989 och 2001, från tre till ungefär procent tio procent. Därefter tycks ett trendbrott ha skett; andelen som varit berusad respektive som använt narkotika har minskat något, framför allt bland pojkar.

---

<sup>3</sup>Andréasson, Brandt & Allebeck (1993); Brottsförebyggande rådet (2000b); Wennberg (2000).

<sup>4</sup>Andersson, Mahoney, Wennberg, Köhlhorn & Magnusson (1999); Bardone, Moffitt, Caspi, Dickson & Silva (1996); Brottsförebyggande rådet (2000b); Derzon & Lipsey (1999a, 1999b); Huizinga & Jakob-Chien (1998); Lipsey & Derzon (1998); Pedersen, Mastekaasa & Wichstrøm (2001); Stattin & Magnusson (1996); Sutherland & Shephard (2001).

<sup>5</sup>Hvitfeldt, Andersson & Hibell (2002).

<sup>6</sup>Sundell (2003a).

Figur 1. Exempel på sammankopplade problembeteenden över tid (jfr. Stattin, 2004)

Barndom	Tidiga skolår	Ungdomsår	Vuxen ålder
			Svagt socialt nätverk
		Kriminalitet	Kriminalitet
		Alkohol- och drogmissbruk	Alkohol- och drogmissbruk
Beteendeproblem	Låg skolmotivation	Låg skolmotivation	Låg utbildning
Familjeproblem	Dåliga skolprestationer	Dåliga skolprestationer	Arbetslöshet
	Familjeproblem	Familjeproblem	Dålig ekonomi
	Dåliga kamratrelationer	Dåliga kamratrelationer	Åktenskapsproblem
		Skolk	Skilsmässa
		Tidig sexuell debut	Psykisk ohälsa
			Tidig död

Vartannat år mellan 1995 och 2001 har Brottsförebyggande rådet undersökt förekomsten av stöld, våld och droger bland elever i årskurs nio<sup>7</sup>. Undersökningarna bygger på representativa urval av ungdomar från hela Sverige. Resultaten visar att över hälften av ungdomarna begått något stöldrelaterat brott det senaste året. Allvarigare tillgreppsbrott (t.ex. bilstöld) och våldshandlingar var sällsynta. Var tionde pojke och fem procent av flickorna hade begått våld mot person. Brottsligheten, som var vanligare bland pojkar än flickor, minskade under perioden.

Skolk från skolundervisning uppfattas av vissa som en berättigad protest mot en skola som inte förmår ge eleverna arbetsglädje<sup>8</sup> eller som en sund reaktion på en skola som inte tillgodoser elevernas behov<sup>9</sup>. En studie av stockholms elever i grundskolans år 9 och gymnasiet år 2 visar dock att skolkare är kraftigt överrepresenterade i andra former av problembeteenden<sup>10</sup>. I Sverige saknas generell statistik om hur vanligt skolk är. Det finns dock två undersökningar som ger en uppfattning om skolkets utbredning. CAN:s årliga inventeringar omfattar även information om skolk. Denna nästan 20 år långa oavbrutna tidserie visar att ungefär

<sup>7</sup> Brottsförebyggande rådet (2003).

<sup>8</sup> Skolverket (2000).

<sup>9</sup> Hector & Ohlsson (1974).

<sup>10</sup> Karlberg & Sundell (2004).

hälften av eleverna skolkat någon gång. Något tidsspänn som frågan avser ges inte. År 2001 hade 55 procent av pojkarna och 46 procent av flickorna skolkat någon gång. Samtidigt har andelen elever som skolkat minst en gång i månaden ökat från ungefär 15 procent år 1992 till 21 procent år 2001. Den andra studien baseras på representativa urval av elever i årskurs 9 åren 1995, 1997, 1999 och 2001<sup>11</sup>. Under denna period har andelen som uppger att de skolkat minst en hel dag de senaste 12 månaderna minskat något, från 40 till 36 procent bland pojkar och från 47 till 42 procent bland flickor.

Viss kunskap finns således om ungas problembeteenden på nationell nivå. Däremot brister kunskapen om problembeteenden på lokal nivå. Den senare kunskapen behövs eftersom problembeteenden varierar lokalt. I Stockholm år 2002 varierade exempelvis andelen elever i årskurs 9 som använt alkohol och narkotika kraftigt mellan olika skolor; mellan 22 och 92 procent hade varit berusade och mellan 0 och 36 procent hade använt narkotika<sup>12</sup>. Utan lokal kunskap om förekomst av problem riskerar förebyggande insatser att satsas på fler ställe. Lokal kunskap är dessutom en förmodat stark drivkraft till förändring. Jämför exempelvis om en inbjudan till föräldramöte i skolan handlar om att "12 procent av eleverna i årskurs 9 i Stockholm har använt narkotika" eller om att "var tionde elev i denna skola har använt narkotika".

### **Risk- och skyddsfaktorer**

Alla preventionsprogram som syftar till att förebygga eller minska ungas problembeteenden baseras på teorier om varför problemen börjar. Teorierna beskriver attityder, förmågor, föreställningar, beteenden eller situationer som bedöms påverka uppkomsten av problemen. Dessa faktorer – så kallade risk- och skyddsfaktorer – är utgångspunkten för interventionerna. Riskfaktorer ökar sannolikheten att ett problembeteende ska förekomma. Skyddsfaktorer innebär att sannolikheten för problembeteenden minskar när det förekommer riskfaktorer. Risk- och skyddsfaktorer påverkar sannolikheten för problembeteenden, de garanterar inte en

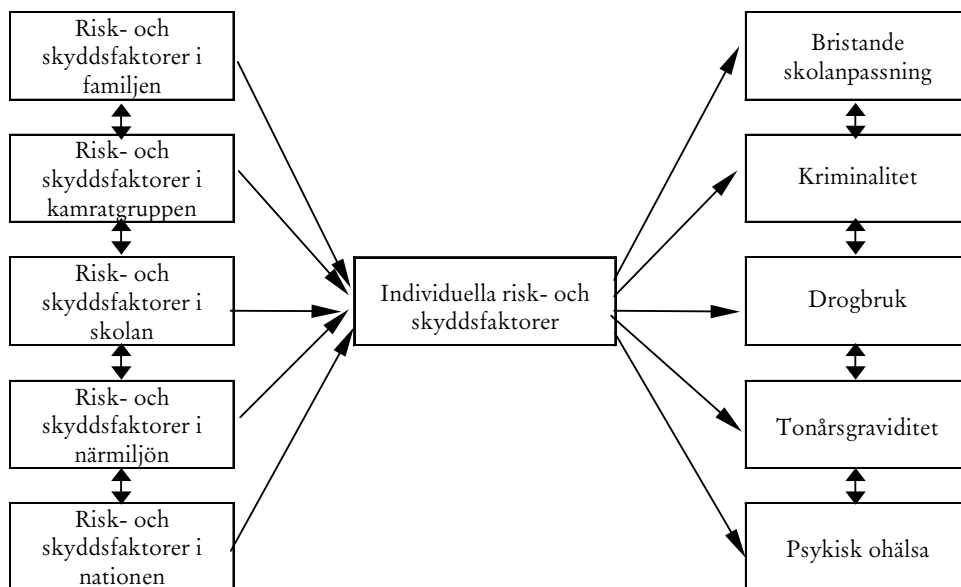
---

<sup>11</sup> Brottsförebyggande rådet (2003).

<sup>12</sup> Sundell (2003).

minskning eller ökning av problembeteenden. Enstaka riskfaktorer innebär sällan någon påtagligt ökad risk<sup>13</sup>. Det gör däremot flera parallella riskfaktorer. Många preventionsprogram försöker därför påverka flera risk- och skyddsfaktorer.

Figur 2. Sammankopplade påverkansfaktorer (Brounstein, Zweig & Gardner, 2001)



Risk- och skyddsfaktorer kan kopplas till individen, familjen, kamrater, skolan, närsamhället samt ytterst till staten. Många riskfaktorer tenderar att samvariera (figur 2). Ett exempel är att familjer med låg utbildning oftare bor i socialt utsatta bostadsområden där våld och missbruk förekommer oftare. Ett annat exempel är att barn med ADHD-problematik ökar risken att föräldrar ska svikta i sin omsorgsförmåga, att det ska uppstå problem i skolan och att barnets temperament ska leda till kamratproblem.

<sup>13</sup> T.ex. Stattin, Romelsjö & Stenbacka (1997).

**Riskfaktorer.** Även om olika forskare fokuserat på olika riskfaktorer finns det några som så gott som alltid framhålls som viktiga. Så länge barn bor kvar hemma utgör *familjen* den förmodligen viktigaste risk- eller skyddsfaktorn. En god föräldraroll innebär grovt sett två saker, dels förmågan att reglera barns handlingsutrymme (inkl att förmedla tydliga förväntningar på barnens beteenden), dels att ha roligt och umgås tillsammans med barnen (så att den unges motivation att efterleva föräldrarnas förväntningar ökar). Sålunda är föräldrars bristande tillsyn och intresse för barnen allvarliga riskfaktorer. Dessutom utgör allvarliga konflikter mellan föräldrar eller mellan barn och föräldrar riskfaktorer, liksom föräldrar som är positiv till normbrytande beteenden, som förgriper sig sexuellt och fysiskt på sina barn samt som har allvarliga ekonomiska problem.

Riskfaktorer i *kamratgruppen* handlar i huvudsak om att ha antisociala vänner, till exempel kamrater som använder droger och begår brott. Bland yngre barn är dessutom dåliga kamratrelationer en riskfaktor eftersom de gör barnen mer benägna att söka sig till kamrater som befinner sig i samma situation som de själva (dvs. bortvalda av andra kamrater).

Riskfaktorer i *skolan* är ett dåligt skolklimat, bristande intresse för skolan, dåliga betyg och skolkl. Förmodligen handlar det om en slags kausal kedja där ett dåligt skolklimat minskar elevers intresse för skolan och så vidare.

Olika riskfaktorer i *närmiljön* (t.ex. bostadsområdet) kan också beskrivas som en kausal kedja. I områden som kännetecknas av bristande ekonomiska resurser åtgärdas kanske inte småbrott som klotter, cykelstölder och vandalism. Frånvaron av vuxnas reaktion på dessa brott signalerar till unga att dessa normbrott är tillåtna. Därmed ökar också risken för andra typer av brott. Vandalism och kriminalitet ökar risken för att många familjer kommer att flytta till andra bostadsområden. En ökad boendeomsättning medför att färre vuxna som bor i området känner barnen, vilket gör dem mindre benägna att ingripa vid normbrott. De unga kan alltså begå brott med minskad risk att åka fast. Om området får tillräckligt dålig status kommer troligen andelen invandrare att öka eftersom de i mindre utsträckning kan välja bostadsområde, vilket försvårar kommunikationen över kulturgränser på grund av språkproblem. Vid det här laget har det dessutom troligen uppstått starka normer bland vissa ungdomsgrupper som gynnar drogkonsumtion och

kriminalitet, vilket både ökar tillgången på droger i området och fortsatt kriminalitet.

Riskfaktorer på en *nationell* nivå är exempelvis lagar och normer som gynnar alkohol- och drogkonsumtion och lagbrott som inte åtgärdas. Exempel på det första är dels att priset på droger är lågt, dels att tillgängligheten är god. Bättre tillsyn, ökat pris och höjd inköpsålder för exempelvis alkohol är sålunda skyddsfaktorer. I Sverige har dock de flesta av dessa faktorer utvecklats i motsatt riktning under senare år. Exempelvis har antalet utskänkningstillstånd för alkohol i Stockholm ökat från ungefär 300 stycken år 1975 till 1 600 år 2003.

Det finns också riskfaktorer som direkt kan knytas till *individ*en. Pojkar utgör en riskgrupp i förhållande till flickor. Det är en ökad risk för pojkar jämfört med flickor att debutera tidigt med normbrott, att vara bråkig och aggressiv och att vara ”sensation seeking” – söka sig till utmaningar utöver det vanliga. Speciellt bråkighet och aggressivitet har visat sig på lång sikt vara en allvarlig riskfaktor. Barn som är bråkiga i lågstadiet kan få kamratproblem om de inte ändrar sig. Eftersom dessa barn tenderar att använda sin aggressivitet till att få sin vilja igenom kommer andra att dra sig undan varpå det aggressiva barnet får en allt mer perifer roll i kamratgruppen. När de kommer upp i mellanstadiet bli de på ett annat sätt medvetna om sin sociala position och söker sig då ofta till andra som också är bortvalda av kamraterna. De barnen bildar gäng som börjar snatta, skolka, sniffa, röka dricka och begå allt allvarligare normöverträdelser. De negativa spiralerna förstärks eftersom de ofta har inlärningsproblem, bland annat på grund av sin aggressivitet. Det är dessutom svårt att bryta dessa negativa spiraler eftersom barnens erfarenhet av vuxna i huvudsak är negativ – de som ständigt beklagar sig över deras uppträdande (”varför är inte du som andra, varför är du bråkig?”).

Även om de uppräknade riskfaktorerna ovan gång efter annan identifieras som viktiga är effekten av enskilda riskfaktorer i allmänhet svag. Lipsey och Derzon (1998) visar till exempel i en rad metaanalyser att sambanden mellan riskfaktorer och problembeteenden i de flesta fall inte överstiger .40 (tabell 1–3). Siffrorna i tabellerna motsvarar korrelationen mellan en viss riskfaktor och problembeteenden. En korrelation kan variera mellan 0 (inget samband) och 1 (perfekt samband). Tabell 1 visar dessutom att riskfaktorer till viss del varierar med barnets ålder. För de yngre barnen är debut av kriminalitet och droger det allvarligaste tecknet

på framtida problem. För de äldre är istället kamratsituationen mer avgörande. Det kan också noteras att flera riskfaktorer som ofta framhålls som allvarliga inte förefaller ha särskilt starka direkta samband med problem. Exempelvis tycks föräldrars bristande tillsyn, inställning till alkohol och droger, konflikter i familjen, föräldrars missbruk samt barnets skolanknytning endast vara svagt relaterade till ungas alkoholkonsumtion (tabell 3).

Tabell 1. Samband ( $r$ ) mellan riskfaktorer och våldsbrottslighet (Libsey & Derzon, 1998)

6–11 år		12–14 år	
Debuterat med kriminalitet	.38	Bortvald av "bra" vänner	.39
Debuterat med alkohol/droger	.30	Antisociala vänner	.37
Att vara pojke	.26	Debuterat med kriminalitet	.26
Låg socioekonomisk status inom familjen	.24	Aggressivt beteende	.19
Antisocial familj	.23	Rastlös och impulsiv	.19
Aggressivt beteende	.21	Misslyckande i skolarbetet.	.19
Etnicitet	.20	Brist på anknytning till skolan.	.19
Rastlös och impulsiv	.15	Att vara pojke.	.19
Brister i anknytning, uppfostran, tillsyn	.15	Brister i anknytning, uppfostran, tillsyn	.19

Tabell 2. Samband ( $r$ ) mellan riskfaktorer och tobaks- och marijuana- bruk (Derzon & Lipsey, 1999a, 1999b)

Tobak		Marijuana	
Tidigare tobaksbruk	.52	Tidigare marijuana- bruk	.48
Vänner som brukar tobak eller droger	.40	Bruk av tyngre droger	.40
Bruk av marijuana	.38	Bruk av alkohol	.35
Bruk av alkohol	.35	Positiv attityd till droger	.29
Positiv attityd till tobak	.29	Bruk av tobak	.25
Bruk av tyngre droger	.28	Vänner som brukar droger	.25
Misslyckande i skolan	.25	Föräldrar som brukar droger	.25
Brist på anknytning till skolan	.25	Antisociala vänner	.25
Kriminalitet	.23	Antisociala föräldrar	.24
Föräldrar som brukar tobak eller droger	.20	Kriminalitet	.23



Tabell 3. Samband ( $r$ ) mellan riskfaktorer och alkoholbruk (Derzon, 2002)

	<i>Alkohol</i>	
"Sensation seeking"	.33	Misslyckande i skolan .18
Positiv attityd till alkohol/droger	.33	Dålig samhällsorganisation .16
Tidig debut med droger/kriminalitet	.32	Dålig anknytning till familj .13
Antisociala vänner	.26	Dålig anknytning till skolan .11
Antisocialt beteende	.25	Antisocialitet/missbruk inom familj .09
Impulsivitet	.24	Brister i uppfostran .07
Liberala lagar/normer	.23	Föräldrar positiva till alkohol/droger .07
Alkohol/droger/vapen lätta att få tag på	.23	Familjekonflikter .07
Rebellisk	.19	Brister i tillsyn .06

Av tabellerna framgår också att det finns en skillnad i styrkan mellan riskfaktorerna och de olika problembeteendena. Exempelvis tycks dålig skolanknytning och misslyckande i skolarbetet spela större roll för våldsbrottslighet och tobaksbruk än alkohol- och narkotikabruk. Vidare tycks antisociala vänner vara av mindre betydelse för att förklara alkoholbruk än de andra typerna av problembeteenden. Det är viktigt att påpeka att ett starkt samband inte automatiskt betyder att riskfaktorn orsakar problem. Ibland kan en riskfaktor vara en markör för andra bakomliggande orsaker.

**Skyddsfaktorer.** Det finns mindre forskning om skyddsfaktorer än riskfaktorer. Vidare saknas en enhetlig definition av skyddsfaktorer. Ett synsätt är att riskfaktorer och skyddsfaktorer utgör ändpunkter på ett kontinuum, till exempel att dålig anknytning till skolan är en riskfaktor och god anknytning en skyddsfaktor. En medelmåttig anknytning blir då varken risk- eller skydd. Ett annat sätt att se på skyddsfaktorer är att de har en kompensations- eller bufferteffekt för högriskgrupper medan de inte har någon effekt för andra barn <sup>14</sup> Hawkins, Catalano och Arthur, (2002) nämner fem skyddsfaktorer som viktiga:

*Tydliga normer och förväntningar.* Föräldrar, skolpersonal och andra vuxna visar unga vilka normer som gäller och vilka förväntningar de har på barnen. Föräldrar som tydligt visar att de inte vill

<sup>14</sup> Rutter (1983).

att barnen ska dricka alkohol har exempelvis barn som dricker mindre alkohol.

*Anknytning.* Barn och unga är mer benägna att leva upp till normer och förväntningar när de känner tillhörighet och har en anknytning till dem som representerar normerna. Barn som knyter an till sina föräldrar vill inte riskera relationen genom att göra sådant som föräldrarna tydligt tar avstånd från. Barn och unga behöver dessutom känna att relationen till den positive vuxne eller kamraten är värt att satsa på över tid.

För att barn och unga ska knyta an till föräldrar, skola eller andra är det viktigt att de får tillfälle att bidra med något som har betydelse för andra, det måste finnas *prosociala tillfällen* för de unga.

Det räcker inte att barn och unga får ge ett bidrag för att de ska knyta an till föräldrar och andra. För att det ska ske behöver barnen och de unga ha *grundläggande sociala och kognitiva kompetenser* som gör att deras bidrag blir framgångsrika.

En sista viktig skyddsfaktor är att barn och unga ges *uppmärksamhet för prosociala handlingar*, något som är relativt ovanligt. Människor lär genom de konsekvenser deras handlingar får. Det är därför viktigare att uppmärksamma barns positiva handlingar än deras negativa, eftersom detta ökar sannolikheten för positiva handlingar.

**Kontextuella risk- och skyddsfaktorer.** De flesta undersökningar om risk- och skyddsfaktorer kommer från Nordamerika. Den svenska forskning<sup>15</sup> som finns bekräftar i stort resultatet från andra länder, möjligen med undantag för socioekonomiska variabler där kanske det svenska transfereringssystemet suddat ut skillnaderna. Enligt Hawkins (1995) har risk- och skyddsfaktorer ungefär samma effekt för båda könen, för olika etniska grupper, kulturer och sociala klasser. I huvudsak är det samma riskfaktorer som identifierats för drogbruk, kriminalitet, våld och bristande skolanpassning (tabell 4). Något som talar för att så är fallet är att en metastudie av interventionsprogram för ungdomsbrottslingar visat att de fungerade lika bra för ungdomar med minoritetsursprung som för de med majoritetsbakgrund<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> T.ex. Sundell (2003a; 2003b); Sundell & Kraft (2002).

<sup>16</sup> Wilson, Lipsey & Soydan (2003).

Tabell 4. Riskfaktorer för problembeteenden bland unga (Hawkins, Catalano & Arthur, 2002)

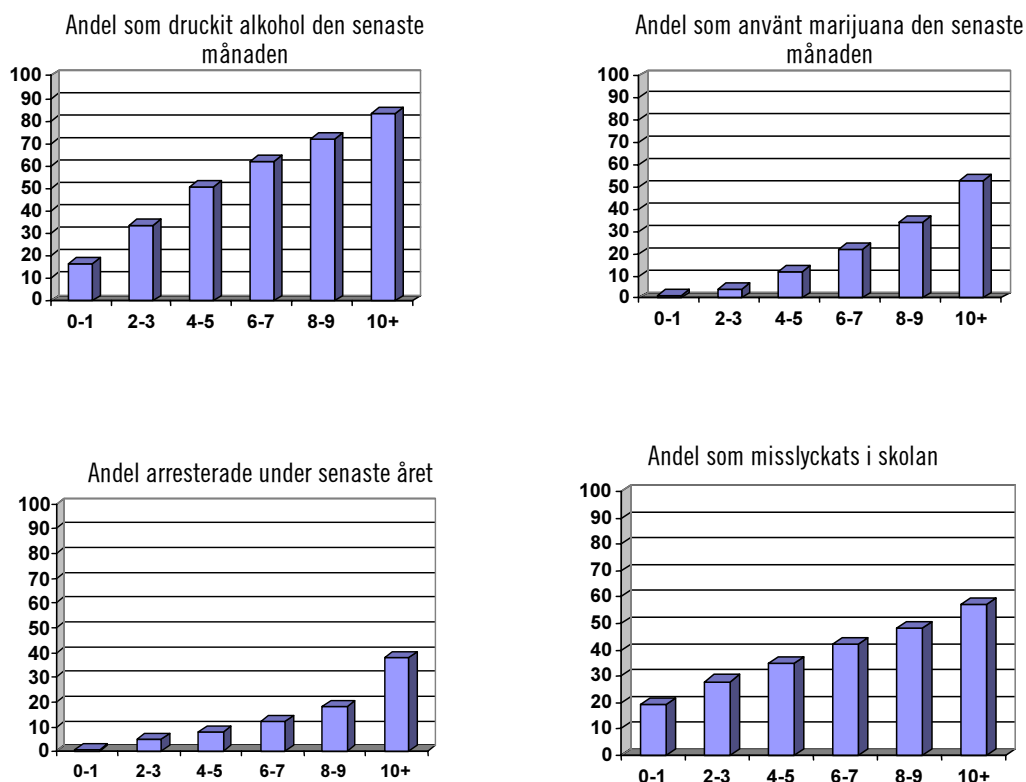
Risikfaktor	Alkohol och droger	Brottslighet	Tonårsgraviditet	Skolavhopp	Våld	Depression och ångest
<i>Samhälle</i>						
God tillgång på droger	✓				✓	
God tillgång på vapen		✓			✓	
Liberala lagar/normer om droger, vapen, kriminalitet	✓	✓			✓	
Massmedias presentation av våld	✓				✓	
Frekventa bostadsbyten	✓	✓		✓		✓
Närsamhälle kännetecknat av bostadsbrist, kriminalitet, social utslagning etc	✓	✓			✓	
Extrem fattigdom	✓	✓	✓	✓		
<i>Familj</i>						
Antisocialitet/missbruk inom familjen	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Brister i anknytning, uppfostran, tillsyn	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Familjekonflikter	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Föräldrar positiva till problembeteendet	✓	✓			✓	
<i>Skola</i>						
Misslyckande i skolarbetet (högstadium)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dålig anknytning till skolan	✓	✓	✓	✓	✓	
<i>Individ/kamrater</i>						
Tidigt och långvarigt antisocialt beteende	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Alienerad, rebellisk, oppositionell	✓	✓		✓		
Kamrater som gör problembeteendet	✓	✓	✓	✓	✓	
Positiv attityd till problembeteendet	✓	✓	✓	✓		
Tidig debut med problembeteendet	✓	✓	✓	✓	✓	
Konstitutionella (genetiska mm) faktorer	✓	✓			✓	✓

**Samverkande riskfaktorer.** Risken för problembeteenden ökar med antalet riskfaktorer. Exempelvis visar en studie att en 10-åring med 6 eller fler riskfaktorer löper 10 gånger högre risk än en 10-åring som endast har en riskfaktor<sup>17</sup>. Ett annat exempel redovisas i figur 3. Resultaten är hämtade från The Six State Project i USA som omfattar 80 000 elever i årskurserna 6–12. Med högst en riskfaktor hade ungefär 15 procent av tioåringarna druckit alkohol den senaste månaden, med 6–7 riskfaktorer hade 60 procent gjort det och med tio eller fler riskfaktorer över 80 procent. Liknande resultat finns för förekomsten av andel elever som använt marijuana, som arresterats det senaste året och som misslyckats i skolan. Antalet skyddsfaktorer var konstant 0–1 i figur 3.

---

<sup>17</sup> Herrenkohl, Maguin, Hill, Hawkins, Abbott & Catalano (2000).

Figur 3. Risk för problem och antal riskfaktorer (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak & Hawkins, 1999)



Ett tredje exempel på betydelsen av samverkande risk- och skyddsfaktorer har hämtats från 2002-års drogvaneinventering i Stockholm. Totalt har mer än 5 000 elever i årskurs 9 besvarat frågor om bland annat användning av narkotika<sup>18</sup>. Figur 4 visar att bland elever med flest riskfaktorer och minst antal skyddsfaktorer<sup>19</sup> (stapeln längst bort i bild) hade 41 procent använt narkotika minst en gång. I gruppen av elever med minst antal riskfaktorer men flest skyddsfaktorer<sup>20</sup> (stapeln närmast i bild) var andelen endast fyra procent, det vill säga en tiondel av den mest utsatta gruppen. I

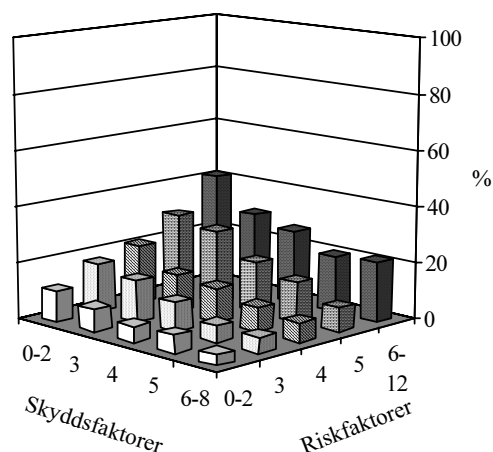
<sup>18</sup> Sundell (2003a).

<sup>19</sup> T.ex. aggressiv, tidig brottsdebut, ensamstående förälder, dåligt skolklimat.

<sup>20</sup> T.ex. god relation till föräldrarna, kamrater som inte är asociala, organiserad fritidssysselsättning.

gruppen med lika många riskfaktorer som i den mest utsatta gruppen men också med många skyddsfaktorer (stapeln längst till höger) hade 21 procent använt narkotika, det vill säga hälften så många som i den mest utsatta gruppen. Detta betyder att skyddsfaktorer minskar risken för problembeteenden, men att de inte skapar en lika gynnsam situation som för personer som inte har några risker. Det ska noteras att även bland elever med många riskfaktorer och inga skyddsfaktorer hade inte ens hälften använt narkotika. Det betyder att riskfaktorer aldrig säkert kan förutsäga vilka enskilda individer som utvecklar problem.

Figur 4. Andel elever i årskurs 9 som använt narkotika minst en gång (Sundell, 2003a)



### Sammanfattning

Effektiva preventionsprogram inriktas mot att påverka risk- och skyddsfaktorer. Forskning visar att det finns riskfaktorer inom flera parallella områden. Enstaka riskfaktorer har i allmänhet en begränsad betydelse. Preventionsprogram bör därför inriktas mot flera riskfaktorer samtidigt. Olika typer av problembeteenden – som missbruk och kriminalitet – har många gemensamma riskfaktorer. Därför kan interventioner mot ett problembeteende (t.ex. alkoholkonsumtion) även ha gynnsamma effekter på andra problembeteenden (t.ex. kriminalitet). Skyddsfaktorer kan minska risken för problembeteenden, framför allt för barn med förhöjd risk (bufferteffekt).

## Evidensbaserad prevention

Begreppet evidensbaserad prevention är relativt nytt<sup>21</sup>. En definition är ”...the competent and high-fidelity implementation of practices that have been demonstrated safe and effective, usually in randomized controlled trials<sup>22</sup>”, det vill säga en korrekt implementerad verksamhet som i kontrollerad forskning har visat sig inte orsaka skada och som är effektiv. Evidensbaserad prevention handlar om ett förhållningssätt till kunskapsutveckling och utvecklingsarbete där kunskapen om vad som är effektiv prevention är tillfällig och i ständig utveckling mot successivt allt effektivare metoder. Det handlar inte om en färdig uppsättning effektiva insatser mot problembeteenden. Ju flera av varandra oberoende utvärderingar av ett visst preventionsprogram som ger samma resultat, desto säkrare är att det programmet fungerar som avsett. Med program menas en insats med en eller flera komponenter som finns beskrivna i en manual. Manualen kan vara en enkel beskrivning av procedurerna i programmet eller ett omfattande material med videofilmer och arbetsböcker. Manualens roll är dels att underlätta för andra att lära sig metoden, dels att öka sannolikheten att metoden används på det sätt som avses.

En nyckelfråga för begreppet evidens är hur man får säker kunskap om vad som är effektivt. All forskning genererar inte sådan kunskap. All effektutvärdering handlar om att kontrollera så många alternativa förklaringar som möjligt för att ge bästa möjlighet till säkra slutsatser om den eller de interventioner som utvärderas. För att detta ska kunna ske krävs att minst två grupper jämförs över tid, till exempel två olika insatser eller en grupp som får en insats och en som får stå på väntelista för att få samma insats vid ett senare tillfälle. Som den vetenskapligt säkraste utvärderingsdesignen betraktas en randomiserad och kontrollerad studie<sup>23</sup>. Den kännetecknas av att undersökningsindividerna fördelas slumpmässigt mellan två eller flera grupper där minst en får någon form av insats. Därmed blir grupperna i statistisk bemärkelse likvärdiga, vilket gör att den eventuella skillnad som erhålls logiskt kan knytas

---

<sup>21</sup> Andra begrepp som används synonymt i engelskspråkig litteratur är “research based” och “empirically based”.

<sup>22</sup>Chaffin & Friedrich (2004).

<sup>23</sup>T.ex. Shadish, Cook, & Campbell (2002); Sherman, Farrington, Welsh & MacKenzie (2002); Society for Prevention Research (2004).

till interventionen snarare än till bakgrundsfaktorer. Det har ibland framförts att randomiserade undersökningar är oetiska. De svenska randomiserade studier som genomförts visar dock att få klienter avböjer medverkan i dessa utvärderingar. Idag betraktar allt fler det som mer oetiskt att erbjuda (eller tvinga på) klienter insatser som ingen vet effekten av. Så länge den kunskapen saknas anses det mer etiskt att låta slumpen avgöra vem som får vilken insats (givet att klienterna informerats om utvärderingen och givit aktivt samtycke till medverkan) för att på det sättet öka kunskapen om vad som fungerar bättre respektive sämre. Eftersom randomiserade studier ibland inte är möjliga och dessutom är kostsamma, används ofta så kallade kvasiexperimentella designer där minst två grupper jämförs, men där individerna inte randomiserats till de olika alternativen. Ett exempel på en sådan studie är två skolor med olika anti-mobbningensprogram som utvärderas genom att undersöka förekomsten av mobbning före och efter implementeringen. Nackdelen med en sådan studie är att det kan vara elever med olika social bakgrund i de två skolorna, vilket gör att förekomsten av mobbning kan bero på det och inte på mobbningsprogrammen. Oberoende av typ av undersökningsdesign är det viktigt att fortsätta att följa upp insatserna över lång tid eftersom vissa problembeteenden inte visar sig förrän efter flera år.

Det finns utvärderingar som inte ger tillförlitlig kunskap om en insats är effektiv eller inte<sup>24</sup>, till exempel fallstudier och processutvärderingar. Dessa utvärderingsdesigner har dominerat svensk forskning inom socialt arbete och pedagogik. För att uttala sig om en viss insats är effektivare än en annan räcker inte fall- och processtudier. Utan jämförelsegrupp är det inte möjligt att säkert avgöra vad som är mer eller mindre effektivt. Det räcker inte med uppgifter från lärare, terapeuter, socionomer eller andra som använder en viss preventionsmetod. Förutom att de saknar jämförelsegrupp har de i allmänhet ingen överblick över vad som händer de som hoppar av en behandling (t.ex. byter skola) respektive vad som händer klienterna (eleverna) långt efter att de fullföljt sin behandling.

Inte heller ger klienters upplevelser av hur en intervention fungerat säker information. Ett exempel på faran att dra

---

<sup>24</sup> Däremot kan de ge annan viktig kunskap (t.ex. vilka problem som uppstår under implementeringen och hur det som planeras att implementeras blir något annat.).



långtgående slutsatser från klienters berättelser är en studie från USA vars syfte var att bryta sambandet mellan en riskfylld uppväxtmiljö och brottslighet<sup>25</sup>. Socialarbetare letade upp par av barn i samma ålder, med samma familjebakgrund, boendemiljö och samma risker att hamna i brottsregistret. Pojkarna var mellan fem och elva år och levde i slummen runt Boston. Därefter bestämdes slumpmässigt vilka barn som skulle få förstärkt stöd under uppväxten och vilka som inte fick det. Varje barn i behandlingsgruppen tilldelades en socialarbetare som försökte bygga upp en relation till pojken och som skulle vara till stöd för honom och hans familj. När pojkarna följdes upp 30 år senare uppgav två tredjedelar av de i behandlingsgruppen att behandlingen varit betydelsefull för dem. Många sa att den förbättrat deras liv eftersom de fått lära sig hur man ska uppföra sig tillsammans med andra. Andra sa att kontakten med socialarbetaren gett dem ett förtroende för andra människor, att det förberett dem för det vuxna livet och att det hållit dem borta från brottslighet. Trots detta visade uppföljningen att det var lika vanligt att ungdomar i behandlingsgruppen som i kontrollgruppen hade blivit dömd för brott. Det var till och med så att behandlingsgruppen oftare varit aktuella för alkoholism och psykisk sjukdom. Några förklaringar som forskaren själv nämner till detta paradoxala resultat är att behandlingen skapat ett beroende hos pojkarna av fortsatt samhällelig hjälp, att det skapat för höga förväntningar på framtiden och att socialarbetarnas värderingar var andra än de pojkarnas föräldrar hade, vilket medfört konflikter som i sig skapat problem. En annan förklaring är att stödet skedde i grupp och att sammanförandet av riskindivider var orsak till det negativa utfallet<sup>26</sup>.

En annan typ av utvärdering som ger alltför osäkra resultat är sambandsstudier – jämförelser av hur insatser och utfall samvarierar vid en enda tidpunkt. De ger inte möjlighet att bedöma orsak och verkan eftersom det kräver skillnad i tid mellan mätning av insats och utfall. Studier med för- och eftermätning av en grupp som fått en viss insats men där ingen jämförelsegrupp funnits ger inte heller säker information eftersom de visat sig övervärdera effekten av insatsen<sup>27</sup>, förmodligen eftersom det nästan alltid blir bättre på gruppnivå med tiden (t.ex. på grund av mognad, eller att andra

---

<sup>25</sup> McCord (1978).

<sup>26</sup> Dishion, McCord & Poulin (1999).

<sup>27</sup> Wilson & Lipsey (2001).

viktiga saker händer). Sambandsstudier och uppföljningsstudier utan jämförelsegrupp bedöms således inte ge tillförlitliga resultat för att värdera effekten av en insats<sup>28</sup>.

Evidensbaserad forskning handlar inte bara om jämförelser mellan olika program. Denna typ av forskning omfattar också hur olika bakgrundsfaktorer modifierar utfallet, exempelvis egenskaper hos behandlaren, sociala faktorer och relationen mellan den som leder program och deltagarna.

### Typer av prevention

Prevention syftar till att förhindra olika typer av problem genom att förändra miljön. Det är till exempel möjligt att minska kriminalitet genom att öka polis närvaro, begränsa krogars öppettider, förbättra belysning i parker eller höja alkoholskatten. Den typen av åtgärder brukar kallas situationell prevention. En annan form är social prevention. Därmed avses åtgärder som direkt berör individer. Försättningsvis berörs endast social prevention.

Preventiva insatserna brukar delas in i tre nivåer: *universella* (även kallad primärprevention), *selektiva* (sekundärprevention) och *indikerade* (tertiärprevention). Universella insatser riktar sig till alla barn i en viss grupp. Ett exempel är att introducera ett anti-mobbningsprogram på en skola. Selektiva insatser riktar sig till vissa barn som befinner sig i riskzonen att utveckla problem. Dessa barn identifieras med hjälp av kunskap om riskfaktorer. Ett exempel på selektiva insatser är att hjälpa föräldrar och lärare att arbeta med bråkiga och störande barn. Indikerade insatser går ut på att hjälpa barn eller ungdomar som redan har problem. Ett exempel på en sådan insats är ett program som riktar sig till ungdomar som börjat med brottslig verksamhet.

Forskning visar att program som riktar sig mot problemgrupper (indikerade insatser) har starkast effekt, följt av insatser mot riskgrupper (selektiva insatser) och sist de som vänder sig till alla barn och unga (universella insatser)<sup>29</sup>. I Wilson, Lipsey och Derzons (2003) metastudie av skolprevention var den genomsnittliga effektstorleken .41 för indikerade interventioner, .26 för selekterade och .09 för universella interventioner. Lösel och

---

<sup>28</sup> Chaffin & Friedrich (2004).

<sup>29</sup> Lösel & Beelmann (2002); Wilson m fl (2003); Wilson m.fl. (2001).

Beelmans (2002) metastudie av program för att träna barns sociala förmågor redovisar snarlika siffror. Den genomsnittliga effekten är störst för indikerad prevention och lägst för universell. Det är logiskt eftersom den som har många problem har förutsättning att minska problemen medan den som inga problem har inte kan det. Den utan problem från början kan med andra ord inte få till en förbättring.

Synen på tidig prevention varierar. Det finns både de som har stora förhoppningar om dess möjligheter att förebygga problem och de som är skeptiska. Ett exempel på det första är påståendet om att det går att identifiera riskbarn tidigt ("redan på BVC såg vi att det inte skulle fungera") och att om en insats hade satts in tidigt så skulle en negativ utveckling ha undvikits. Mycket talar dock för att det inte är möjligt att säkert identifiera riskbarn före skolåldern, eller snarare att sortera bort de barn som till synes har samma problem som den verkliga riskgruppen men som inte kommer att utveckla någon problematik. Det räcker inte med att hitta "sanna" riskbarn om det inte samtidigt går att särskilja dem från "falska" riskbarn<sup>30</sup>. Problemet är både etiskt och praktiskt, etiskt eftersom alla interventioner i människors liv kan få negativa konsekvenser<sup>31</sup> och praktiskt eftersom universella insatser är kostsamma då alla berörs.

Det finns också de som menar att universell prevention inte är meningsfull eftersom det är svårt att nå de som verkligen behöver hjälp. Exempelvis menar många att skolans föräldramöten är meningslösa eftersom det bara är de "ordentliga" föräldrarna som kommer och aldrig de föräldrar skolpersonalen verkligen behöver träffa. Ett räkneexempel kan belysa att detta synsätt är fel. Om utgångspunkten är 100 familjer så har uppskattningsvis 90 inte några synliga problem (normalgrupp), sju tillhör en riskgrupp (t.ex. att barnen är bråkiga och störande) och tre har problem som gör att de är aktuella för samhällets stödinsatser. Fördelningen är inte exakt utan en uppskattning. Vidare kan det antas att den relativa risken att ett barn från normalgruppen ska utveckla allvarliga

---

<sup>30</sup> Jfr. Lagerberg & Sundelin (2000).

<sup>31</sup> Ett exempel är insatsen kontaktfamilj till ensamstående föräldrar med barn. Insatsen innebär att barnet får bo hos kontaktfamiljen en eller flera helger i månaden för att den biologiska föräldern ska få avlastning och för att barnet ska få stimulans och ett utvidgat nätverk. Insatsen kontaktfamilj kan emellertid föra det negativa med sig att barnets frånvarande förälder och dess släkt fjärnas från barnet och ges mindre möjlighet att fungera som en "naturlig" kontaktfamilj.

normbrytande beteenden är tio procent, barn ur riskgruppen 25 procent och barn ur problemgruppen 40 procent. Det betyder att nio barn ur normalgruppen kommer att utveckla en allvarlig problematik ( $90 \times 10\% = 9$ ), två från riskgruppen ( $7 \times 25\% = 1,75$ ) och ett ur problemgruppen ( $3 \times 40\% = 1,2$ ). Av de 12 barn som utvecklar ett normbrytande beteende kommer således majoriteten, nio, från normalgruppen. Även om den relativa risken för normal-gruppen halveras till fem procent kommer majoriteten av problembarnen från normalgruppen.<sup>32</sup> Detta fenomen - att en liten insats till många har större preventiv effekt än stora insatser till få - har även kallats för den *preventiva paradoxen*<sup>33</sup>.

Sammantaget behövs alla typer av prevention. Att enbart satsa på universell prevention är lika olyckligt som att endast prioritera indikerad prevention. Kommuner behöver inte ett preventionsprogram, de behöver preventiva insatser på alla nivåer.

### Utformningen av effektiva program

Kunskap om vad som kännetecknar program som har positiva effekter kommer framför allt från metastudier där en mängd undersökningar om enskilda program jämförs. I tabell 5 summeras resultaten från fyra metastudier om preventionsprogram: en om skolprevention<sup>34</sup>, en om prevention mot allvarligt våld bland unga<sup>35</sup>, en om alkohol- och drogprevention<sup>36</sup> och till sist en om program mot asocialt beteende i form av drogbruk, kriminalitet, oskyddat sex och psykisk ohälsa<sup>37</sup>. Underlaget i dessa fyra metastudier är överlappande eftersom samma undersökningar delvis återfinns i de olika metaanalyserna.

---

<sup>32</sup> En reservation till detta räkneexempel är att de allvarligaste problemen kan finnas i risk- eller problemgrupperna.

<sup>33</sup> Rose (1992).

<sup>34</sup> Wagner, Tubman & Gil (2004).

<sup>35</sup> National Institute of Health (2004).

<sup>36</sup> Winters (2004).

<sup>37</sup> Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrissey-Kane & Davino (2003).

Tabell 5. Effektiv utformning av program enligt fyra meta-analyser

Slutsatser i alla fyra metastudierna
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmen styrs av en uttalad teori om risk- och skyddsfaktorer</li> <li>• Programmen innehåller inte enbart undervisning och diskussioner utan omfattar även färdighetsträning (t.ex. konflikthantering eller social färdighetsträning)</li> <li>• Programmen är utvecklingsmässigt och sociokulturellt adekvata</li> </ul>
Slutsatser i tre av fyra metastudierna
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatserna som riktas mot den unge förekommer i flera miljöer (t.ex. hem och skola)</li> <li>• Programmen innehåller medel för att säkerställa programtrohet</li> <li>• Programmen aktiverar och involverar</li> </ul>
Slutsatser i två av fyra metastudierna
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innehållet i programmen baseras på KBT eller beteendeterapi</li> <li>• Intervenera med optimal timing – helst innan problem aktualiseras</li> <li>• De som leder programmet får adekvat utbildning och handledning</li> <li>• Programmen pågår under lång tid</li> <li>• Programmet är väl förankrat i organisationen och involverar lokala beslutspersoner</li> </ul>
Slutsatser i en av fyra metastudierna
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydlig målsättning för utvärdering</li> <li>• Kontinuerlig utvärdering</li> <li>• Tillräcklig dos</li> <li>• Samverkan med andra preventionsprogram</li> <li>• Undviker tvång</li> </ul>

Dessa fyra metastudier visar att effektiva preventionsprogram till stor del kännetecknas av samma saker (tabell 5)<sup>38</sup>. Det som tydligast kännetecknar dem är att insatserna styrs av en uttalad teori om vad som ökar respektive minskar risken för problem-beteenden, det vill säga vilka risk- och skyddsfaktorer som identifierats som viktiga och som interventionerna inriktas mot. Vidare kännetecknas effektiva preventionsprogram av att de kombinerar undervisning om kunskaper med träning av sociala färdigheter (t.ex. verbal konfliktlösning, självkontroll) och att programmet är utvecklingsmässigt och sociokulturellt adekvat.

<sup>38</sup> Se även Ferrer-Wreder, Stattin, Lorente, C., Rubman & Adamson (2003); Hawks, Scott, McBride, Jones & Stockwell (2002); Schinke, Brounstein & Gardner (2002); Sherman, Farrington, Welsh, & MacKenzie (2002).

Dessa tre kriterier återfinns i alla fyra metaanalyserna. I tre av fyra nämns betydelsen av interventioner i flera av den unges miljöer (t.ex. skola, hem), strävan efter programtrohet samt att inlärningsmetoder används som innebär att den unge aktiveras. Två meta-studier lyfter fram betydelsen av beteendeterapeutiska och kognitiv-beteendeterapeutiska metoder för social färdighetsträning, optimal timing (helst att intervensera före problemen aktualiseras), adekvat utbildning av dem som bedriver programmen, att programmen pågår länge samt att de involverar lokala besluts-personer i implementeringen (att det är förankrat i organisationen). Slutligen nämns ytterligare fem kriterier i endast en metastudie.

### Effektiva programkomponenter

I tabell 6 beskrivs vanliga komponenter i preventionsprogram. Det är sällsynt att fler än två program jämförs i en och samma utvärdering. För att kunna jämföra effekterna av olika programkomponenter används metaanalyser. Där sammanställs resultaten från många studier, genomsnittliga effekter räknas ut och jämförs.

**Skolbaserade interventioner.** Wilson, Lipsey och Derzon (2003) har genomfört en metastudie baserad på 221 enskilda studier kring skolbaserad intervention. Utfallet gällde minskning av aggressivitet och störande beteenden. Generellt visade sig färdighetsträning med KBT ha störst effekter (.27), sedan behavior management (.22) och därefter färdighetsträning utan KBT (.20). Pedagogiska program har ännu högre effektstorlek (.43), men baseras endast på två studier. En annan rapport går igenom 149 studier om skolbaserade insatser och undersöker effekterna på kriminalitet<sup>39</sup>. Slutsatserna är även där att behavior management och KBT-baserade metoder har störst effekter. Även metoder som rör organisation ger bra utfall. Däremot visar färdighetsträning utan KBT relativt små preventiva effekter på kriminalitet.

---

<sup>39</sup> Gottfredson Wilson & Skroban Najaka (2002).

Tabell 6. Typer av komponenter i preventionsprogram

*Ledarskap i klassrummet (Classroom Management)* – Ledarskap i klassrummet handlar om att lärare skapar en god arbetsmiljö i klassrummet genom att introducera effektiva regler och instruktioner och en god kommunikation med hela klassen. Det engelska begreppet behavior management hör också hemma inom ledarskap i klassrummet. Det handlar om hur läraren kan arbeta med enskilda elever som kräver extra mycket uppmärksamhet.

*Pedagogiska program* – Pedagogiska program kan vara arbetsmaterial som direkt handlar om skolarbetet (t.ex. läsning) eller extraundervisning i olika former. Många forskare menar att ett av de bästa sätten att arbeta preventivt är att göra skolor effektiva så att elever lär sig läsa så tidigt som möjligt<sup>40</sup>.

*Organisation* – Program av det här slaget handlar om övergripande åtgärder i till exempel en skola. Exempel på innehåll är att förbättra samarbete mellan lärare och skolledning och att skapa tydliga gemensamma regler som man konsekvent följer upp.

*Hem och skola* – Program som syftar till att förbättra kommunikation och samarbete mellan lärarna och föräldrarna. Det kan handla om möten, sociala aktiviteter, att arbeta med gemensamma normer och regler eller att involvera föräldrar i skolarbetet.

*Föräldraträning* – Det finns flera väl utprovade föräldraprogram. Det som kännetecknar i princip samtliga är att de stödjer föräldrar i att fokusera på positivt umgänge med barnen, samt på uppmuntran och förmåga att sätta gränser. Det finns både universella program som ofta baseras i skolan och selektiva eller indikerade program som kan vara baserade i t. ex. socialtjänst eller barnpsykiatri.

*Socialt stöd* – Socialt stöd är en komponent som kan förekomma enskilt eller i kombination med andra komponenter. Det innebär att föräldrarna får någon form av individuellt stöd, till exempel i form av hembesök. Det kan vara både samtalsstöd och mer praktiska insatser som barnpassning eller skjutsning till aktiviteter. Insatserna riktas ofta till utsatta familjer

*Familjeterapi* – Innehållet i familjeterapi liknar föräldraträning, men det är mer intensivt. Det är indikerade insatser för ungdomar och omfattar hela familjen. Åtgärderna omfattar ofta flera olika områden i ungdomens liv, såsom skolan, familjen och fritiden.

*Informationsarbete* – Denna komponent handlar om att påverka barn och ungdomar genom informationskampanjer och media

*Mentorskap* – Mentorskap är stödjande och uppbyggande aktiviteter där en mentor fungerar som förebild och ledare. Mentorn kan vara frivillig eller professionell. Mentorsverksamheten kan vara baserad i skolan eller fritiden.

<sup>40</sup> T.ex. Slavin & Madden (2000).

I ytterligare en metastudie med 165 studier av skolbaserade insatser har man mätt effekterna på kriminalitet, alkohol/droger, skolavhopp och andra beteendeproblem. Tabell 7 visar att omorganisation av klasser, ledarskap i klassrum, färdighetsträning med KBT och behavior management är de mest framgångsrika strategierna. Återigen finns ett problem med få studier i vissa kategorier. Omorganisation av klasser bygger endast på sex studier och rådgivning, socialt arbete och terapier på sju. De resultaten bör därmed betraktas med försiktighet.

Tabell 7. Effektstorlekar för olika interventioner i skolan (Wilson m.fl.)

Intervention	Problem			
	Alkohol och droger	Brottslighet	Skolk och skolavhopp	Andra problem
<i>Fokus på skola och klass</i>				
School management	.07	.16*	-.14	.04
Att etablera normer och förväntade beteenden	.08*	-.07	-	.05
Ledarskap i klassrum	.10*	.19*	.14	-.01
Omorganisation av klasser	.48*	.34*	-.03	-.01
<i>Fokus på individen</i>				
Social kompetensträning med KBT-tekniker	.05*	.10*	.09	.08*
Social kompetensträning utan KBT-tekniker	.03	-.00	.03	.01
Andra undervisningsprogram	-.01	-.08	-.00	.02
Beteendemodifikation	.22	.06	.22*	.16*
Rådgivning, socialt arbete, terapier	-.18	-.17*	-.18	-.14
Mentorsskap	-.15	-.02	.05	-.03
Rekreation, fritidsverksamhet	-.11	-	.13	-.02

\*statistiskt säkerställda effekter. Effektstorlekar runt .20 beskrivs som små, runt .50 som medelstora och effekter runt .80 eller högre som stora.

**Föräldraserade interventioner.** Utvärderingar av föräldraträningprogram visar att bäst resultat uppnås i familjer där barnen är yngre än åtta år<sup>41</sup>. Runt en tredjedel av föräldrarna och barnen blir inte hjälpta av föräldraträning. Det som utmärker denna grupp är

<sup>41</sup> Ogden (1999).



relationsproblem, låg socioekonomisk status eller kriminalitet/missbruk<sup>42</sup>. Även depression hos någon av föräldrarna har negativ effekt på behandlingsresultat<sup>43</sup>. Effekterna av föräldraträning är lika stora i individuellt arrangerade insatser som till grupper av föräldrar<sup>44</sup>.

Föräldraträning har i genomsnitt större effekt än skolprogram. I föräldraträning handlar det i genomsnitt om effektstorlekar runt .70, vilket är ungefär dubbelt så stora effekter som de mest effektiva skolprogrammen<sup>45</sup>. Samtidigt är det inte en helt rättvis jämförelse då barnen som deltar i föräldraträning ofta har mer problem än barnen i skolstudierna.

## Effektiva program

Föregående avsnitt visade att föräldraprogram i genomsnitt hade starkare effekter än skolprogram. Samtidigt finns det enskilda program inom varje programkategori som presterar bättre och sämre. Därför är det nödvändigt att jämföra enskilda program för att veta vad man ska välja.

Den amerikanska organisationen *Center for the Study and Prevention of Violence* har gjort en sammanställning av preventionsprogram som amerikanska myndigheter och andra organisationer rekommenderar<sup>46</sup>. Det handlar om totalt 374 olika program. I tabell 8 sammanfattas ett urval av dessa program som minst två av sex viktiga organisationer rekommenderar. Organisationerna använder delvis olika kriterier för att beskriva program som lovande, effektiva respektive modellprogram. I huvudsak menas med lovande program att det finns minst en kontrollerad undersökning med positivt resultat. Med effektiva program avses program där det finns minst två kontrollerade undersökningar med samma positiva resultat. Det som kallas modellprogram i tabellen kräver dessutom i allmänhet att det finns en organisation för att utbilda och handleda intresserade. För att försöka gradera rekommendationerna har lovande program tilldelats värdet 1, effektiva 2 och modellprogram värdet 3.

---

<sup>42</sup> McMahon, Forehand, Griest, & Wells (1981); Patterson & Fleischman (1979); Serketish & Dumas (1996); Webster-Stratton & Hammond (1990).

<sup>43</sup> McMahon m.fl. (1981); Webster-Stratton (1984, 1996); Webster-Stratton & Hammond (1990).

<sup>44</sup> Carr (2000).

<sup>45</sup> Carr (2000).

<sup>46</sup> <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/matrix/matrix.pdf>

I kolumnen längst till höger i tabell 8 redovisas det summerade värdet – ju högre värde, desto mer rekommenderat är programmet.

Det finns skäl att tolka tabellen med försiktighet. För det *första* baseras resultaten på utvärderingar av i huvudsak nordamerikanska preventionsprogram. Det är inte självklart att det som fungerar i USA också fungerar i Sverige; USA är ett starkt individualistiskt samhälle med ett socialt skyddssystem endast för de fattigaste medan Sverige har ett generellt välfärdssystem och där kollektivet spelar en stor roll. För det *andra* är de flesta förebyggande insatser och metoder inte utvärderade i kontrollerad forskning vilket gör att de kan fungera nog så väl som de program som ingår i tabellen. För det *tredje* finns det program som framhålls som föredömen av en av organisationerna i tabellen men inte av de andra. För det *fyjärde* behöver ett program med goda resultat i forskningsstudier inte producera lika goda resultat när det implementeras i vanlig verksamhet<sup>47</sup>. Även om forskning visar att ett program fungerar under välkontrollerade former där forskare bevakar att programmet används rätt, är det således inte en garanti att det går att implementera programmet brett och utan medverkan av dem som konstruerat programmet. Detta är ett problem eftersom cirka 90 procent av alla studier av skolbaserad prevention baseras på demonstrationsprogram<sup>48</sup>. För det *femte* har vissa studier som ingår i tabellen kritiserats (bl.a. LST, Project Alert och Second Step) för att forskarna övertolkat sina resultat, bland annat på grund av felaktiga statistiska beräkningar och att bortfallsproblem inte hanterats. För det *sjätte* kan program vara effektiva men inte ha prövats i tillräckligt välgjorda studier för att bli rekommenderade. Utöver de 38 programmen i tabell 8 finns 336 program som inte medtagits.

**Skolbaserade program**<sup>49</sup>. Nedan beskrivs 11 av skolprogrammen i tabell 8 närmare. Det handlar framför allt om program vars effekter är särskilt starka och om program som finns i Sverige. Dessutom beskrivs fyra program som inte finns med i tabellen men som förekommer i Sverige och som är föremål för kontrollerade utvärderingar. Det svenska urvalet är inte heltäckande<sup>50</sup>.

---

<sup>47</sup> Curtis, Ronan & Bordouin (2004); Lipsey, Chapman & Landenberger (2001).

<sup>48</sup> Wilson m fl (2003).

<sup>49</sup> För mer information om programmen rekommenderas Ferrer-Wreder m fl (2003).

<sup>50</sup> Av de 60 föräldraträningprogram som finns i Sverige har exempelvis endast ett fåtal utvärderats vetenskapligt (Andalibi m.fl., 2003).

Tabell 8. Program som rekommenderas av minst två organisationer  
(Center for the Study and Prevention of Violence, 2005)

	Innehåll i program	Blueprints for Violence Prevention	Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)	US Department of Education – Safe Schools	National Institute of Drug Abuse (NIDA)	Strengthening America's Families	US office of Juvenile Justice and Delinquency	Poäng
3 poäng = modellform 2 poäng = effektivt program 1 poäng = lovande program								
<i>Skolbaserade program</i>								
Across ages	MF		3				3	6
Adolescent Alcohol Prevention Trial	F		1		3			4
All stars	F		3	1			3	7
CASASTART	MF	1	3	3			2	9
Child development project	OHE		3	1			3	7
Coping Power Program/Anger Coping Program	F		2				2	4
Families and Schools together (FAST)	EP		3			3	2	8
Good behaviour game	L	1	2					3
Guiding good choices	P	1	3	1		3	3	11
High Scope / Perry Preschool project	F	1	3				3	7
I can problem solve	F	1	1	1				3
Life skills training (LST)	F	3	3	3	3		3	12
Linking the interests of families and teachers	FPHL	1	1	1			2	5
Lions Quest Skills for adolescence	FCO		3	1				4
Olweus bullying prevention	O	3	3				1	7
Midwestern Prevention Project (Project Star)	FHI	3	2	1	3		2	11
Positive action	F		3	1			3	7
Project Alert	F	1	3	2			3	9
Project Northland	FHI	1	3	2			3	9
Project toward no tobacco use	F		3	3				6
Promoting alternative thinking strategies	F	3	3	1			3	10
Reconnecting youth	F		3		3		2	8
Responding in peaceful and positive ways	F		3	1			3	7
Second step	F		3	3		3	3	12
Skills, opportunities and recognition (SOAR)	FL	1	2	1	3	3	3	13
Strengthening families program	FP		3		3		3	9
Strengthening families program 10-14	FP	1	3	3			3	10
Student managing anger & resolution together	F		3	1			3	7
<i>Programbaserade i hemmet och samhället</i>								
Big brother-big sister of America	M	3					3	6
Brief strategic family therapy	S	1	3			3	3	10
CASASTART	S	1	3	3			3	10
Creating lasting family connections	PF		3	1		2	3	9
Focus on families	S		1		3	3	2	9
Funktionell familjeterapi	S	3				3	3	9
The incredible years	P	3	3			3	3	12
Multi-dimensional Treatment Foster care	S	3	2	3		3	3	14
Multisystemic Therapy	S	3	3			3	3	12
Nurse family partnership	SS	3	3				3	9

\* I = samhällspåverkan, E = pedagogik, F = färdighetsträning, H = samarbete hem-skola, L = ledarskap i klassrummet, M = mentorskap, O = organisationsåtgärder, P = föräldraträning, S = systemisk / hembaserad familjebehandling, SS = Socialt stöd,

CHemical Abuse Resolution Lies In Education (CHARLIE). CHARLIE är ett program som utvecklades i USA under 70-talet med syftet att förebygga droger. I dag presenteras CHARLIE som ett livskunskapsprogram med bredare fokus, bland annat att utveckla barns självförtroende och sociala färdigheter<sup>51</sup>. Programmet riktar sig till alla barn i klassen och innebär att läraren håller särskilda CHARLIE-lektioner minst en gång i veckan. Läraren utgår från en manual som innehåller ett 70-tal lektionsplaner. CHARLIE har utvärderats i två mindre randomiserade brittiska studier. I den första studien fick några klasser i årskurserna 3 till 5 CHARLIE medan andra klasser fungerade som kontrollgrupp<sup>52</sup>. Efter ett år visade CHARLIE-barnen bättre problemlösningsförmåga och förmåga att motstå grupppryck i hypotetiska situationer samt bättre kunskaper om droger. Däremot fanns inga effekter på barnens faktiska beteenden eller attityder till tobak, alkohol eller andra droger eller på självförtroende<sup>53</sup>. Den andra studien följ barn som fått CHARLIE i tioårsåldern fyra år senare och jämförde dem med en grupp barn som inte fått något program alls<sup>54</sup>. Resultatet vid uppföljningen visade att CHARLIE-barnen kunde bättre motstå grupppryck och hade bättre kunskap om droger än barnen i kontrollgruppen. De hade också mindre ofta prövat tobak. På grund av att studierna är små och har metodologiska brister hör CHARLIE inte till de program som rekommenderas av amerikanska myndigheter. CHARLIE ingår tillsammans med *KOMET* (se nedan) och en väntelista i svensk randomiserad utvärdering<sup>55</sup>. Undersökningen omfattar 135 lärare från 53 skolor med elever i lågstadiets år 1 till 3. Resultaten visar inte på några skillnader mellan grupperna efter sex månader. Efter 15 månader hade barnen i *KOMET*-gruppen mindre beteendeproblem än barnen i CHARLIE-gruppen. *KOMET*-barnen hade även mindre kamratproblem. Barnen i CHARLIE-gruppen skiljde sig inte från barnen i väntelistan vid sexmånadersuppföljningen. Programmet finns i svenska versioner för låg- och mellanstadiet och är mycket spritt i Sverige. De svenska versionerna av CHARLIE har ett tillägg som kallas ”Justa kompisar” som inte

---

<sup>51</sup> [www.storefront.org](http://www.storefront.org)

<sup>52</sup> Hurry & McGurk (1997).

<sup>53</sup> Harter (1985).

<sup>54</sup> Hurry, Lloyd & McGurk (2000).

<sup>55</sup> Forster, Sundell, Melin, Morris & Karlberg (2005).

finns med i de brittiska utvärderingarna. En annan skillnad är att de brittiska studierna använde särskilt utbildade CHARLIE-lärare att hålla i lektionerna medan det i Sverige är den ordinarie läraren.

Coping Power Program/Anger Coping Program. De färdighets-träningsprogram som innehåller KBT-moment brukar rikta sig till problembarn. Det handlar ofta om att samla barn med beteendeproblem i mindre grupper för att arbeta med deras sociala och emotionella färdigheter. De program som har bäst forskningsstöd heter Coping Power Program (tidigare Anger Coping Program). Målgruppen är barn på lågstadiet. Programmet innehåller kognitiv träning där aggressiva barn får lära sig att tolka situationer på ett icke-fientligt sätt och social färdighetsträning. Mindre grupper av barn leds av särskilt utbildade lärare som också ger konsultation till den ordinarie läraren för att öka generaliseringen av kunskaperna från gruppen. Programmet omfattar 12–18 entimmespass. Programmet har prövats i flera studier med positiva resultat. Exempelvis genomfördes en randomiserad studie med 9–12 åringar som efter studien visade klart mindre aggressivt beteende både i skolan (effektstorlek .55) och hemma (effektstorlek .61)<sup>56</sup>. Uppföljningsstudier visar också på mindre bruk av alkohol och andra droger (effektstorlek .38), men ingen säkerställd effekt på kriminalitet. Programmet har på senare år kompletterats med föräldraträning. En ny studie visar att effekterna förstärks av föräldradelen<sup>57</sup>. Så vitt känt används inte detta program i Sverige.

Good Behavior Game (GBG). Ett av de enklaste programmen att använda är GBG. Syftet är att minska störande och aggressiva klassrumsbeteenden och förebygga senare kriminalitet. Det genomförs som en lek tre gånger i veckan i lågstadiet och där barnens positiva beteenden i klassrummet uppmärksammas. I en studie deltog ungefär 1 000 barn. Efter årskurs 1 skattades både pojkar och flickor som mindre aggressiva än kontrollgruppen. I åk 6 kvarstod endast effekter för de pojkar som varit mest aggressiva i åk 1<sup>58</sup>. GBG har även ingått som en del i en studie med 678 elever i årskurs 1<sup>59</sup>. Förutom GBG innehöll programmet även utbildning av lärarna i Ledarskap i klassrummet samt behavior

---

<sup>56</sup> Lochman, Burch, Curry, & Lampron (1984).

<sup>57</sup> Lochman & Wells (2004).

<sup>58</sup> Dolan, Kellam, Brown & Werthamer-Larsson (1993); Kellam, Rebok, Ialongo & Mayer (1994).

<sup>59</sup> Ialongo, Werthamer, Kellam, Hendricks Brown, Wang & Lin (1999).

magement för barn med beteendeproblem. Denna intervention jämfördes med ett program som syftade till att stärka samarbetet mellan hem och skola, *Parents on Your Side*<sup>60</sup> och med en kontrollgrupp utan intervention. Båda interventionerna minskade beteendeproblem mer än väntelistan efter ett respektive två år. Störst effekter fanns för klassrumsinterventionen. Båda programmen hade även effekter när det gäller aggressivitet men där hade klassinterventionen bättre resultat än föräldraprogrammet, i synnerhet för de mest aggressiva pojkarna. Båda programmen visade även positiva effekter på skolresultat. GBG används inte i Sverige.

Guiding Good Choices (tidigare Preparing for the drug-free years). Guiding Good Choices (GGC) vänder sig till föräldrar med barn i åldrarna 9 till 14 år. Syftet är att förebygga alkohol- och narkotikamissbruk. Verksamheten är mycket begränsad och pågår endast fem två-timmars lektioner med två ledare. Syftet är att stödja en positiv utveckling genom att öka samhörigheten i familjen, etablera tydliga förväntningar på ungas beteenden, lära unga att motstå kamratpåverkan, stärka föräldrars uppfostran och minska konflikter i hemmet. En randomiserad studie visar att GGC ändrade föräldrars förhållningssätt och att det i sin tur försenade alkoholdebut, droganvändning samt icke-fokuserade problem (t.ex. kriminalitet, depression). GGC hade effekt för alla typer av familjer. Resultaten visade sig dock först i årskurs 8 och var tydliga först i årskurs 10. Så vitt känt förekommer inte GGC i Sverige.

High Scope / Perry Preschool project. På 1960- och 70-talen satsade myndigheterna i USA på en kompensatorisk förskola för barn som växer upp under svåra förhållanden (t.ex. fattigdom, enföräldershushåll). Möjligheten att få ta del av förskoleverksamhet ökade dessa barns skolframgång och sociala anpassning. Det gäller i första hand barn från fattiga och lågutbildade familjer<sup>61</sup>. High Scope / Perry Preschool project är det mest kända av dessa förskoleprogram. Programmet har utvärderats i en långtidsstudie där barnen följts till 27 års ålder. Resultaten är genomgående positiva och programmet bedöms som modellprogram av två av de sex organisationerna. Programmet är förmodligen av mindre

---

<sup>60</sup> Canter & Canter (1991).

<sup>61</sup> Brooks-Gunn (2003).

intresse för Sverige, dels med tanke på att målgruppen är liten, dels på grund av den väl utbyggda svenska förskolan.

KOMmunikationsMETod för lärare (KOMET). KOMET för lärare är ett svenskt program för årskurs ett till fem som utvecklats av FoU-enheten i Stockholm i samarbete med Uppsala Universitet och University of Arizona i USA. KOMET är i första hand ett program som riktar sig till barn med utagerande problem, men har även universella komponenter. Målsättningen är att minska beteendeproblem och öka positiva beteenden hos elever. Huvudkomponenten i KOMET är ledarskap i klassrummet. Läraren får pröva olika strategier för att hantera konflikter, skapa arbetsro, motivation och ett gott samarbete. Lärarna får också träna på att kommunicera på ett bra sätt med hela klassen. Förutom ledarskap och förhållningssätt innehåller KOMET även ett moment med samarbetslärande, en amerikansk metod som heter Classwide peer tutoring (CWPT)<sup>62</sup>. Det syftar till att öka koncentration och inläring. Barnen arbetar med skolmaterial två och två. Utvärderingar av CWPT omfattar både barn utan problem<sup>63</sup> och barn med ADHD-problematik<sup>64</sup>. De visar att CWPT ger bättre skolresultat i flera skolämnen. För barn med ADHD minskar CWPT störande beteenden och ökar barnens fokus på arbetet samtidigt som skolresultatet förbättras. Utbildningen i KOMET sker i små grupper under fem till nio tillfällen. Mellan träffarna tillämpar lärarna strategierna i klassrummet. Vid en av träffarna deltar föräldrar till barn med beteendeproblem eftersom samarbete mellan hem och skola utgör en viktig del av programmet. KOMET har utvärderats i en större studie (se CHARLIE) och två mindre studier med effektstorlekar på mellan .30–.40 för minskning av beteende- och kamratproblem<sup>65</sup>. En ny utvärdering vid FoU-enheten har just startat för att undersöka den kombinerade effekten av KOMET till både lärare och föräldrar (Martin Karlberg). KOMET finns även i en version för årskurs sex till nio. Den versionen är inte utvärderad.

Life Skills Training (LST). Det finns ett stort antal studier som visat att LST har positiv effekt. Programmet används framförallt på högstadiet och har fokus på att minska bruk av tobak, alkohol och

---

<sup>62</sup> Greenwood, Carta & Hall (1988).

<sup>63</sup> Greenwood, Dinwiddie, Bailey & Carta (1987); Greenwood, Delquadri, & Hall (1989).

<sup>64</sup> DuPaul m fl (1998).

<sup>65</sup> Forster m fl (2005); Karlberg (2003); Nylin & Wesslander (2003).

andra droger. Det består av 16 lektioner i årskurs 7 och åtta lektioner i årskurs 8 och 9. Samtidigt som programmet rekommenderas starkt har det fått kritik för överdrivet positiv resultatrapportering<sup>66</sup>. I marknadsföringen påstås programmet minska konsumtionen av tobak, alkohol och andra droger med mellan 50–75 procent. Det resultatet bygger dock endast på de studenter som fullföljt hela programmet och inkluderar inte de studenter som av olika skäl hoppat av. Andra forskare redovisar mindre generösa resultat av LST. I en översiktsartikel beskrivs LTS:s resultat som måttliga<sup>67</sup>. I en annan studie jämfördes elever som endast fått LST med elever som både fått LST och föräldraprogrammet *Strengthening Families Program* samt med en grupp elever som inte fått något program<sup>68</sup>. I den kombinerade gruppen elever var det 30 procent färre som debuterat med alkohol efter ett år jämfört med de inte fått något program. Motsvarande effekt för de som enbart fått LST var fyra procent. Trots dessa tveksamheter räknas ändå LST som ett program med säkra resultat. Även relativt små effekter har betydelse när det gäller stora grupper och viktiga problem, som till exempel droganvändning<sup>69</sup>. Programmet används inte i Sverige.

Lions Quest (for adolescent). Lions Quest är ett livskunskapsprogram som det i USA finns två versioner av (*Work it out* för yngre barn och *For adolescent* för ungdomar). Det är enbart den senare av de två som rekommenderas av två organisationer i tabell 8. I Sverige finns Lions Quest sedan 1987 under namnet "Tillsammans". Fram till i dag har över 20 000 svenska lärare utbildats i programmet<sup>70</sup>. Det saknas svenska utvärderingar av programmet.

Olweus antimobbningsprogram. Ett av få program i tabellen som inte härstammar från USA är Olweus norska program mot mobbning. Precis som för en del andra program så finns det brister när det gäller rapportering av resultat från genomförda studier. Trots detta är Olweus program det som är bäst utforskat vad gäller effekter mot mobbning. Olweus program även har visat sig minska både missbruk och kriminalitet. Det rekommenderas också av de

---

<sup>66</sup> Gorman (2002).

<sup>67</sup> Gotfredson m fl (2002).

<sup>68</sup> Spoth, Redmond, Trudeau & Shin (2002).

<sup>69</sup> Lipsey (1992).

<sup>70</sup> [www.lions-quest.se](http://www.lions-quest.se)



organisationer som är inriktade mot missbruk och våld. Även om programmet utvecklats och är mycket spritt i Norge förekommer det endast på några få ställen i Sverige. Det har inte heller utvärderats i kontrollerad form i Sverige.

Project Northland. Flera av de rekommenderade skolprogrammen i tabell 8 omfattar flera komponenter. Till dessa program hör *Project Northland*, *SOAR* och *Guiding Good Choice*. Project Northland syftar till att minska ungdomars alkoholkonsumtion. Programmet riktar sig till alla elever i årskurs 6 till 8. Varje läsår har ett speciellt tema som involverar elever, föräldrar, kamrater och närsamhället. I årskurs 6 ges bland annat hemuppgifter om ungdomars alkoholkonsumtion för elever och föräldrar att göra tillsammans. Dessa hemuppgifter följs upp med gruppdiskussioner i skolan. En omfattande randomiserad utvärdering visar att programmet haft positiva effekter på elevernas alkohol- och drogkonsumtion.

Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS). Ett annat väletablerat program är PATHS som riktar sig till barn i årskurs 1 till 5. Lärare utbildas i 2,5 dagar och får sedan konsultation varje vecka. De håller i två eller tre lektioner varje vecka som handlar om självkontroll, emotionella färdigheter, kamratrelationer och problemlösning. PATHS ingår som en del av ett av de största preventionsprojekten någonsin i USA, The Fast Track Prevention Trial. I projektet har över 9 000 förskolebarn rekryterats och alla barn tar del av vissa insatser (t.ex. PATHS), medan en utvald grupp barn med problem får ytterligare insatser. I en första utvärdering av PATHS från 1999 har barn följts mellan årskurs ett och två<sup>71</sup>. Lärarna hade då i genomsnitt genomfört 48 lektioner med PATHS. Resultaten visar på små (effektstorlekar under .20) men säkra positiva effekter i för klasserna som fått PATHS. Bland annat beskriver barnen sina klasskamrater som mindre aggressiva och hyperaktiva och observatörer noterar en bättre atmosfär i klassrummen. Studien är välgjord och saknar de brister som LST kritiserats för. Den bekräftar att väl genomförd färdighetsträning kan ha positiva effekter på gruppnivå även om de inte är stora. Den selekterade gruppen barn med beteendeproblem har förutom PATHS deltagit i ytterligare interventioner. Deras föräldrar har deltagit i 45 tvåtimmarsträffar på kvällstid mellan årskurs ett och

---

<sup>71</sup> Conduct Problems Prevention Research Group (1999).

tre. En del av tiden deltog även barnen. Mellan 80–90 procent av föräldrarna deltog i minst hälften av träffarna. I programmet ingick även hembesök och extraundervisning för att stärka positiva kamratkontakter (så kallad peer pairing). Effekterna för den selekterade gruppen undersöktes i årskurs tre, fyra och fem<sup>72</sup>. Barnen som fått del av interventionerna löpte 10 procents lägre risk för att ha allvarliga beteendeproblem efter årskurs tre och sex–sju procent lägre efter årskurs fyra och fem. Det handlar om små men statistiskt säkerställda effektstorlekar (lägre än 0.20).

Second step. Second step har utvecklats i USA men är översatt och spritt i Danmark och Norge och sedan några år också i Sverige under namnet Stegvis. Programmet syftar till att minska aggressivitet genom veckovisa lektioner med barnen om konflikt-hanering och emotionell utveckling. Second step är ett av de program som tillsammans med LST, PATHS och ALERT brukar rekommenderas i USA. Det är dock inte lika väl utvärderat som dessa andra. De som konstruerat programmet kan kritiseras för att ensidigt framhäva fördelarna med Second step. Exempelvis refereras en studie på programmets hemsida som beskriver en kraftig minskning av aggressivitet hos lågstadiet barn som deltagit i Second Step, men utan att samtidigt rapportera att varken lärar- eller föräldraskattningar visade på några effekter<sup>73</sup>. Trots brister i rapporteringen har Second Step effektstorlekar i nivå med övriga skolprogram (runt .20).

Social och Emotionell Träning (SET). SET är ett svenskt program som inspirerats av PATHS, bland annat vad gäller problemlösningsstrategier. SET är manualbaserat och riktar sig till barn mellan sex och 15 års ålder. SET syftar till att stärka de skyddande faktorerna på individ och grupp nivå. Detta görs genom bland annat att träna eleverna i att använda problemlösningsstrategier så att de klarar av att hantera prövningar och problem, känna igen och hantera sina känslor, samarbeta, stå emot grupstryck och att säga nej samt hantera stress och starka känslor. Lärarna utbildas under ett läsår och yngre elever (skolår 0–5) undervisas i SET två gånger i veckan och de äldre (skolår 6–9) en gång i veckan. En utvärdering av cirka 1 200 elever i fyra grundskolor pågår där preliminära resultat efter två år visar

---

<sup>72</sup> Conduct Problems Prevention Research Group (2002; 2004).

<sup>73</sup> Grossman, et al (1997).

genomgående positiva effekter på psykisk hälsa, kamratrelationer, mobbing, sociala färdigheter och droger. Några signifikanta positiva effekter på rökning har inte kunnat fastställas<sup>74</sup>.

Strengthening Families Program (SFP). Det finns flera program som stödjer föräldrar genom grupper i skolan, exempelvis SFP. Det finns två varianter av programmet som drivs av olika organisationer i USA. Den första versionen vänder sig till riskbarn i åldrarna 6 till 12 år och syftar till ökad samhörighet bland familjemedlemmarna, ökad föräldrakontroll och positiva normer. SFP har starkt forskningsstöd som visar att det bland annat minskar familjekonflikter, minskar barnens beteendeproblem och alkohol- och drogkonsumtion<sup>75</sup>. Den andra versionen (*SFP 10–14*) vänder sig till alla barn<sup>76</sup>. SFP 10–14 består av sju sessioner för föräldrar och barn och fyra uppföljningssessioner (boosters). Föräldrarna får med hjälp av korta videovinjetter diskutera olika sätt att förhålla sig till barnen i ett antal vardagssituationer. Barnen involveras också i programmet med fokus på ett gott samspel i familjen och sunda vanor. En amerikansk kontrollerad utvärdering visar på tydliga minskningar av aggressivitet och andra beteendeproblem i slutet av grundskolan (32–77%)<sup>77</sup>. Efter sex år fanns också en minskning av alkohol- och tobaksanvändning<sup>78</sup>. Det pågår en vetenskaplig utvärdering av SFP 10–14 i Stockholm under namnet ”Steg för steg” som inkluderar ett tjugotal skolor i Stockholm och som leds av Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap (Sven Andreasson)<sup>79</sup>. Den andra varianten av SFP översätts nu till svenska vid Örebro Universitet (Birgitta Kimber) med det svenska namnet Föräldrakraft. Preliminära resultat från en pilotutvärdering talar för att programmet även fungerar i Sverige<sup>80</sup>. Utbildningsstart är planerad att ske under 2005.

Örebro Prevention Program (ÖPP). ÖPP har utvecklats vid Institutionen för beteende, social- och rättsvetenskap vid Örebro universitet (Nikolaus Koutakis och Håkan Stattin). ÖPP är inriktat på att förebygga berusningsdrickande och kriminalitet. Korta föräldraträffar genomförs en gång per termin i anslutning till

<sup>74</sup> Personlig kommunikation, Birgitta Kimber 30 januari 2005.

<sup>75</sup> <http://www.strengtheningfamiliesprogram.org>

<sup>76</sup> Även kallad Iowa Strengthening families program.

<sup>77</sup> Spoth, Redmond & Shin (2000).

<sup>78</sup> Spoth, Redmond, Shin & Azavedo (2004).

<sup>79</sup> [www.stad.org](http://www.stad.org)

<sup>80</sup> Personlig kommunikation Birgitta Kimber, 30 januari 2005.

ordinarie föräldramöten i skolår 7 till 9. Syftet är dels att hjälpa föräldrar komma överens om hur de ska förhålla sig till att ungdomar dricker sig berusade och till andra normbrott, dels att stimulera föräldrar att klargöra den egna inställningen till berusningsdrickande och att samtala med barnen om det. Programmet är implementerat i innerstadsmiljö, miljonprogramområden och i landsort. Utvärderingen av programmet där fyra programskolor jämförts med fyra matchade kontrollskolor visar att antalet alkoholkonsumenter är färre samt att graden av berusningsdrickande är lägre bland ungdomarna i programskolorna i slutet av skolår 9. De starkaste programeffekterna finns på unga som debuterat med alkohol före 13 år samt med en hög grad av normbrytande beteenden. Även skillnader i kriminalitet och normbrytande beteende kunde konstateras. Programmet har fått en stor spridning i landet<sup>81</sup>.

**Program baserade i hemmet och samhället.** Här beskrivs sex hem- eller samhällsbaserade program från tabell 8 samt fem program som inte finns med i tabellen men som förekommer i Sverige och som är föremål för kontrollerade utvärderingar.

Aggression Replacement Training (ART). ART utvecklades från början för att användas på institutioner med utagerande unga och innehåller tre komponenter: ilskekontroll, social färdighetsträning och moralträning. Det finns två randomiserade studier av ART<sup>82</sup>. Båda handlar om ungdomar på slutna ungdomsvårdsinstitutioner som genomgått 30 sessioner (tre gånger i veckan under tio veckor) ART. Jämfört med kontrollgruppen utvecklades ART-gruppen positivt när det gäller vissa mått på sociala färdigheter och attityder till moral. ART-eleverna uppträdde också mindre aggressivt på institutionen. När det gäller aggressivitet utanför anstalten gav bara den ena studien positivt resultat. Utöver de två randomiserade studierna har ART utvärderats i ett antal mindre välkontrollerade studier. En svensk kvasiexperimentell studie<sup>83</sup> av ett 50-tal ungdomar på tre ungdomshem med Statens institutionsstyrelse som huvudman (varav en som arbetat med ART), visar inte på någon skillnad mellan de som fått ART och de som inte fått det.

---

<sup>81</sup> Personlig kommunikation Nikolaus Koutakis, 16 februari 2005

<sup>82</sup> Goldstein & Glick (1994).

<sup>83</sup> Holmqvist, Hill & Lang (under tryckning).

ART är spritt i Sverige, men framför allt i öppenvårdsbehandling, något som det så långt saknas kontrollerad forskning om.

Barnhälsovård I Förändring (BIF). Barnhälsovården är den enda samhällsinstitution som har kontakt med praktiskt taget alla barnfamiljer under barnets första levnadsår. Som arena för preventivt arbete har barnvårdscentralen därför en unik position. En svensk modell har utvecklats för barnhälsovårdens arbete med familjer. Målet är bland annat att stödja föräldrars och barns anknytning och samspel, föräldrakompetenser, barns tillväxt, tal, språk samt beteenden. Modellen baseras på forskning och omfattar samspelsorienterad föräldragrupsverksamhet, språkprogram samt tidigt uppspårande och behandling av postnatal depression, samspelssvårigheter och psykosociala problem. En kontrollerad utvärdering pågår vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala Universitet, och Barnhälsovården, Akademiska Barnsjukhuset, Uppsala (Claes Sundelin, Margaretha Magnusson och Dagmar Lagerberg).

Big Brothers-Big Sisters of America. Det finns flera program som helt eller delvis baseras på att volontärer matchas till barn och unga i riskzonen för att fungera som positiva rollmodeller. Målsättningen är att utveckla varaktiga och stödjande relationer mellan en välfungerande vuxen eller en äldre kamrat och barnet. Mentorer och barn träffas ofta två till fyra gånger i månaden och mentoren får handledning. Exempel på mentorprogram är Big Brothers-Big Sisters of America och *Across Ages* som båda finns med i tabell 8. Randomiserade utvärderingar<sup>84</sup> visar att mentorsinsatser har positiva effekter på en rad antisociala beteenden (t ex alkohol- och drogbruk), i varje fall på kort sikt. I Sverige bedriver Mentor Sverige<sup>85</sup> ett mentorskapsprogram för att förebygga missbruk och främja livslust, öka integrationen samt stimulera byggandet av sociala nätverk. Målgruppen är elever i årskurs 8 med olika familjebakgrund, intressen och skolresultat. Elever som upplever att de har få vuxenkontakter i sin vardag prioriteras. De vuxna mentorerna rekryteras från företag. Paret träffas regelbundet, en gång varannan vecka under ett års tid. Paret planerar själva var och när de ska ses. Inför programstarten går de

---

<sup>84</sup> Welsch & Hoshi (2002); Ferrer-Wreder m fl (2004).

<sup>85</sup> <http://www.mentorsverige.se>

blivande mentorerna en utbildning. Under programmets gång får såväl elever som mentorer uppföljning och handledning.

The Community Parent Education Program (COPE). COPE är avsett för föräldrar med barn i åldern 3–12 år. Föräldragrupperna består av 15–25 föräldrar som träffas 8–14 gånger, omkring två timmar vid varje tillfälle. Programmet lämnar stor frihet för föräldrar att själva föreslå lämpliga förhållningssätt. COPE innehåller även lektioner om problemlösning och om samarbete med skolan. COPE skiljer sig från bland annat *De otroliga åren* och *PMT* (se nedan) genom att inte bara rikta sig till barn med problem. Det finns en internationell randomiserad studie av COPE och effektstorleken på föräldraskattningar av barnens beteende var .20<sup>86</sup>. COPE återfinns inte i tabell 8. COPE har spritts i Sverige under senare år. Det pågår en svensk kontrollerad studie med Cope vid Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet (Lisa Thorell).

Funktionell familjeterapi (FFT). FFT är ett strukturerat familjebaserat program för att stärka familjers skyddsfaktorer och minska riskfaktorer. Det används bland annat för kriminella och missbrukande ungdomar och finns även i Sverige. FFT består av tre delar. Den första handlar om att motivera familjen till förändring. Den andra delen hjälper familjen att arbeta med specifika problem som identifierats i den första delen. Den sista delen handlar om att lära familjen generalisera dessa problemlösningssätt. Programmet är inte lika omfattande som Multisystemisk terapi eller Multi Treatment Foster Care (se nedan). Fyra kontrollerade studier visar på en klar minskning av återfall i brottslighet (effektstorlek 1.2)<sup>87</sup>. En svensk randomiserad studie av kriminella ungdomar visar att efter två år var det dubbelt så vanligt att ”traditionellt” behandlade ungdomar lagförts igen (82%) än de som fått FFT (41 %)<sup>88</sup>.

Individuell kognitiv beteendeterapi + nätverksbyggande (IKBT+). IKBT+ är ett svenskt manualbaserat behandlingsprogram för antisociala ungdomar på institution. Programmet baseras på vetenskaplig kunskap från andra länder och innehåller fem olika faser: Motivation och bedömning, Social problemlösning, Kognitiv självkontroll, Återfallsprevention och Nätverksbyggande. Syftet är att stärka den unges möjligheter att etablera ett prosocialt liv efter

---

<sup>86</sup> Cunningham, Bremner & Boyle (1995).

<sup>87</sup> Carr (2000).

<sup>88</sup> Hansson, Cederblad & Höök (2000).

frigivningen. En randomiserad utvärdering pågår vid Centrum för våldsprevention, Karolinska Institutet (Martin Lardén). Utvärderingen inkluderar 88 pojkar som dömts till minst 6 mån vård enligt LSU på grund av våldsbrott, varav hälften får IKB+T. Den övergripande frågeställningen är om det är värt att lägga till ett individuellt manualbaserat program

Incredible Years. Incredible Years<sup>89</sup> – eller *De otroliga åren* som programmet kallas i Sverige – är det föräldraträningsprogram som har bäst forskningsstöd tillsammans med *Parent Management Training (PMT)*<sup>90</sup>. Dessa två program är snarlika varandra till innehåll och form. Trots att båda programmen har starkt forskningsstöd är det bara Incredible Years som finns med i tabell 8. En möjlig förklaring till det är att PMT betraktas som behandling snarare än förebyggande arbete; PMT framhålls som ett av få modellprogram för behandling av barn med uppförandestörning<sup>91</sup>. Ett tredje program som tillhör denna grupp och som är känt i Sverige är Barkleys version av PMT för barn med ADHD<sup>92</sup>. Effektstorlekar för föräldraskattningar av barnens beteende ligger runt .70 för både Incredible Years och PMT. Dessa program används både för enskilda föräldrar samt för föräldrar i grupper. Programmen riktar sig till barn med beteendeproblem av olika slag. *De otroliga åren* finns i två varianter, en avsedd för föräldrar med barn i åldern 2–7 år och en för föräldrar med barn i åldern 4–10 år. Liksom övriga familjeprogram utgör videoinspelade problem-situationer en viktig del.

KOMMunikationsMETod för föräldrar (KOMET). Stockholms stad har utvecklat föräldraträningsprogrammet KOMET för föräldrar<sup>93</sup>. KOMET liknar Incredible Years och PMT och är avsett för föräldrar med barn i åldern tre till 12 år med utagerande beteenden, barn som är svåra att få kontakt med, som inte kan koncentrera sig eller som har dåliga kamratrelationer<sup>94</sup>. Föräldragrupperna består av föräldrar till sex barn som träffas 11 gånger om 2,5 timmar vardera. Metoden bygger på att särskilt utbildade gruppleddare tar upp olika teman varje träff och tillsammans med föräldrarna diskuterar lösningar och idéer på vanliga problem.

<sup>89</sup> [www.incredibleyears.com](http://www.incredibleyears.com)

<sup>90</sup> [www.oslc.org](http://www.oslc.org)

<sup>91</sup> Frick (2001); Nock (2003).

<sup>92</sup> Barkley (1997).

<sup>93</sup> Hassler Hallstedt, Schwan & Forster (2005).

<sup>94</sup> [www.pmt-projektet.se](http://www.pmt-projektet.se)

Innehållet är lösningsfokuserat, man talar mer om möjligheter och lösningar och mindre om svårigheter och brister. Exempel på tema är lek, positiv uppmärksamhet, samarbete, beröm, belöningar, regler, konsekvenser och häftigt humör och konflikter. Av de 185 familjer som gick KOMET hösten 2004 kom endast 12 procent att hoppa av utbildningen och bland de som fullföljde var närvaron mycket god<sup>95</sup>. Programmet har utvärderats i en randomiserad pilotstudie med effektstorlekar på mellan .5 och 1.0<sup>96</sup>. En randomiserad studie pågår gemensamt av FoU-enheten i Stockholm och Institutionen för Psykologi vid Uppsala Universitet (Knut Sundell och Lennart Melin)<sup>97</sup>.

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC eller TFC). MTFC är en insats som riktar sig till ungdomar med allvarlig asocial eller kriminell livsstil. Ungdomarna placeras i specialutbildade fosterhem under en kortare period för att dels bryta en asocial livsstil, dels för att ge möjlighet till intensiv träning av de biologiska föräldrarna. MTFC betonar tydliga normer, snabb och konsekvent reaktion på normbrott, positiv uppmärksamhet för eftersträvarade beteenden, en mentorsrelation med en vuxen och avslutad kontakt med kriminella kamrater. Programmet har bland annat utvärderats i tre kontrollerade studier med en genomsnittlig effektstorlek för återfall i brottslighet på .80<sup>98</sup>. En svensk randomiserad studie pågår vid Socialhögskolan, Lunds universitet (Kjell Hansson).

Multisystemisk Terapi (MST). MST är en familjebaserad systemisk insats för kriminella och missbrukande ungdomar. Målet är att utveckla föräldrars förhållningssätt till sina barn samt att ersätta asociala kamrater med sociala. MST arbetar inte med fast uppsättning tekniker utan väljer de som har bäst forskningsstöd. Insatsen pågår mellan två och sex månader. Utbildade MST-terapeuter arbetar parallellt med fyra till sex familjer. Programmet har utvärderats i flera randomiserade studier och den genomsnittliga effektstorleken på föräldraskattningar av ungdomarnas beteende ligger på .75<sup>99</sup>. Effekterna på återfall i brottslighet ligger på 1.2 vid långtidsuppföljningar. Samtidigt visar en metastudie på

---

<sup>95</sup> Sundell, Kling, Lifheim & Mautner (under färdigställande).

<sup>96</sup> Hassler & Havbring (2003).

<sup>97</sup> [www.prevention.se](http://www.prevention.se)

<sup>98</sup> Carr (2000).

<sup>99</sup> Carr (2000).



betydligt större effekter när forskare ansvarade för MST (effektstorlek .81) än när MST användes av ordinarie personal (effektstorlek .26)<sup>100</sup>. MST har även utvärderats i Norge i en randomiserad studie med liknande resultat som de nordamerikanska studierna vid en uppföljning efter sex månader<sup>101</sup>. En svensk randomiserad studie pågår under ledning av FoU-enheten i Stockholm (Knut Sundell och Kjell Hansson)<sup>102</sup>.

Nurse Family Partnership (NFP). NFP är ett av flera program som erbjuder gravida (ensamstående och fattiga) förstagångsmammor föräldrastöd genom regelbundna hembesök av bvc-sköterskor. Stödet kan pågå upp till två år efter barnets födelse. Målsättningen är att hjälpa mammorna utveckla sina föräldraförmågor. En metastudie av 60 program (varav NFP är ett) visar på genomsnittliga effektstorlekar på .10 för barnens socioemotionella utveckling, .18 för barns kognitiva utveckling, .14 för föräldrabeteenden och .23 för övergrepp på barn<sup>103</sup>.

### Ingen mirakelmedicin

Även om preventionsprogram är effektiva så är storleken på effekterna i allmänhet begränsade<sup>104</sup>. Det finns inte någon mirakelmedicin mot problem. Istället handlar det om att välja insatser som minskar risken för problem. Det åskådliggörs i en metastudie av Lipsey och Wilson (1998b). De fann att hälften av kriminella ungdomar som inte fick någon insats kom att lagföras för ett nytt brott inom ett år. "Spontanläkningen" var såldes stor. De mest effektiva insatserna innebar att en tredjedel av ungdomarna lagfördes för nya brott inom ett år. Detta resultat pekar på vikten av att ha realistiska förväntningar. Det betyder också att effekten av preventionsprogram främst ligger på grupp- och inte på individnivå; det går inte att säkert förutse vilka individer som insatsen kommer att hjälpa. I många fall är det dessutom inte rimligt att ha målet att helt förhindra problem-beteendet. Ett exempel på det är alkohol. Ett rimligare mål är att skjuta upp alkoholdebuten (t.ex. från 14 till 18 års ålder) snarare än

---

<sup>100</sup> Curtis m. fl. (2004).

<sup>101</sup> Ogden & Halliday-Boykins (2004).

<sup>102</sup> [www.prevention.se](http://www.prevention.se)

<sup>103</sup> Sweet & Appelbaum (2004).

<sup>104</sup> Greenberg (2004).

att helt förhindra alkoholkonsumtion. Ett annat exempel i arbetet med aggressiva barn är att få dem att bli ”normalt bråkiga” i stället för att få dem att helt upphöra med aggressivitet.

### Program och programkomponenter som inte fungerar

Det finns program som säger sig förhindra problem men där jämförande utvärderingar visat att programmen inte har någon effekt eller till och med är skadliga. En rimlig teori räcker således inte för att motivera en insats! Det kanske mest kända exemplet är ANT-programmet DARE (Drug Abuse Resistance Education) eller VÅGA som det kallas i Sverige. Sammanlagt fyra internationella randomiserade utvärderingar och en svensk visar att VÅGA inte fungerar förebyggande utan till och med har ökat ungdomars alkohol- och drogkonsumtion<sup>105</sup>. En förklaring till att VÅGA inte fungerar är det som brukar kallas majoritetsmissförståndet. Ungdomar i nedre tonåren är mycket konforma och vill inte vara annorlunda sina kamrater. Det gör att de är benägna att prova alkohol och andra droger för att det inte ska se ut som att de ”ligger efter” sina vänner. Enbart information om alkoholens och drogers verkningar och faror kan därför öka motivationen att prova alkohol och droger. IOGT-NTO som driver programmet i Sverige menar att man har tagit intryck av forskningen och förändrat det svenska programmet<sup>106</sup>. Den nya versionen är emellertid inte utvärderad. Ett annat program som utvärderats i en svensk kontrollerad studie med blygsamma effekter är Prime for Life. Det programmet vänder sig till tonåringar och unga vuxna med syftet att introducera en måttlig alkoholkonsumtion<sup>107</sup>. Den svenska utvärderingen visar att Prime for Life förändrat attityder till alkoholkonsumtion men inte den faktiska konsumtionen.

Rådgivning som inte kombineras med färdighetsträning tycks generellt ha svaga eller inga effekter. Det gäller prevention mot ungas kriminalitet<sup>108</sup> och alkohol- och drogkonsumtion<sup>109</sup> samt mot

---

<sup>105</sup> Gottfredson m.fl. (2002); Lindström & Svensson (1998).

<sup>106</sup> [www.vaga.nu](http://www.vaga.nu)

<sup>107</sup> Sjölund & Andreasson (2004).

<sup>108</sup> Welsh & Farrington (2002).

<sup>109</sup> Wilson m.fl. (2001).

föräldrars vanvård och övergrepp mot barn<sup>110</sup>. Inte heller tycks insiktsorienterade terapier, socialt arbete och gruppterapi fungera brottsförebyggande<sup>111</sup>.

Att arbeta med program som bygger på att skrämman ungdomar (t.ex. "Scared straight") ger inga eller till och med negativa effekter<sup>112</sup>. Med Scared straight menas att ungdomar ska skrämman till social anpassning genom exempelvis studiebesök i fängelse. En förklaring till att dessa metoder inte fungerar gav en fånge<sup>113</sup>. Innan mannen första gången hamnade i fängelse hade han varit rädd och trott att det skulle vara tufft som i amerikanska filmer, "men fängelse är som kollo eller ungarshotell".

Något som tycks vara direkt olämpligt är att sammanföra högriskungdomar på grund av den "smittoeffekt" det kan ha<sup>114</sup>. Det tycks gälla för fritidsgårdar<sup>115</sup>, öppenvård som exempelvis Vildmarksprogram<sup>116</sup>, särskilda ungdomshem<sup>117</sup> och fängelse<sup>118</sup>.

### Kostnadseffektivitet

Även om preventionsprogram inte är effektiva i statistisk bemärkelse kan de vara kostnadseffektiva eller tvärtom. Det är således viktigt att inte bara undersöka om ett program förmår förebygga problembeteenden, utan också att visa att det är samhälls-ekonomiskt effektivt. Amerikanska beräkningar visar att den samhällsliga vinsten av att rädda en högriskungdom från att bli kriminell eller narkoman är mellan 1,7 och 2,3 miljoner dollar<sup>119</sup>. Svenska beräkningar säger att en missbrukare kostar samhället 12–15 miljoner över trettioårsperiod<sup>120</sup>. Det betyder att även måttligt effektiva program kan vara samhälls-ekonomiskt effektiva. Det åskådliggörs av en metaanalys om masskommunikation<sup>121</sup>. Metaanalysen bekräftar annan forskning som visat att det är enklare att

---

<sup>110</sup> Lindsey, Martin & Doh (2002).

<sup>111</sup> Howell & Lipsey (2004); Wilson m.fl. (2001).

<sup>112</sup> Wilson, Lipsey & Derzon (2000).

<sup>113</sup> Sundell, Flodin & Rydén-Lodi (1996).

<sup>114</sup> National institute of Health (2004).

<sup>115</sup> Coley, Morris & Hernandez (2004); Mahoney, Stattin & Lord (2004).

<sup>116</sup> Welsh & Farrington (2002).

<sup>117</sup> Andreassen (2003).

<sup>118</sup> National institute of Health (2004).

<sup>119</sup> Cohen (1998).

<sup>120</sup> Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2004).

<sup>121</sup> Derzon & Lipsey (2002).

påverka attityder och kunskap än konsumtion av olika droger. Effekten av kampanjer i massmedia innebär en genomsnittlig minskad användning av tobak, alkohol och narkotika med 1–2 procent. Det kan tyckas som en försumbar effekt men två procents årlig minskad användning i USA innebär efter tio år 5,5 miljoner färre som röker, dricker och använder narkotika. Eftersom reklamkampanjer är relativt billiga är en tvåprocentig minskning kostnadseffektiv.

En systematisk jämförelse av kostnadseffektiviteten i olika preventionsprogram i Washington state i USA visar att det för varje programtyp finns program som både är kostnadseffektiva och de som inte är det (tabell 9)<sup>122</sup>. Sammanställningen visar också att många program saknar underlag för att beräkna kostnadseffektiviteten. I beräkningarna ingår kostnader och framtida besparingar. De baseras på information om skillnader i effektivitet mellan olika program (t.ex. i förväntat återfall av brottslighet), kostnader för diverse samhällsinsatser (t.ex. polis, domstol, fängvård), kostnader för offer (sjukvård, uteblivna inkomster, skadad egendom) samt förlorade framtida inkomster. Tabell 9 rangordnar olika program i genomsnittliga kostnadseffektivitet i US dollar. Bland annat visar tabellen att de största besparingarna kan göras vid förebyggande arbete med unga kriminella och social barnavård. Enligt forskarna är den viktigaste slutsatsen inte att välja de mest kostnadseffektiva generellt sett utan att välja det mest kostnadseffektiva programmet inom respektive grupp.

### Sammanfattning

Utländsk forskning visar att vissa insatser är mer effektiva än andra när det gäller att förebygga att barn och unga utvecklar problem-beteenden. Forskningen visar också att vissa preventionsprogram är mer kostnadseffektiva än andra. Det som tydligast kännetecknar effektiva preventionsprogram är att insatserna riktas mot risk- och skyddsfaktorer, att de kombinerar undervisning om kunskaper med social träning och att de syftar till att påverka flera av den unges miljöer (t.ex. till föräldrar och skola), en optimal timing (helst att intervensera före problemen aktualiseras), inlärningsmetoder som

---

<sup>122</sup> Aos, Lieb, Mayfield, Miller & Pennucci (2004).

innebär att den unge aktiveras, hög programtrohet och adekvat utbildning av dem som bedriver programmen. Det som minskar sannolikheten att förebyggande insatser ska ha effekt är rådgivning som inte kombineras med beteendeträning, socialt arbete och andra terapeutiska interventioner, skrämstaktik, vildmarksprogram samt att sammanföra högriskungdomar. Preventionsprogram till problemgrupper har starkast effekt, följt av riskgrupper och sist program som riktar sig till alla. Även effektiva preventionsprogram har begränsade effekter.

Tabell 9. Kostnadseffektivitet i dollar per individ (Aos m.fl., 2004)

	Vinst minus kostnad
<i>Förskolebarn</i>	
Early childhood education for low income 3- and 4-years old	9 901
HIPPY	1 476
Parents as teachers	800
Parent-child home program	-3 890
Even start	-4 863
Early head start	-16 203
<i>Social barnavård</i>	
Nurse family partnership for low income mothers	17 180
Home visiting programs for at-risk mothers and children	6 077
Parent-child interaction therapy	3 427
Healthy families America	-1 263
Systems of care/wraparound programs	-1 914
Family preservation services	-2 531
Comprehensive child development program	-37 397
Infant health and development program	-49 021
<i>Mentorer</i>	
Big brother/big sister	48
Quantum Opportunities Program	-15 022
<i>Alkohol och droger</i>	
Adolescent transition program	1 938
Norhlandt	1 423
Family matters	1 092
Life skills training	717
STAR	694
Minnesota smoking prevention program	506
Andra program fokuserade på social påverkan	485
TNT	274

forts. tabell 9

All stars	120
ALERT (Adolescent Learning Experience in Resistance Training)	54
STARS (Start Talking Alcohol Risk Seriously)	-18
DARE (Drug Abuse Resistance Education)	-99
<i>Kriminalitet och våld</i>	
Dialectical behavior therapy	31 243
Multidimensional Treatment Foster Care	24 290
Washington basic training camp	22 364
Adolescent diversion program	22 290
Funktionell familjeterapi	14 315
Andra familjebaserade terapiprogram	12 441
Multisystemisk terapi	9 316
Aggression Replacement Training	8 805
Juvenile offender interagency coordination program	8 100
Mentoring	5 073
Diversion programs with services	1 865
Juvenile intensive probation programs	-1 482
Juvenile intensive parole	-5 992
Scared straight	11 056
Regular parole	12 478

### Att utveckla en evidensbaserad prevention

Internationell forskning visar att vissa insatser är mer effektiva än andra när det gäller att förebygga att barn och unga utvecklar problembeteenden. Forskningen visar också att vissa preventionsprogram är mer kostnadseffektiva än andra. Inrättandet av Alkoholkommittén 2001 och Mobilisering mot narkotika 2002 har betytt mycket för att väcka ett intresse för evidensbaserad praktik i Sverige. Dessutom har inrättandet av samordnartjänster mot alkohol och droger runt om i Sverige skapat ett embryo till en organisation för att leda ett evidensbaserat preventionsarbete. Mycket talar således för att förutsättningarna idag är goda att introducera ett evidensbaserat förebyggande arbete i Sverige.

Samtidigt finns problem som försvårar en bred introduktion av evidensbaserad prevention. Ett *första problem* är att det inte finns någon tradition i Sverige att basera förebyggande arbete på en vetenskaplig grund. Ledande företrädare inom flera vetenskapliga discipliner (t.ex. socialt arbete och pedagogik) har dessutom förnekat möjligheten att utvärdera olika interventioner, antingen av vetenskapliga skäl (det går inte att mäta) eller av etiska (man får

inte experimentera med människor). Detta kan exemplifieras av svensk pedagogisk forskning. Av de pedagogiska avhandlingar som lades fram mellan 1993 och 1997 berörde 11 procent pedagogiska metoder och endast en av 165 avhandlingar jämförde två olika pedagogiska metoder<sup>123</sup>. Det betyder att nio av tio avhandlingar handlade om annat än det som sker i klassrummet, till exempel rektors förändrade arbetsbetingelser under 1990-talet som det beskrivs i offentliga utredningar eller hur utbildningssystemet i Bengalen förändrades som en följd av det brittiska maktövertagandet mellan 1781 och 1835. Situationen är snarlik i socialt arbete. En genomgång av 424 C- och D-uppsatser och doktorsavhandlingar i socialt arbete visar att endast en tredjedel behandlat sociala arbetsmetoder och att majoriteten av dessa har genomförts utan jämförelsegrupp<sup>124</sup>. Ungdomsforskning inom socialt arbete och pedagogik bedöms också sakna genomslag i internationell forskningslitteratur<sup>125</sup>. Ett ytterligare exempel på detta problem är Skolverkets förhållningssätt till metodutveckling. En ansökan som en av denna rapportens författare (KS) sände till Skolverket 2000 om att utvärdera två olika metoder att skapa en god arbetsmiljö i klassrummet avslogs med motiveringen att ”metodfrågor inte i första hand skall prioriteras i Skolverkets aktuella arbete med hithörande frågor. Viktigare just nu är att belysa hur lärare tänker och prioriterar”.

Ett *andra problem* är att problembeteenden är ojämnt fördelade inom en och samma kommun, vilket gör att preventiva resurser riskerar att hamna fel. I Stockholm år 2002 varierade exempelvis andelen elever i grundskolor som någon gång varit berusade mellan 22 och 92 procent och andelen som använt narkotika mellan 0 och 36 procent. För alkohol finns ett samband som visar att andelen som varit berusade ökade i takt med att områdets sociala status ökade. Motsvarande samband finns inte för narkotika. Detta antyder att kommuner behöver någon form av instrument för att styra preventiva resurser till rätt områden. Inventeringar som omfattar uppgifter om bruk av alkohol och andra droger, kriminalitet, psykisk ohälsa och bristande skolanpassning bland elever i grundskolan och gymnasiet kan vara ett sätt att få den kunskapen.

---

<sup>123</sup> Eklund (2000).

<sup>124</sup> Dellgran & Höijer (1999).

<sup>125</sup> Jonsson, Helve & Wichström (2003).

Ett *tredje problem* är att det inte är självklart att utländska preventionsprogram fungerar i Sverige. Det behövs således svenska kontrollerade utvärderingar av utländska och svenskproducerade preventionsprogram.

Ett *fjärde problem* är att den utländska evidens som finns till stor del bygger på demonstrationsprogram och betydligt färre på utvärderingar av reguljär verksamhet. Det behövs således mer forskning om hur bred implementering kan ske med bibehållen hög programintegritet.

Ett *femte problem* är att få personer i Sverige har kunskap om effektiva preventionsprogram. I dagsläget är det således svårt att möta det intresse som finns för att implementera evidensbaserade program eftersom det finns så få som kan utbilda i programmet.

Ett *sista problem* är att det finns många konsulter som vill sälja sina utbildningar och program till socialtjänst och skola. Dessa konsulter tar sällan hänsyn till forskning eller bryr sig om vad som händer efter utbildningen. Detta är ett problem eftersom få personer inom socialtjänst och skola har kompetens att värdera olika programs vetenskapliga styrka.

Sammantaget står Sverige inför en stor utmaning när det gäller evidensbaserad förebyggande arbete. Det finns knappast några genvägar när det gäller att kompensera för decenniernas försummat forsknings- och utvecklingsarbete. Det finns tre övergripande behov som behöver tillgodoses:

1. att via kontrollerad forskning utveckla kunskapen om effektiva preventiva insatser i Sverige
2. att skapa en organisation som kan utbilda i evidensbaserade metoder
3. att stödja politiker, chefer och tjänstemän i förändringsarbetet

### **Evidensbaserad utvärderingsforskning**

Det finns två vägar att gå när det gäller att utveckla den vetenskapliga kunskapen om preventivt arbete. Den ena vägen är att importera utländska program till Sverige och utvärdera deras effekt i kontrollerad forskning. Den andra vägen är att utveckla och utvärdera svenskkonstruerade program. Båda vägarna har för- och nackdelar.



**Implementera utländska program.** De flesta preventionsprogram som forskning visat är effektiva har utvecklats och utvärderats i USA. Det är därför inte självklart att de också fungerar i Sverige. Det är därför viktigt att dessa program utvärderas i kontrollerad form i Sverige innan de implementeras. En fördel med denna strategi är att om svenska utvärderingar bekräftar internationell forskning, så underlättar och påskyndar det spridningen av effektiv prevention i Sverige. En nackdel med utländska preventionsprogram är licensiering som kan vara kostsamt samt att programkonstruktören kan vara ovillig att tillåta förändringar av programinnehållet.

De senaste åren har flera svenska kontrollerade utvärderingar startats av utländska preventionsprogram, varav några också slutförts. Dit hör program för föräldrastöd: *COPE* och *Strengthening families program*; program mot asociala beteenden: *Funktionell familjeterapi*, *Multidimensional treatment foster care* och *Multisystemisk terapi*. Det finns också flera nordamerikanska program som planeras bli utvärderade i Sverige: *The incredible years* (föräldrastöd), *Step-by-step* och *Strengthening families program* (arbete med elever) och *Aggression replacement training* (arbete med aggressiva ungdomar).

**Utveckla nya program.** Ett alternativ till att implementera utländska program är att utveckla svenska program. En fördel med den strategin är att programmen blir kulturanpassade och därmed får högre lokal trovärdighet. Ett problem med framför allt amerikanska preventionsprogram är att många svenskar är misstänksamma mot sådant som kommer från USA. Nackdelen med att utveckla svenska program är att det är tidskrävande och kostsamt. Även om programutvecklingen inte startar från noll utan utgår från internationell kunskap om vad som kännetecknar effektiv prevention och allmän kunskap om inlärning, tar det tid eftersom det krävs noggranna test innan de programmen kan börja implementeras i vardaglig verksamhet. Dessutom bör helst två av varandra oberoende utvärderingar ge samma eller i vart fall snarlika resultat. Erfarenheter från Stockholms Forsknings- och Utvecklingsenhet är att det tar ungefär två år för att utveckla ett svenskt program med tillhörande manualer och videoinstruktioner samt att utprova det i en pilotstudie. Sedan återstår flera år innan en kontrollerad studie är klar (beroende på uppföljningstid och forskningsanslag).

Svenskutvecklade program för att stötta föräldrar är *Barnhälsovård I Förändring*, *Föräldra-KOMET* och *Örebro*

*preventionsprogram*. Svenskutvecklade program för stöd till elever är *Social och emotionell träning*, för att hjälpa lärare skapa en god arbetsmiljö i klassrummet, *Lärar-KOMET*, och för att behandla ungdomar som dömts för våldsbrott, *Individuell kognitiv beteendeterapi + nätverksbyggande*.

Utbilda forskare i evidensbaserad metodik. För att utveckla det evidensbaserade förebyggande arbetet krävs att nya forskare utbildas som behärskar forskningsmetoder som genererar evidensbaserade resultat. I dag finns det förhållandevis få svenska forskare som har kunskap och erfarenhet att bedriva kontrollerad forskning kring förebyggande metoder. Få har också erfarenhet av att utveckla nya förebyggande metoder i nära samarbete med praktiken. Den skillnad som metaanalyser funnit mellan modellutvärderingar (eng *efficacy*) och utvärderingar i vanlig verksamhet (eng *effectiveness*) visar både på vikten av att både konstruera program som är effektiva och som kan implementeras med bibehållen programtrohet<sup>126</sup>.

**Behov av långsiktig finansiering.** Effekttvärderingar är kostsamma eftersom de dels kräver minst en jämförelsegrupp (vilket ökar omfattningen av datainsamling), dels att barn och unga följs under en lång tid för att ge säker kunskap om effekterna. Långsiktighet är viktigt eftersom undersökningar visat att effekterna ibland först visar efter flera år (t.ex. ÖPP som inte fann några skillnader i årskurs 7 och 8 men väl i årskurs 9). Framför allt behövs en nationellt stödjande struktur som finansierar de behov av evidensbaserad forskning om prevention som finns och som kommer att fortsätta finnas under ett antal år. Av naturliga skäl har staten ett speciellt ansvar att garantera finansieringen av evidensbaserad forskning om *preventionsprogram* som sedan kan användas av många kommuner. Samtidigt är det skäligt att också kommuner bidrar till denna forskning i egenskap av primäransvariga för de verksamheter (främst skola och social-tjänst) som berörs. Det är dock knappast rimligt att kräva att enskilda kommuner (som i normalfallet också är små kommuner) ska bekosta utvecklingsarbete eller översättning av evidensbaserade program från andra länder samt bekosta en rigorös utvärdering av dessa program. Framför allt inte eftersom resultaten av dessa utvecklingskostnader sedan skulle komma andra kommuner – och privata aktörer – till

---

<sup>126</sup> Curtis m fl (2004); Lösel & Beelmann (2002).

godo utan kostnad. Ett alternativ är att utvecklings- och utvärderingskostnader sprids på flera kommuner. Idag finns ett embryo till en sådan stödjande kommunal organisation i form av de regionala Forsknings- och Utvecklingsenheter som finns runt om i landet. Fördelen med dessa enheter är att de ofta har en god förankring i kommunala verksamheter. Om de ska kunna användas för detta syfte behöver de emellertid ändra sin inriktning från dagens mer kvalitativa, processinriktade forskning till en evidensbaserad utvärderingsforskning.

### Förstärkt ut- och fortbildning

Ett avgörande problem med evidensbaserade program är att det saknas svensk kompetens att använda dem. Generellt kan sägas att det är svårt att läsa sig till kunskapen på egen hand. Ett genomgående resultat i internationell forskning är betoningen på adekvat träning och utbildning av dem som bedriver programmen. Därför behövs både bättre grundutbildning av lärare och socionomer och någon form av regionala centra som kan fortbilda preventionsarbetare lokalt.

**Grundutbildning.** Dagens svenska utbildningar av socionomer och grundskollärare saknar så vitt känt helt moment som behandlar evidensbaserad prevention<sup>127</sup>. Detta är ett problem inte minst eftersom viktiga företrädare för de vetenskapliga disciplinerna Socialt arbete och Pedagogik menar att det inte går att mäta effekter av preventiva insatser.

Fortbildning. Att förändra olika grundutbildningar är en lösning på lång sikt. På kort sikt behöver preventionsarbetare fortbildas. Det kan göras via lokala kompetenscentra som erbjuder närliggande kommuner utbildning i evidensbaserade metoder för preventivt arbete. Genom att fokusera på evidensbaserade metoder garanteras en viss säkerhet i att metoderna fungerar som avsett, även om de inte utvärderats i Sverige.

Varje centra behöver kompetens att arbeta med program för olika behov. Ett exempel kan åskådliggöra detta. I Sverige finns flera olika evidensbaserade program som vänder sig till föräldrar för att utveckla deras föräldrakompetens. Bland annat finns *Föräldra-*

---

<sup>127</sup> Institutionen för psykologi i Uppsala håller dock på att utveckla en evidensbaserad socionomutbildning och Psykologutbildningen i Örebro har preventionsinriktning.

*KOMET* (FK), *Funktionell familjeterapi* (FFT), *Multisystemisk terapi* (MST) och *Multidimensional Treatment Foster Care* (MTFC). FK vänder sig till föräldrar med bråkiga och olydiga barn i åldrarna tre till 12 år, FFT och MST till föräldrar med barn med allvarigare beteendeproblem (t ex kriminalitet), och MTFC till föräldrar där beteendeproblemen är akuta och ungdomarna tillfälligt placeras i specialutbildade fosterhem för att bryta en ond spiral och för att mer koncentrerat arbeta med föräldrarnas förmågor. Att placera en bråkig sjuåring i MTFC vore ”overkill” och att erbjuda föräldrarna till en utagerande och högkriminell sjuttonåring föräldrakomet vore meningslöst. Inget av alternativen skulle fungera. Således behövs olika typer av föräldrastöd parallellt för att kunna tillgodose alla behov.

Ett kompetenscentrum behöver alltså flera parallella preventionsmetoder för olika preventionsnivåer. För att skapa stabilitet och internt stöd bör det dessutom finnas minst två personer som kan arbeta med varje program. I takt med att verksamheten blir efterfrågad kan enheten växa med både personer som har kompetens för ett visst program, som antalet program där det finns kompetens. Initialt är det troligen nödvändigt att låta personal åka på utbildning till USA och Norge. Eftersökt kompetens hos de anställda är KBT-utbildning. Det är viktigt att dessa kompetenscentra inte är kommersiellt drivna eftersom detta skulle äventyra deras trovärdighet. Redan idag finns många konsulter som säljer sina program utan teoretiskt eller vetenskapligt stöd. De tjänster som kompetenscentra erbjuder kommunerna bör erbjudas till självkostnadspris. Det är också viktigt att dessa centra har ett tydligt utbildningsfokus så att inte resurserna läggs på en administrativ nivå.

### **Stöd i förändringsarbete**

För att åstadkomma en förändring behövs inte bara kunskap om effektiva preventionsprogram och en organisation som kan utbilda i dessa metoder. Det måste dessutom finnas en intresserad mottagare som förmår att implementera på ett sådant sätt att verksamheten förändras varaktigt. Stödet till mottagarna för detta arbete kan naturligtvis finnas inom samma organisation som har kompetensen att utbilda i evidensbaserade metoder, men eftersom denna fråga ofta förbigås och eftersom den är av avgörande

betydelse för att åstadkomma varaktig förändring behandlas den här som en separat fråga.

Kunskapen om hur förändring ska åstadkommas i vardaglig verksamhet är idag sämre än om vilka insatser som är effektiva. För ett lyckat förändringsarbete krävs ett grundligt förberedelsearbete innan implementering och utbildning börjar<sup>128</sup>. För att skapa en god grund för implementeringen behövs ett starkt stöd från den politiska och administrativa ledningen, en formell organisation som kan driva implementeringen, tillräckliga resurser, att programmet förankrats i hela organisationen och långsiktighet i budget och organisation. Förändringsarbete kan sägas bestå av fyra steg<sup>129</sup>: (1) att planera implementeringen, (2) att utbilda och implementera, (3) att avläsa och sprida kunskap om effekten, samt (4) att stötta det fortsatta arbetet så att programmet kvarstår (tabell 10).

*Tabell 10. Steg i förändringsarbetet (jfr. Stirman, Crits-Christoph & DeRubeis, 2004)*

<i>1 – Planering</i>
Inrätta fokusgrupper
Inrätta ledningsgrupp
Säkra nödvändiga ekonomiska och personella resurser
Avgöra var behoven är störst för förändringsarbete
Avgöra var motivationen är störst att förändra verksamheten
Bestämma vilket program som ska implementeras
<i>2 – Utbilda och implementera</i>
Utbilda personal
Utbildare finns tillgänglig för fortlöpande stöd
Testa programmet och arbeta in synpunkter i manual och fortsatt utbildning
Stöd till administrationen
<i>3 – Utvärdera och sprida information</i>
Avläs hur tjänstemän och klienter upplever det nya arbetssättet
Sprid information om resultaten
<i>4 – Fortsatt stöd till genomförande</i>

<sup>128</sup> Elliott & Mihailic (2004).

<sup>129</sup> Rogers (2003); Stirman, Crits-Christoph & DeRubeis (2004).

---

Beredskap för fortsatt stöd  
Följ upp att programmet används som avsett  
Avläs organisationens stödbehov regelbundet

---

**Planera implementeringen.** Det första steget i ett förändringsarbete är att planera genomförandet. Det handlar framför allt om att avgöra var implementeringsarbetet ska starta, skapa ett samarbetsklimat samt säkra tillräckliga resurser för förändringsarbetet.

Var implementeringen ska starta. Alla beslut om att inleda ett förändringsarbete bör baseras på kunskap om att den rådande verksamheten är otillräcklig. Det finns ingen anledning att implementera nya preventionsprogram om den befintliga verksamheten fungerar utmärkt! För att avgöra om så är fallet behövs någon form av (helst regelbunden återkommande) lokal inventering. Ökar exempelvis konsumtionen av alkohol och andra droger, skolk och kriminalitet bland unga? En lokal inventering ger dessutom en grund för att avgöra var – i vilken skola, bostadsområde eller stadsdel – behovet är störst för en förstärkt prevention. Om det inte finns några klienter som behöver hjälp, finns heller inte något behov av förändring.

Det räcker inte med att identifiera var problemen finns. Det är också viktigt att analysera var förändringspotentialen är störst<sup>130</sup>. Två skolor kan exempelvis ha lika stor andel ”problemelever”, men där den ena skolan genom sitt befintliga preventionsarbete har färre problemelever än förväntat medan den andra skolan har fler problemelever än förväntat. Det gör att introduktionen av ett nytt preventionsprogram kan förväntas ha bättre effekt i skolan med större förändringspotential jämfört med i den med mindre.

Det är också viktigt att undersöka var motivationen bland personalen är hög för att medverka i ett förändringsarbete. För att säkra implementering i hela organisationen är det viktigt att inleda förändringsarbetet där det har störst möjlighet att lyckas. Den viktigaste agenten för att få exempelvis socialarbetare och lärare att börja använda en nyhet är att kollegor redan gör det. En lyckad första implementering underlättar således det fortsatta förändringsarbetet.

---

<sup>130</sup> El-Khoury & Sundell (2004).

Valet av interventionsprogram – det som ska implementeras – är ett problem i sig eftersom skolor och socialtjänstsorganisationer i allmänhet saknar kompetens att värdera olika preventionsprogram. Detta är ett problem eftersom det förekommer mindre seriösa konsulter som erbjuder produkter utan vetenskapligt stöd. Ett sätt att möta detta problem är att någon myndighet upprättar och uppdaterar en svensk hemsida med information om kunskapsläget kring olika preventionsprogram.

Etablera samarbetsklimat. Förändringsarbete som har ett ”top-down” perspektiv där chefer eller politiker ensamma bestämt förändringen har i allmänhet små möjligheter att lyckas. Istället är det viktigt att ha både de som ska utföra förändringen samt chefer och politiker involverade från början. En av de viktigaste faktorerna till att tjänstemän accepterar nyheter är trovärdigheten hos den eller de som argumenterar för nyheten. Därför behöver tjänstemän involveras från början i lednings- och fokusgrupper. I en utvärdering av familjerådslag<sup>131</sup> i tio svenska och åtta engelska kommuner i mitten av 1990-talet visar resultaten att när socialarbetarna var delaktiga i beslutet att implementera familjerådslag var de också betydligt mer positiva till insatsen och hade efter halvannat år remitterat fler klienter till familjerådslag<sup>132</sup>.

Nödvändiga resurser. En viktig del i planeringsarbetet är att säkra nödvändiga resurser på både kort och lång sikt. Det räcker inte att utbilda personal en gång eftersom det handlar om att i grunden förändra synsättet på förebyggande arbete. Många som arbetar i skola och socialtjänst är misstänksamma mot manualbaserade program som de anser är för rigida och inte tar hänsyn till verklighetens komplexitet, alternativt att de bara passar för ”forskningsklienter” men inte till den variation i behov som de själva möter hos klienter<sup>133</sup>. Många har också sett nyheter komma och gå under årens lopp och är skeptiska till ytterligare en nyhet som ska lanseras. Det finns också de som anser att deras arbete inte kan mätas och värderas med de metoder som används och därför är emot hela konceptet med evidensbaserad praktik. För att vidga deras synsätt behövs långsiktighet i förändringsarbetet.

---

<sup>131</sup> Familjerådslag är en metod inom social barnavård som utvecklats i Nya Zeeland och som innebär att föräldrar, släkt och vänner ges möjlighet att utan myndighetsinblandning ge förslag på typ av stöd till familjer där barn far illa. Dessa förslag bör myndigheten acceptera, givet att de inte utsätter barnet för fara.

<sup>132</sup> Sundell, Vinnerljung & Ryburn (2001).

<sup>133</sup> Stirman m fl (2004).

Personalomsättning är ett ytterligare skäl till att det krävs långsiktighet på utbildning. Vid implementeringen av familjerådslag i tio svenska kommuner i mitten av 1990-talet kom exempelvis 42 procent av de anställda socialarbetarna att byta arbete inom en tvåårsperiod (eventuellt till följd av förändringsarbetet?)<sup>134</sup>. Eftersom socialarbetarna endast fick utbildning i hur familjerådslag skulle användas vid projektstarten hade således bara drygt hälften av personalen genomgått utbildning i familjerådslag efter två år.

**Utbilda och implementera.** Utbildning är i sig ingen garanti för att program ska användas. Därför är uppläggningsen av utbildningen viktig. Det bör ges tid så att de som utbildas får en möjlighet att vänja sig vid det nya. Det bör finnas skriftliga manualer, videoexempel och goda möjligheter till övning med handledare. Över huvudtaget är tillgång till handledare viktigt, även efter att utbildningen avslutats. Självstudier är direkt olämpliga – de evidensbaserade program som nu finns förutsätter någon form av handledning och stöd även efter att utbildningen är avklarad.

Utbildningen bör också omfatta högre chefer så att de ska få ökad förståelse för nyheten. Deras medverkan gör dels att chefen bättre förstår behovet av kontinuerlig utbildning, dels att klinikerna får ett ökat förtroende för att chefen förstår deras situation.

Erfarenhet visar att det är viktigt att hela preventionsprogrammen implementeras, snarare än de delar som enskilda preventionsarbetare uppfattar som relevanta. Det är därför viktigt med en fortsatt handledning över lång tid. Framför allt är arbetsledning en viktig del i förändringsarbetet. En pågående utvärdering av 10 grundskolors förebyggande arbete för att minska antalet elever som provar eller använder alkohol och narkotika åskådliggör vikten av tydlig arbetsledning. Skolorna har själva fått välja och implementera sina förebyggande insatser. En förutsättning var dock att insatserna skulle vara evidensbaserade. Efter ett år hade flera skolor vare sig bestämt vilka förebyggande aktiviteter de skulle implementera eller hur det skulle gå till. I flera skolor valdes förebyggande insatser som saknade förankring i vetenskap, till exempel att lära ut dans och värdegrundsarbete.

---

<sup>134</sup> Sundell & Haeggman (1999).



**Utvärdera och informera om effekten.** Det finns tre skäl till att den nya verksamheten behöver utvärderas. Det första skälet är att avgöra om programmet fungerar och ska fortsätta att användas. Det andra skälet är att få ett underlag för att modifiera manualer. Det tredje syftet är att använda informationen som motiv för fortsatt implementering; som argument och reklam till dem som fortfarande är tveksamma. I detta arbete har lokal massmedia en viktig roll. För många tjänstemän är det först när nära kollegor eller speciellt trovärdiga representanter för yrkeskåren har accepterat nyheten som de själva är beredda att testa det nya programmet. Det som behövs är inte enbart effektutvärderingar där minst två alternativ jämförs och värderas<sup>135</sup>. Behovet handlar snarare om verksamhetsutvärderingar som redovisar om rätt målgrupp nåtts, hur tjänstemän och klienter upplever det nya arbetssättet, hur många som fullföljer behandlingen och liknande information. För att öka trovärdigheten i resultaten behöver de som använder programmet konsulteras i valet av information som samlas in.

**Fortsatt stöd.** Förändringsarbete behöver ha en långsiktighet. Enbart förankringsarbetet kan ta mer än ett år. Det tar också olika lång tid för olika individer att acceptera och börja använda nyheter, allt från några månader till flera år. Enligt Rogers (2003) utgör de snabbaste, innovatörerna, endast en liten grupp (5 %), tidiga "adopters" utgör 15 procent, snabba majoriteten 30 procent, sena majoriteten 30 procent och "sölkorvarna" 20 procent. Först när ungefär 20 procent av tjänstemännen tagit till sig det nya kommer den fortsatta implementeringen att ske automatiskt och utan direkt behov av fortsatt styrning. För att skapa en varaktig förändring krävs med andra ord uthållighet i förändringsarbetet. En vanlig situation inom svensk socialtjänst är motsatsen, att nya program bara existerar en kortare period för att sedan få en marginell betydelse. Exempel på det är familjerådslag och mellanvård<sup>136</sup>. Ett sätt att möta detta hot är genom regelbundna (t.ex. en gång varje år) uppföljningsmätningar av hur programmet används. För övrigt finns resultat som visar att när tjänstemän väl accepterat ett nytt program så är de mer öppna för ytterligare nya arbetssätt.

---

<sup>135</sup> Det behöver också göras men är inte den enskilda kommunens primära ansvar.

<sup>136</sup> Sundell & Haeggman (1999); Sundell, Nyman & Alvasdotter (2000).

### Sammanfattning

Internationell forskning visar att vissa insatser är mer effektiva än andra när det gäller att förebygga att barn och unga utvecklar problembeteenden. För att denna kunskap ska kunna omsättas i praktisk vardaglig verksamhet i Sverige krävs tre saker: satsning på kontrollerad forskning för att identifiera vilka insatser som fungerar preventivt i Sverige, en organisation som utbildar preventionsarbetare i dessa evidensbaserade metoder, samt ett fortlöpande stöd till politiker, chefer och tjänstemän i förändringsarbetet.

## Litteratur

- Andalibi, L., Hagekull, B. & Bremberg, S. (2003). *Föräldrastöd i Sverige år 2002. Delrapport från regeringsuppdraget Föräldrastöd* (rapport nr 2003:08). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Andersson, T., Mahoney, J. L., Wennberg, P., Köhlhorn, E. & Magnusson, D. (1999). The co-occurrence of alcohol problems and criminality in the transition from adolescence to young adulthood: a prospective longitudinal study of young men. *Studies on crime and crime prevention*, 8, 169–188.
- Andréasson, S., Brandt, L. & Allebeck, P. (1993). Predictors of alcoholism in young men. *Am J Publ Health*, 83, 845–50.
- Andreassen, T. (2003). *Antisocialitet och ungdomsinstitutioner. Vad säger forskningen?* Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete och Gothia.
- Aos, S., Lieb, R. Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia : Washington state institute for public policy. [http:// www.wsippwa.gov/rptfiles /04-07-3901.pdf](http://www.wsippwa.gov/rptfiles/04-07-3901.pdf)
- Bardone, A. N., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N. & Silva, P. A. (1996). Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and psychopathology*, 8, 811–829.
- Barkley, R.A. (1997). *Defiant children: a clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.
- Brooks-Gunn, J. (2003). Do you believe in magic?: What we can expect from early childhood intervention programs. *Social policy report*, 17, 1–14.
- Brottsförebyggande rådet (2000a). Strategiska brott. *Vilka brott förutsäger en fortsatt brottskarriär?* (BRÅ-rapport 2000:3). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet (2000b). *Stöld, våld och droger bland pojkar och flickor i årskurs nio* (BRÅ-rapport 2000:17). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet (2003). *Stöld, våld och droger bland pojkar och flickor i årskurs nio. Resultat från fyra självklarationsundersökningar* (BRÅ-rapport 2003:5). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brounstein, P. J., Zweig, J. M. & Gardner, S. E. (2001). *Science based substance abuse prevention: a guide*. [http:// modelprograms.samhsa.gov/pdfs/pubs\\_Principles.pdf](http://modelprograms.samhsa.gov/pdfs/pubs_Principles.pdf)

- Canter, L. & Canter, M. (1991). *Parents on Your Side: A Comprehensive Parent Involvement Program for Teachers*. Santa Monica, CA: Lee Canter & Association.
- Carr, A. (2000). *What Works with Children and Adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Brunner-Routledge.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (1999). *Positive youth development in the United States. Research findings on evaluations of the Positive Youth Development Programs*. Report to the US Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation and National Institute for Child Health and Human Development. Web-access: <http://aspe.hhs.gov/hsp/PositiveYouthDev99/index.htm>
- Chaffin, M. & Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and youth services review*, 26, 1097–1113.
- Cohen (1998). The monetary value of saving a high-risk youth. *Journal of quantitative criminology*, 14, 5–33.
- Coley, R. L., Morris, J. E. & Hernandez, D. (2004). Out-of-school care and problem behavior trajectories among low-income adolescents: Individual, family, and neighborhood characteristics as added risks. *Child development*, 75, 948–965.
- Conduct Problems Prevention Research Group (1999). Initial Impact of the Fast Track Prevention trial for Conduct Problems: II. Classroom Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 648–657.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2002). Evaluation of the first 3 years of the Fast Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 19–35.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2004). The Effects of the Fast Track Program on Serious Problem Outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 650–660.
- Cunningham, C., Bremner, R. and Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1141–60.

- Curtis, N. M., Ronan, K. R. & Bordouin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411–419.
- Dellgran, P. & Höijer, S. (1999). *Kunskapandets villkor och gestalt. En studie av uppsatser i socionomutbildningen 1977–97* (CUS-skrift 1999:1). Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete.
- Derzon, J. H. (2002). A synthesis of research of predictors of youth alcohol, tobacco and mari-juana use. Ingår i W. B. Hansen, S. M. Giles & M. Fearnow-Kenney (Eds.), *Improving prevention effectiveness. A summary of research-based principles and practices for preventing drug use and delinquency during adolescence* (105–114). Greensboro: Tangle-wood Research inc
- Derzon, J. H. & Lipsey, M. W. (2002). A meta-analysis of the effectiveness of mass-communication for changing substance-use knowledge, attitudes and behavior. Ingår i W. D. Crano & M. Burgoon (Eds.). *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contem-porary Theories and Research*. Matwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 231–258.
- Derzon, J. H. & Lipsey, M. W. (1999a). What good predictors of marijuana use are good for: A synthesis of research. *School Psychology International*, 20, 69–85.
- Derzon, J. H. & Lipsey, M. W. (1999b). A synthesis of the relationship of marijuana use with delinquent and problem behaviors. *School Psychology International*, 20, 57–68.
- Dishion, T. J., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When intervention harm. *American Psycholo-gist*, 54, 755–764.
- Dolan, L. J., Kellam, S. G., Brown, C. H., & Werthamer-Larsson, L. (1993). The short-term impact of two classroom-based preventive interventions on aggressive and shy behaviors and poor achievement. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 317–345.
- DuPaul, G. J., Ervin, R. A., Hook, C. L. & McGoey, K. E. (1998). Peer tutoring for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on classroom behavior and academic performance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 579–592.
- Dolmén, L. & Lindström, P. (1991). *Skola, livsstil och brott* (BRÅ-rapport 1991:3). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

- Eklund, H. (2000). Var är pedagogikforskningen på väg? Ämnesområden och forskningsmönster i svenska doktorsavhandlingar under en femårsperiod. *Pedagogisk forskning i Sverige*, 5, 131–150.
- El-Khouri, B. & Sundell, K. (2004). *Förväntade och verkliga riskbeteenden bland stockholms-elever i årskurs nio* (FoU-rapport 2004:3). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Elliott, D. S. & Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Preventions Science*, 5, 47–54.
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C. C., Rubman, J. & Adamson, L. (2003). *Successful prevention and youth development programs*. New York: Kluwer academic/Plenum publishers.
- Forster, M. (2003). *Prevention av missbruk och kriminalitet. Vad kan skolan göra?* [http://www.stockholm.se/files/62100-62199/file\\_62168.pdf](http://www.stockholm.se/files/62100-62199/file_62168.pdf)
- Forster, M., Sundell, K., Melin, L., Morris, R. & Karlberg, M. (2005). *Charlie och Komet. Utvärdering av två lärarprogram för barn med beteendeproblem* (FoU-rapport 2005:1). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Frick, P. J. (2001). Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 26–37.
- Goldstein A. P., & Glick, B. (1994). Aggression Replacement Training: Curriculum and Evaluation. *Simulation & Gaming*, 25, 9–26.
- Gorman, D. M. (2002). Overstating the Behavioral Effects of the Seattle Social Development Project. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 1155–1156.
- Gottfredson, D. C., Wilson, D. B., & Skroban Najaka, S. (2002). School-based Crime Prevention. Ingår i L. W. Sherman, D. P. Farrington, B. C. Welsh & D. L. MacKenzie (Eds.), *Evidence-based crime prevention* (pp. 56–165). New York, NY. Routledge.
- Greenberg, M. T. (2004). Current and future challenges in school-based prevention: the researcher perspective. *Preventions Science*, 5, 5–14.
- Greenwood, C. R., Carta, J. J. & Hall, R. V. (1988). The use of peer tutoring strategies in class-room management and educational instruction. *School Psychology Review* 17, 258–275.

- Greenwood, C. R., Delquadri, J. C., & Hall, R. V. (1989). Longitudinal effects of classwide peer tutoring. *Journal of Educational Psychology*, 81, 371–383
- Greenwood, C. R., Dinwiddie, G., Bailey, V., & Carta, J. J. (1987). Field replication of class-wide peer tutoring. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 151–160.
- Grossman, D. C., Neckerman, H. J., Koepsell, T. D., Liu, P. Y., Asher, K. N., Beland, K., Frey, K., and Rivara, F. P. (1997). The Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1605–1611.
- Hansson, K., Cederblad, M. & Höök, B. (2000). Funktionell familjeterapi. En behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3, 231–243.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Unpublished Manuscript. Denver, CO: University of Denver.
- Hassler, M. & Havbring, L. (2003). *Föräldracirklar – en metod för att utveckla sitt föräldraskap* (FoU-rapport 2003:5). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Hassler Hallstedt, M., Schwan, H. & Forster, M. (2005). *Komet för föräldrar. En beteendebaserad metod för att hjälpa barn med trots- och uppförandeproblem*. Uppsala: Beteendeanalysgruppen AB.
- Hawkins, J. D. (1995). Controlling crime before it happens: Risk-focused prevention. *National Institute of Justice Journal*, 229, 10–18.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive behaviors*, 27, 951–976.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., Jones, P. & Stockwell, T. (2002). Prevention of psychoactive substances: a selective review of what works in the area of prevention. Geneva: World Health Organization. [http://www.ndri.curtin.edu.au/pdfs/who\\_review.pdf](http://www.ndri.curtin.edu.au/pdfs/who_review.pdf)
- Hector, H & Ohlsson, L. (1974). *Elevsynpunkter på skolk och skolgång*. Malmö Skolstyrelse, Skolpsykologiska sektionen.
- Herrenkohl, T. L., Maguin, E., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2000). Developmental risk factors for youth violence. *Journal of Adolescent Health*, 26, 176–186.

- von Hofer, H. (2001). Åtgärder mot ungdomsbrottslighet. Ingår i F. Estrada & J. Flyghet (red.) *Den svenska ungdomsbrottsligheten* (s. 317–331). Lund: Studentlitteratur.
- Holmqvist, R., Hill, T. & Lang, A. (in press). *Utvärdering av behandlingen på tre behandlingshem*.
- Howell, J. C. & Lipsey, M. W. (2004). A practical approach to evaluating and improving juvenile justice programs. *Juvenile and family court journal*, 55, 35–48.
- Huizinga, D. & Jakob-Chien, C. (1998). The contemporaneous co-occurrence of serious and violent juvenile offending and other problem behaviors. Ingår i R. Loeber & D. P. Farrington (red.), *Serious & violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*. London: Sage.
- Hurry, J. & McGurk, H. (1997). An evaluation of a primary prevention programme for schools. *Addiction Research*, 5, 23–38.
- Hurry, J., Lloyd, C., & McGurk, H. (2000). Long-term effects of drug education in primary school. *Addiction Research*, 8, 183–202.
- Hvitfeldt, T., Andersson, B. & Hibell, B. (2002). *Skolelevers drogvanor 2001* (rapport 67). Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Ialongo, N. S., Werthamer, L., Kellam, S. G., Hendricks Brown, C., Wang, S., & Lin, Y. (1999). Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology*, 27, 599–641.
- Jonsson, J. O., Helve, H. & Wichström, L. (2003). *Youth research in Sweden 1995–2001. An evaluation report*. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Karlberg, M. (2003). *Motivera störande barn. En utvärdering av två metoder för lärare att arbeta med störande barn i klassrummet*. Uppsala universitet: Institutionen för Lärarutbildning.
- Karlberg, M. & Sundell, K. (2004). *Skolk - sund protest eller riskbeteende?* (FoU-rapport 2004:1). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Kellam, S. G., Rebok, G. W., Ialongo, N., & Mayer, L. S. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: Results of a developmental epidemiology-based preventive trial. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 35, 259–281.



- Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Gothia/CUS.
- Leifman, H. (2002). Konsumtionsvanor och alkoholproblem. Ingår i S. Andreasson (red.) (2002). *Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention*. Stockholm: Svenska Folkhälsoinstitutet
- Lindsey, D., Martin, S. & Doh, J. (2002). The failure of intensive casework services to reduce foster care placements: An examination of Family preservation studies. *Children and Youth Services Review*, 24, 743–775.
- Lindstrom, P. & Svensson, R. (1998). Attitudes towards drugs among school youths. An evaluation of the Swedish DARE programme. *Nordic Stud. Alcohol Drugs [English Suppl]*, 15, 7–23.
- Lipsey, M. W. (1992). The effect of treatment on juvenile delinquents: Results from meta-analysis. Ingår i F. Loesel, D. Bender, & T. Bliesener (Eds.). *Psychology and law: International perspectives* (pp. 131–143). Berlin; NY: Walter de Gruyter.
- Lipsey, M. W., Chapman, G. L. & Landenberger, N. A. (2001). Cognitive-behavioral programs for offenders. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578, 144–157.
- Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (1998a). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. Ingår i R. Loeber & D.P. Farrington (Eds.), *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1998b). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. Ingår i R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.). *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lochman, J. E., Burch, P. R., Curry, J. F., & Lampron, L. B. (1984). Treatment and Generalization Effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 52, 915–916.
- Lochman, J. E. & Wells, K. C. (2004). The Coping Power Program for preadolescent boys and their parents: Outcome effects at the 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 571–578.

- Lösel, F. & Beelmann, A. (2002). Effects of child skill training in preventing antisocial behaviour: a systematic review of randomized evaluations. *The Annals of the American Academy*, 587, 84–109.
- Mahoney, J. L., Stattin, H. & Lord, H. (2004). Unstructured youth recreation centre participation and antisocial behaviour development: Selection influences and the moderating role of antisocial peers. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 553–5560.
- McCord, J. (1978). A thirty-year follow-up of treatment effects. *American psychologist*, 33, 284–289.
- McMahon, R.J., Forehand, R., Griest, D.L., & Wells, K.C. (1981). Who drops out of treatment during parent behavioral training? *Behavioral Counselling Quarterly*, 1, 79–85.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E. & Davino, K. (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 6/7, 449-456.
- National Institute of Health (2004). *National institute of Health state-of-the-science conference statement*.  
[http://consensus.nih.gov/ta/023/youthviolenceDRAFT\\_statement\\_101504.pdf](http://consensus.nih.gov/ta/023/youthviolenceDRAFT_statement_101504.pdf)
- Nock, M. K. (2003). Progress review of the psychological treatment of child conduct problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 1–28.
- Nylin, A. & Wesslander, E. (2003). *Lärbaserade insatser för elever med ADHD/DAMP/ADD-diagnos: en randomiserad studie* (FoU-rapport 2003:5). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Ogden, T. (1999). Parent management training som foreldreopplæring. *Spesialpedagogik*, 6, 3–17.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 77–83.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR. Castalia.
- Patterson, G.R., & Fleischman, M.J. (1979). Maintenance of treatment effects: some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy*, 10, 168–185.

- Pedersen, W., Mastekaasa, A. & Wichstrøm, L. (2001). Conduct problems and early cannabis initiation: A longitudinal study of gender differences. *Addiction*, 96, 415–431.
- Rogers, E. M. (2003) *Diffusion of innovations*. London: Simon & Schuster.
- Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford university press.
- Rutter, M. (1983). Statistical and personal interactions: Facets and perspectives. In D. Magnus-son and V. Allen (Eds.). *Human Development: An Interactional Perspective* (pp. 295–319). New York: Academy Press Inc.
- Schinke, S., Brounstein, P. & Gardner, S. (2002). *Science-based prevention programs and principles*, 2002. DHHS Pub. No. (SMA) 03-3764. Rockville, MD: Center for substance abuse prevention, Substance abuse and mental health services administration.
- Serketish, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171–186.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin company.
- Sherman, L. W., Farrington, D. P., Welsh, B. C. & MacKenzie, D. L. (Ed.) (2002). *Evidence-based crime prevention*. London: Routledge.
- Sjölund, T. & Andreasson, S. (2004). *Prime for life, rapport 2. Uppföljning av gymnasieelevers och värnpliktigas alkoholvanor fem månader efter genomgången kurs* (rapport 25). Stockholm: stadprojektet.
- Skolverket. (2000). *Den hägrande framtiden...? Regeringsuppdrag "Konsekvenserna av de nya behörighetsreglerna till gymnasieskolan" – slutrapport* (regeringsbeslut 29, 1998-12-17).
- Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2004). *Tänk långsiktigt. En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Slavin, R. E., & Madden, N. A. (2000). Research on Achievement Outcomes of Success for All: A Summary and Response to Critics. *Phi Delta Kappa*, 82, 38–66.

- Society for prevention research (2004). *Standards of evidence. Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination*. Retrieved 2/7 July 17, 2004. Web site: [http:// www.preventionresearch.org /sofetext.php](http://www.preventionresearch.org/sofetext.php)
- Spoth RL, Redmond C, & Shin C. (2000). Reducing adolescents' aggressive and hostile behaviors: randomized trial effects of a brief family intervention 4 years past baseline. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154, 1248-57.
- Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L., & Shin, C (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 129–134.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C. & Azavedo, K. (2004). Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: School-level growth curve analyses 6 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 535–542.
- Stattin, H. (2004). *Betydelsen av multiproblem*. Presentation vid konferensen "barn med antisocialt beteende", 2–4 februari 2004, Sätra bruk.
- Stattin, H. & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: a holistic approach. *Development and psychopathology*, 8, 617–645.
- Stattin, H., Romelsjö, A. & Stenbacka, M. (1997). Personal resources as modifiers of the risk for future criminality. *Brit. J. Criminol.*, 37, 198–223.
- Stirman, S. W., Crits-Christoph, P. & DeRubeis, R. J. (2004). Achieving successful dissemination of empirically supported psychotherapies: A synthesis of dissemination theory. *Clinical psychology: Science and practice*, 11, 343–359.
- Sundell, K. (2003a). *Drog- och problembeteenden hos Stockholms-ungdomar. Resultat från 2002 års drogvaneinventering i grundskolans årskurs 9 och gymnasiet år 2* (FoU-rapport 2003:2). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Sundell, K., (2003b). *Mellanstadieelevers erfarenhet av droger. En jämförande studie av elva- och tolvåringar i Bologna, Rotterdam, Stockholm och Walsall* (FoU-rapport 2003:7). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Sundell, K., Flodin, B. & Rydén-Lodi, B. (1996). *Livet som värsting. En studie av 15 kriminella ungdomar* (FoU-rapport 1996:9). Stockholms socialförvaltning: FoU-byrån.

- Sundell, K & Hægghman, U-L. (1999). *Familjerådslag i Sverige. En utvärdering av Svenska Kommunförbundets försöksverksamhet* (FoU-rapport 1999:1). Stockholms stad: FoU-enheten.
- Sundell, K., Kling, Å., Lifheim, F. & Mautner, A. (under färdigställande). *KOMET för föräldrar. Vilka föräldrar deltar, vilka är barnen och vad tycker föräldrarna om KOMET?* Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Sundell, K. & Kraft, Y. (2002). *Femteklassares kunskap, attityder och erfarenhet av tobak, alkohol och andra droger* (FoU-rapport 2002:1). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Sundell, K., Nyman, M. & Alvasdotter, A. (2000). *Mellanvård för unga kriminella. En studie av 133 ungdomar fem år efter avslutad mellanvård* (FoU-rapport 2000:1). Stockholms stad: FoU-enheten.
- Sundell, K., Vinnerljung, B. & Ryburn, M. (2001). Social workers' attitudes towards Family Group Conferences in Sweden and the UK. *Child & family social work*, 4, 327–336.
- Sutherland, I. & Shepherd, J. P. (2001). Social dimensions of adolescent substance use. *Addiction*, 96, 445–458.
- Sweet, M. A. & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of Home Visiting Programs for families with young children. *Child development*, 75, 1435–1456.
- US Department of Health and Human services (2002). *Comparison matrix of science-based prevention programs. A consumers guide for prevention professionals*. Retrieved 15 October 2003 from <http://modelprograms.samhsa.gov/pdfs/ComparisonMatrix.pdf>
- Wagener, E. F., Tubman, J. G. & Gil, A. G. (2004). Implementing school-based substance abuse interventions: methodological dilemmas and recommended solutions. *Addiction*, 99 (suppl. 2), 106–119.
- Webster-Stratton, C. H. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 666–678.
- Webster-Stratton, C. (1996). Early-onset conduct problems: Does gender make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 540–551.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy*, 21, 319–337.

- Welsh, B. C. & Farrington, D. P. (2002). What works, what doesn't, what's promising, and future directions. Ingår i L. W. Sherman, D. P. Farrington, B. C. Welsh & D. L. MacKenzie (Eds.), *Evidence-based crime prevention* (pp. 405–421). London: Routledge.
- Welsch, B. C. & Hoshi, A. (2002). Communities and crime prevention. In L. W. Sherman, D. P. Farrington, B. C. Welsh & D. L. MacKenzie (Eds.) *Evidence-based crime prevention* (pp. 165–197). London: Routledge.
- Wennberg, P. (2000). *Studies on alcohol habits: development and problems in a birth cohort of Swedish males* (akademisk avhandling). Stockholms universitet: Psykologiska institutionen.
- Wilson, D. B., Gottfredson, D. C. & Najaka, S. S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17, 247–272.
- Wilson, D. B. & Lipsey, M. W. (2001). The role of method in treatment effectiveness research: evidence from meta-analysis. *Psychological methods*, 6, 413–429.
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: A meta-analysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning*, 23, 1–12.
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 136–49.
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Soydan, H. (2003). Are mainstream programs for juvenile delinquency less effective with minority youth than majority youth? A meta-analysis of outcome research. *Research on Social Work Practice*, 13, 3–26.
- Winters, K. (2004). *Project Synthesis. A Synthesis Report of Effective Prevention Programs in the United States*. University of Minnesota.