

**NOTAT**

2020

Dypdykk i  
oppsummeringen om  
atferdsvansker hos  
barn og unge (Berg  
2020)

<b>Utgitt av</b>	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
<b>Tittel</b>	Dypdykk i oppsummeringen om atferdsvansker hos barn og unge (Berg 2020)
<b>English title</b>	Deep-dive into the systematic review about behavior problems among children and youth (Berg 2020)
<b>Ansvarlig</b>	Camilla Stoltenberg, direktør
<b>Forfattere</b>	Nora Blaasvær, Ashley Elizabeth Muller Severin Zinöcker Patricia S. Jacobsen Jardim
<b>Publikasjonstype</b>	Notat
<b>Oppdragsgiver</b>	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)
<b>Emneord(MeSH)</b>	Child, Adolescent, Minors, Young Adult, Conduct Disorder, Problem Behavior, Criminal Behavior
<b>Sitering</b>	Blaasvær N, Muller AE, Zinöcker S, Jardim PSJ. Dypdykk i oppsummeringen om atferdsvansker hos barn og unge (Berg 2020). [Deep-dive into the systematic review about behavior problems among children and youth (Berg 2020)]. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

---

# Innhold

Innhold .....	2
Beskrivelse av leveransen .....	4
Bakgrunn .....	4
Oppdraget.....	4
Bidragsytene .....	5
Metode.....	6
Hvordan besvares de fire forskningsspørsmålene?.....	9
Resultater .....	10
Forskningsspørsmål 1: hvor mange barn og unge opplever bedring.....	10
Metode .....	10
Resultater .....	11
Diskusjon .....	16
Oppsummering av forskningsspørsmål 1 .....	17
Forskningsspørsmål 2: kost-nytte av tiltakene .....	18
Metode .....	18
Resultater .....	18
Oppsummering av forskningsspørsmål 2 .....	22
Forskningsspørsmål 3: kontekstene for studiene .....	23
Metode .....	23
Resultater .....	23
Oppsummering av forskningsspørsmål 3 .....	34
Forskningsspørsmål 4: fagpersoners kompetansebehov.....	35
Metode .....	35

Resultater .....	35
Oppsummering av forskningsspørsmål 4 .....	51
Referanseliste .....	53
Vedlegg .....	55

---

# Beskrivelse av leveransen

---

## Bakgrunn

---

Våren 2020 publiserte Folkehelseinstituttet en systematisk oversikt over systematiske oversikter som undersøkte effekt av tiltak for barn og unge med atferdsvansker og/eller som har begått kriminelle handlinger (Berg 2020). Denne rapporten ble utarbeidet på oppdrag fra Barne- og ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Den inkluderte resultater fra åtte systematiske oversikter som igjen oppsummerte resultater fra 319 unike primærstudier. 74 ulike tiltak ble undersøkt i studiene og disse var rettet mot barn i ulike aldersgrupper og barn med ulike utfordringer knyttet til atferd. I Berg mf. (2020) fremkom det at flere tiltak viser god effekt for denne gruppen barn. Bufdir ba om tilleggs-informasjon angående antall barn og unge som har effekt av tiltakene, kost-nytte av tiltakene, samt forhold ved og rundt tiltakene som er undersøkt i studiene.

---

## Oppdraget

---

Fagmiljø for velferdstjenesteforskning i område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (FHI), fikk i august 2020 i oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) å gjøre et dypdykk i oversiktene som inngår i den systematiske oversikten til Berg mf. (2020).

Oppdraget var å:

1. Beskrive hvor mange barn/unge har bedring i atferdsvansker og kriminalitet av de tiltakene som viste pålitelige, merkbare effekter i oversikten av Berg mf. 2020 (beregne antall hvis mulig; f.eks NNT). Beskrive hvorvidt barn/unge opplever tilbakefall, og hvorvidt bedringen i atferd vedvarer over tid.
2. Beskrive kost-nytte av de tiltakene som viste pålitelige, merkbare effekter i oversikten av Berg mf. (2020).
3. Beskrive hvilke kontekster de tiltakene som viste pålitelige, merkbare effekter i oversikten av Berg mf. (2020) var utført under (hvor praksisnært).

4. Beskrive hvilken kompetanse fagpersoner trenger/burde ha, når de skal gi tiltakene som viste pålitelige, merkbare effekter i oversikten av Berg mf. (2020).

---

### **Bidragstere**

---

Nora Blaasvær, Ashley Muller, Severin Zinöcker og Patricia S. Jacobsen Jardim utførte oppdraget i løpet av fem uker i august-september 2020.

# Metode

I oppdraget fra Bufdir ble vi bedt om å gi utfyllende informasjon om tiltakene og resultatene der man i studiene fant pålitelige merkbare effekter av tiltakene. For å kunne gjøre dette bestemte vi å ta utgangspunkt i de resultatene presentert i Berg mf. (2020) der forskerne fant middels eller høy effekt av tiltakene som ble undersøkt, og i tillegg der GRADE-vurderingene viste middels eller høy tillit til resultatene. Dvs. at vi vurderte ikke de resultatene der effekten av tiltakene var lav, eller manglende, og vurderingen av tillit til resultatet var lav eller svært lav.

Vi tok derfor utgangspunkt i 8 relevante resultater fra Berg mf. (2020), fra 5 systematiske oversikter (tabell 1).

Tabell 1: Inkluderte systematiske oversikter vi hentet informasjon fra (n=5)

<b>De systematiske oversiktene vi hentet informasjon fra</b>
Epstein et al. (2015). Psychosocial and Pharmacologic Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents.
Hartnett et al. (2017). The Effectiveness of Functional Family Therapy for Adolescent Behavioral and Substance Misuse Problems: A Meta-Analysis.
Leijten et al. (2019). Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior.
Dopp et al. (2018). Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel meta-analysis.
ter Beek et al. (2018). Treatment Effect on Recidivism for Juveniles Who Have Sexually Offended: a Multilevel Meta-Analysis.

Det var altså tre av de åtte inkluderte systematiske oversiktene i Berg mf. (2020) som utgikk fra videre gjennomgang fordi ingen av resultatene i disse oversiktene oppfylte kriteriene til sterke nok effekter av tiltak og/eller høy nok tillit til effektestimaterne (vedlegg 1).

Vi leste nøye de fem systematiske oversiktene med resultater som møtte våre kriterier, og vi vurderte hvorvidt vi hadde informasjon til å kunne besvare forskningsspørsmålene kun ved hjelp av informasjon i disse oversiktene, eller hvorvidt vi måtte innhente primærstudiene som

disse oversiktene/resultatene bygget på. Deretter gjorde vi en vurdering av hvorvidt det var hensiktsmessig å innhente primærstudiene. Der antallet primærstudier for de relevante resultatene oversteg 30 bestemte vi å ikke innhente primærstudier, da dette ville ta for lang tid for oss å gjennomgå (gitt tidsfristen for oppdraget). Dette resulterte i at vi besluttet å innhente primærstudier fra tre av de inkluderte oversiktene (Dopp 2018, Epstein 2015, Hartnett 2017; se tabell 2). Ved hjelp av egne søk og via biblioteket forsøkte vi dermed å innhente 54 primærstudier. Det viste seg imidlertid å være vanskelig å få tak i alle primærstudiene vi ønsket i løpet av den korte tiden vi hadde til rådighet. Det var kun alle primærstudiene for én systematisk oversikt som vi fikk innhentet i fulltekst (Dopp 2017). For de andre to oversiktene fikk vi ikke tak i alle primærstudiene. Det betyr at vi for resultatene fra oversikten til Dopp m.fl. hadde større mulighet til å gi mer utfyllende informasjon og også gjøre egne statistiske analyser. For resultatene fra de andre to oversiktene (Epstein 2015, Hartnett 2017), som vi ikke fikk tak i alle primærstudiene for, benyttet vi informasjon i de primærstudiene vi fikk tak i, samt tilgjengelig informasjon i de to oversiktene (se tabell 2). Hvilke oversikter og primærstudier vi innhentet informasjon fra fremkommer i presentasjon av resultatene nedenfor.

Tabell 2 gir en oversikt over de inkluderte systematiske oversiktene, hva slags type tiltak oversiktene undersøkte, hvor mange resultater fra Berg mf. (2020) vi tok utgangspunkt i, hvor mange primærstudier dette gjelder, samt våre vurderinger av informasjonsinnhenting fra de respektive systematiske oversiktene og/eller inkluderte primærstudier.

Tabell 2: Relevante oversikter, primærstudier og analyser for våre spørsmål m.m.

<b>Barn/unge med atferdsvansker</b>
<b>Epstein 2015</b>
Type tiltak: Psykososiale tiltak
4 relevante analyser for dette oppdraget (tabell 8, 9 og 10 i Berg mf. 2020)
Antall primærstudier: 14, 9, 11, 13 = 47
Epstein 2015 er en omfattende rapport på over 300 sider. Pga den store mengden studier innhentet vi ikke primærstudiene som oversikten bygde på, men gjennomgikk rapporten nøye. Vi hentet ut relevant informasjon fra deler av rapporten som omhandlet resultater relevante for dette oppdraget.
<b>Hartnett 2017</b>
Type tiltak: Funksjonell familieterapi (FFT)
1 relevant analyse for dette oppdraget (tabell 12 i Berg 2020)



Antall primærstudier: 3
Hartnett 2017 er en kortfattet systematisk oversikt og vi fant lite relevant informasjon i denne publikasjonen. Vi søkte etter de tre relevante primærstudiene. To av studiene var ikke tilgjengelig (en av studiene var en upublisert Phd-avhandling). Vi innhentet en av primærstudiene. Fordi alle studiene omhandlet samme tiltak (FFT) brukte vi informasjonen vi fant i den ene studien.
<b>Leijten 2019</b>
Type tiltak: Foreldreveiledning
1 relevant analyse for dette oppdraget (tabell 16 i Berg mf. 2020)
Antall primærstudier: 154
Pga. det store antallet primærstudier inkludert i Leijten innhentet vi ikke primærstudiene som oversikten bygde på, men gjennomgikk oversikten nøye.
<b>Barn/unge med atferdsvansker/kriminell atferd</b>
<b>Dopp 2017</b>
Type tiltak: Familiebaserte tiltak
1 relevant analyse for dette oppdraget (tabell 19 i Berg mf. 2020)
Antall primærstudier: 28
Vi innhentet alle primærstudiene inkludert i oversikten
<b>ter Beek 2017</b>
Type tiltak: Ulike behandlingstiltak
1 relevant analyse for dette oppdraget (tabell 23 i Berg mf. 2020)
Antall primærstudier: 23
Vi søkte etter de inkluderte studiene i ter Beek, men fikk bare tak i 8 pga. mangelfull rapportering om primærstudiene i den systematiske oversikten.

Tabell 3 oppsummerer tiltakene som er relevante for foreliggende oppdrag (basert på en vurdering av effekt og tillitt til resultatene), presentert ihht. de inkluderte systematiske oversiktene.

Tabell 3: Relevante tiltak

Rapport	Populasjon	Tiltak
Epstein 2015	Barn med atferdsvansker	-Incredible Years (De utrolige årene) (IY) -Incredible Years Parent Training (IY-PT) -Triple P -Parent Management Training Oregon (PMTO) -Parent Child Interaction Therapy (PCIT) -Andre foreldretiltak
	Ungdom med atferdsvansker	-Brief Strategic Family Therapy (BSFT) -Andre familietiltak -Multisystemisk terapi (MST) -Andre multisystemiske tiltak
Hartnett 2017	Ungdom med atferdsvansker og rusmisbruk	-Funksjonell familieterapi (FFT)
Leijten 2019	Barn/unge med atferdsvansker	-Ulike foreldretiltak
Dopp 2017	Ungdom som har begått kriminelle handlinger	-Multisystemisk terapi (MST) -Funksjonell familieterapi (FFT) -Treatment Foster Care Oregon (TFCO)
ter Beek 2017	Ungdom som har begått seksuelle overgrep	-Kognitiv atferdsterapi (CBT) -Multisystemisk terapi (MST) -Funksjonell familieterapi (FFT)

---

### Hvordan besvares de fire forskningsspørsmålene?

---

For hvert av de fire forskningsspørsmålene (se Oppdraget) tok vi utgangspunkt i en kartlegging av informasjon i inkluderte systematiske oversikter, primærstudier de systematiske oversiktene bygger på, analyser og tiltak, som skissert over i dette kapittelet. Under presenterer vi resultater for hvert av de fire forskningsspørsmålene. Hvert spørsmål innledes i tillegg med en kort redegjørelse for hvordan vi gikk frem mer spesifikt for å besvare det aktuelle spørsmålet (se Metode).

# Resultater

---

## Forskningsspørsmål 1: hvor mange barn og unge opplever bedring

---

*Problemstilling: Beskriv hvor mange barn/unge har bedring i atferdsvansker og kriminalitet av de tiltakene som viste pålitelige, merkbare effekter (NNT). Beskriv hvorvidt barn/unge opplever tilbakefall, og hvorvidt bedringen i atferd vedvarer over tid.*

### Metode

Vi gikk gjennom alle utfallene (resultatene) rapportert i Berg mf. (2020) som viste pålitelige og merkbare effekter. Åtte resultater fra fem oversikter (Epstein 2015, Leitjen 2019, Hartnett 2017, Dopp 2017, og ter Beek 2018) møtte disse kriteriene. I oversiktene gis lite informasjon som kan besvare dette forskningsspørsmålet utover det som allerede er rapportert i Berg mf. (2020), og ingen av oversiktene rapporterte utfall som kunne konverteres til NNT («*number needed to treat*»). NNT er antall som må behandles med et tiltak, istedenfor vanlig behandling, for å oppnå et utfall. Vi gjengir først i dette kapitlet informasjonen som omhandler denne problemstillingen som er rapportert i Berg mf. (2020).

For å få mer informasjon som kunne besvare problemstillingen måtte vi lese primærstudiene. Vi innhentet kun primærstudier for de tre oversiktene Dopp 2017, Hartnett 2017 og ter Beek 2018, men fant få av studiene som var inkludert i Hartnett 2017 og ter Beek 2018 sine oversikter (se tabell 2 i metodekapitlet). For Dopp 2017 innhentet vi samtlige inkluderte studier (n=28). Resultatene presentert i dette kapitlet er mao. i hovedsak analyser av primærstudiene som inngår i Dopp 2017. Tabell 4 gir kortfattet informasjon om Dopp 2017, antall studier, og hvilke tiltak som undersøkes mm.

Tabell 4: Kortfattet informasjon om studiene som inngår i Dopp 2017

Dopp 2017
1 relevant analyse/resultat, 28 studier (tabell 19 i Berg mf. 2020)
<b>P:</b> Unge under 18 år som har begått alvorlig kriminalitet
<b>I:</b> Familiebaserte tiltak: MST, FFT, TFCO

**C:** Vanlig praksis (eller ingen tiltak eller annet tiltak)

**O:** Antisosial atferd

Vi hentet ut alle dikotome utfallsmål (antall som oppnår et utfall rapporteres separat fra antall som ikke oppnår et utfall) fra studiene som inngikk i Dopp 2017, og ikke bare utfallsmål som viste merkbare effekter, som opprinnelig planlagt. Vi utførte deretter egne meta-analyser av dikotome utfallsmål (av typen random effects og Mantel-Haenszel metoden) i STATA. Vi regnet så ut NNT og presenterte hvor hyppig hvert utfall var blant ungdommer som ikke fikk tiltakene, for å kontekstualisere den absolutte effekten som NNT viste (Cates 1999). Vi diskuterer fordeler og ulemper med NNT og utfordringer med utfallsmålene i dette tilfellet. Til sist i kapitlet oppsummerer vi funnene kort.

## **Resultater**

### **Informasjon rapportert i Berg mf. (2020)**

I Berg mf. (2020) presenteres noe informasjon som omhandler problemstillingen for dette kapitlet. Informasjonen presenteres, der de har hatt denne typen informasjon, for hver av de inkluderte systematiske oversiktene. Vi gjengir en oppsummering av dette her.

I Dopp 2017 undersøker forskerne effekten av familiebaserte tiltak (MST, FFT, TFCO) på antisosial atferd hos ungdom. Resultatene viste at det var bedre effekt av familiebaserte tiltak, sammenlignet med kontroll på antisosial atferd, og effekten vedvarte over tid: Cohens  $d=0,24$  (95 % KI 0,11 til 0,37). Forskerne forklarte at dette betydde at en tilfeldig ungdom som mottok et familiebasert tiltak hadde 60 % sjanse for et bedre resultat sammenlignet med en tilfeldig valgt ungdom som mottok et kontrolltiltak. Kontrolltiltakene var stort sett det som i ulike land var standard oppfølging av ungdommer som hadde begått kriminelle handlinger.

I Hartnett 2017 undersøkes effekten av Funksjonell familieterapi (FFT). Når FFT ble sammenlignet med ingen tiltak/venteliste viste resultatene av FFT ga bedre effekt på atferdsvansker hos ungdom: Cohens  $d=0,48$  (95 % KI 0,15 til 0,82). Oversiktsforfatterne forklarte at dette betydde at de som mottok FFT hadde bedre resultat enn ca. 68 % av de som mottok ingen tiltak. Når FFT var sammenlignet med andre aktive tiltak viste FFT også en liten positiv effekt: Cohens  $d=0,35$  (95 % KI 0,08 til 0,61). Oversiktsforfatterne forklarte at dette betydde at de som mottok FFT hadde bedre resultat enn ca. 65 % av de som mottok et annet aktivt tiltak.

I Leijten 2019 undersøkte forfatterne effekten av ulike foreldreveiledningstiltak på barns atferd, og de undersøkte hvorvidt effekten av foreldreveiledning vedvarte over tid. Det inngikk 42 studier i denne analysen. Alle disse studiene hadde minst to oppfølginger: 81 % hadde effektstørrelser for minst 6 måneder etter tiltaket og 40 % av studiene oppga effekt etter minst ett år etter tiltaket. Resultatet av analysen av studier med minst to oppfølginger viste at det var betydelig reduksjon i atferdsvansker hos barna på tvers av oppfølgingstid (gjennomsnitt): Cohens  $d = -0,30$  (95% KI  $-0,38$  til  $0,27$ ). Videre viste resultatet at effekten var stabil over tid, dvs. at effekten vedvarte over tid. Umiddelbar effekt var Cohens  $d = -0,30$  og effekt etter 12 måneder var Cohens  $d = -0,31$ .

I ter Beek 2018 undersøkte forskerne ulike behandlingstiltak (CBT, MST, FFT) for unge som har begått seksuelle overgrep. Resultatene viste en moderat bedre effekt for tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen på psykososial fungering: Cohens  $d = 0,60$  (95 % KI  $0,45$  til  $0,74$ ). Det vil si at unge som mottok ett av disse tiltakene hadde ca. 33 % forbedring i psykososial fungering.

*Oppsummering:* Informasjonen vi hentet fra Berg mf. (2020) viser at flere av tiltakene har effekt over lengre tid, i tillegg til at vi får noe informasjon om antall barn som har bedring i atferd som følge av tiltakene (som regel vist ved prosent).

### **Analysen av studiene som inngår i Dopp 2017**

*Problemstilling: Hvor mange barn/unge har bedring i atferdsvansker?*

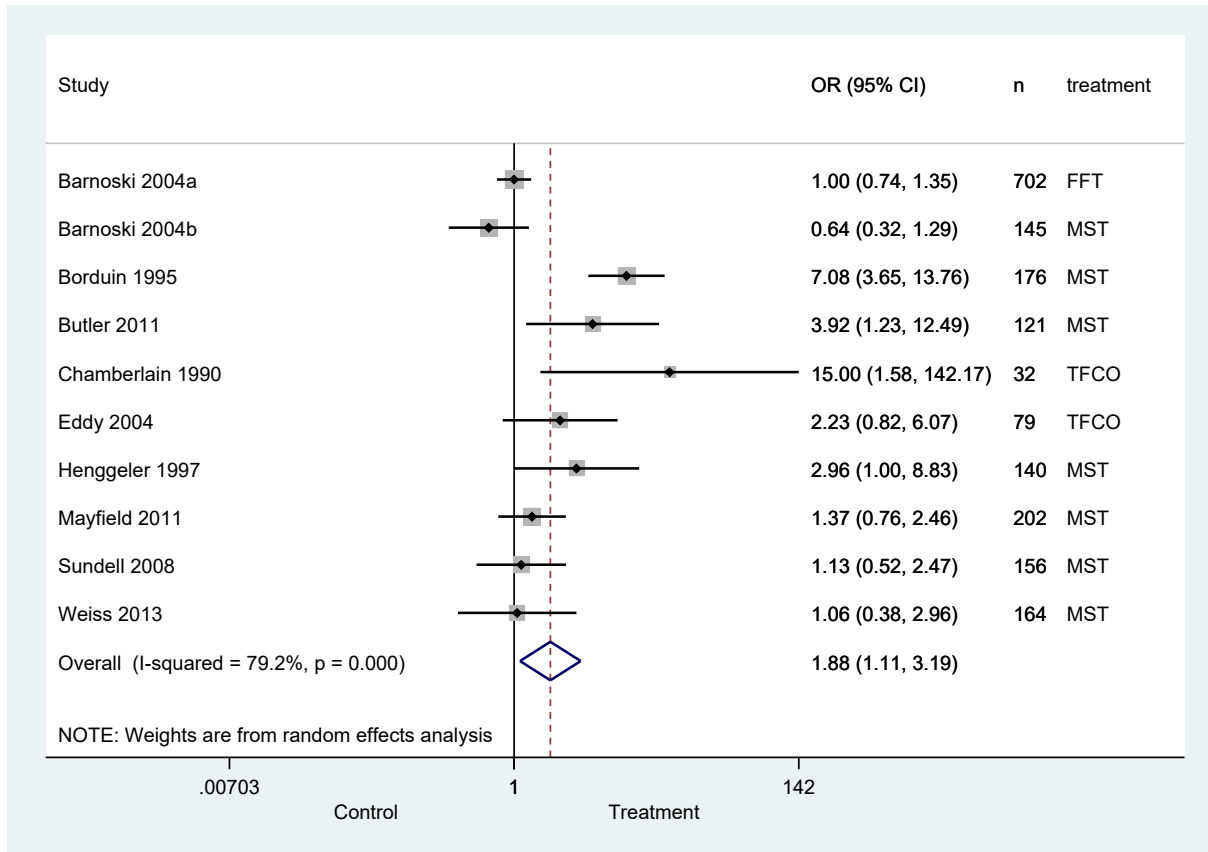
#### **Utfall 1: Ingen nye kriminelle handlinger**

Ti primærstudier inkludert i Dopp 2017 målte hvor mange ungdommer som unngikk kriminalitet, målt ved ingen oppdagede kriminelle handlinger, ingen fengsling, ingen pågripelser, eller ingen «*criminal referrals*». Disse utfallsmålene er ikke helt like, men de har til felles at de viser en formell anklagelse av kriminalitet. Studiene undersøkte effekten av enten MST, FFT eller TFCO, dvs. at resultatene som rapporteres under gjelder for effekten av disse sett under ett.

Fra disse studiene fant vi at halvparten av ungdommene som fikk vanlig behandling, det vil si de som var i kontrollgruppen (51 %), «unngikk kriminalitet» (forstått som at de ikke begikk nye kriminelle handlinger som ble oppdaget). Dette tolkes dit hen at uten tiltak kunne man forvente at 1 av 2 ungdommer uansett ville ikke begå kriminelle handlinger («unngått kriminalitet»). I gjennomsnitt måtte 18 ungdommer få ett av tiltakene (MST, FFT, TFCO) istedenfor vanlig behandling for at 1 ungdom ikke skulle begå nye kriminelle handlinger. Figur 1 viser effekt av

tiltaket i hver studie. Odds ratios og konfidensintervaller større enn 1 viser at tiltak har bedre effekt enn kontroll.

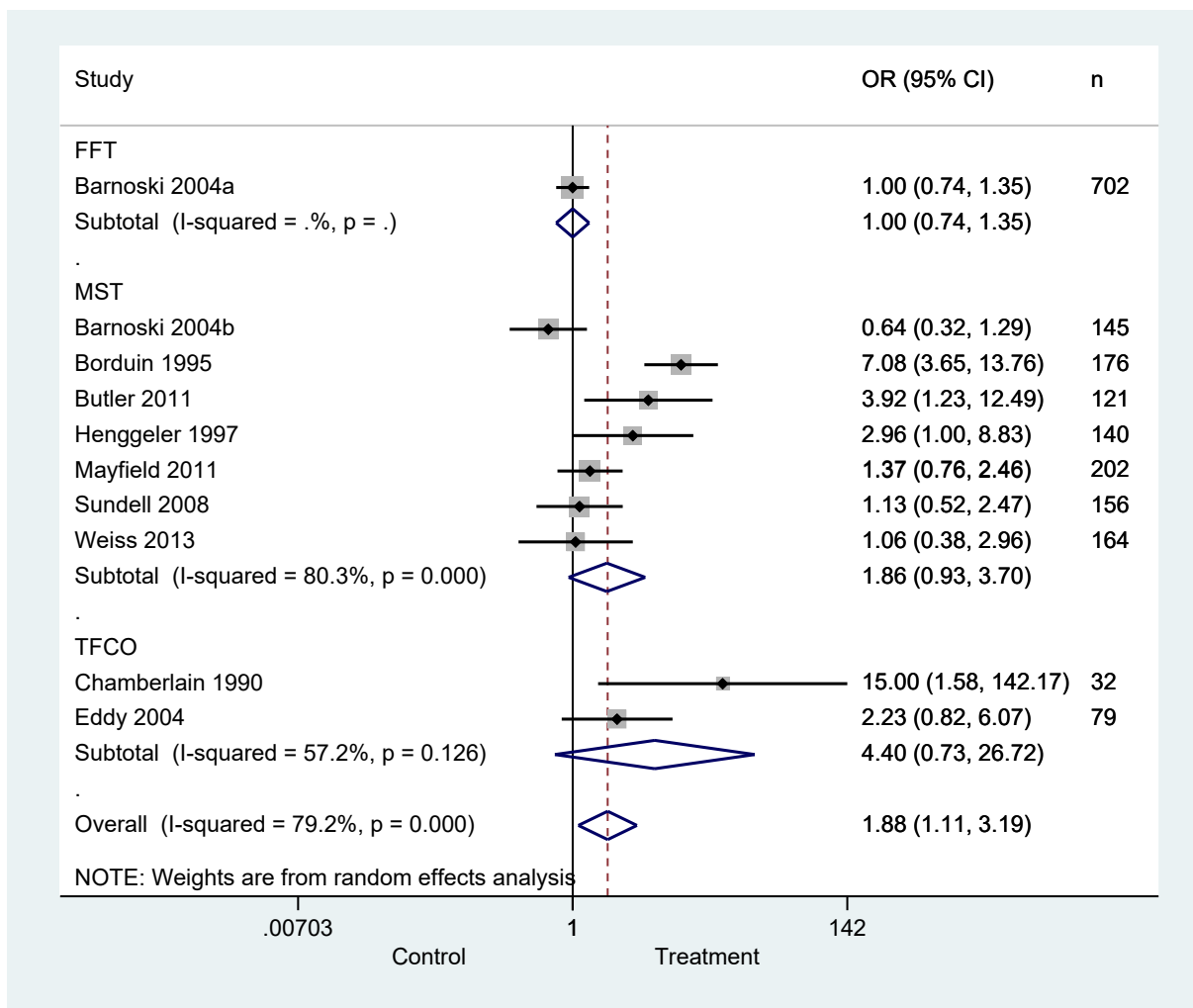
Figur 1: Forestplot over alle inkluderte studier som rapporterte dikotome resultater for utfall knyttet til kriminalitet



Vi vurderte også de ulike tiltakene (MST, FFT, TFCO) separat. Kun én studie, den største studien, undersøkte effekten av FFT på kriminelle handlinger. Resultatet viste at det var ingen statistisk signifikant forskjell i effekt av FFT og kontroll på dette utfallsmålet. Halvparten av ungdommene i begge gruppene unngikk kriminelle handlinger. TFCO var undersøkt i to studier. Begge studiene fant litt bedre effekt av TFCO enn kontroll, men samlet var det ikke statistisk forskjell i effekt mellom gruppene.

MST viste mer varierende effekter, inkludert én studie hvor kontrollgruppen hadde bedre resultat enn MST gruppen. Når vi regnet ut NNT fant vi at 12 ungdommer måtte få MST for at 1 ungdom skulle unngå å begå nye kriminelle handlinger (figur 2).

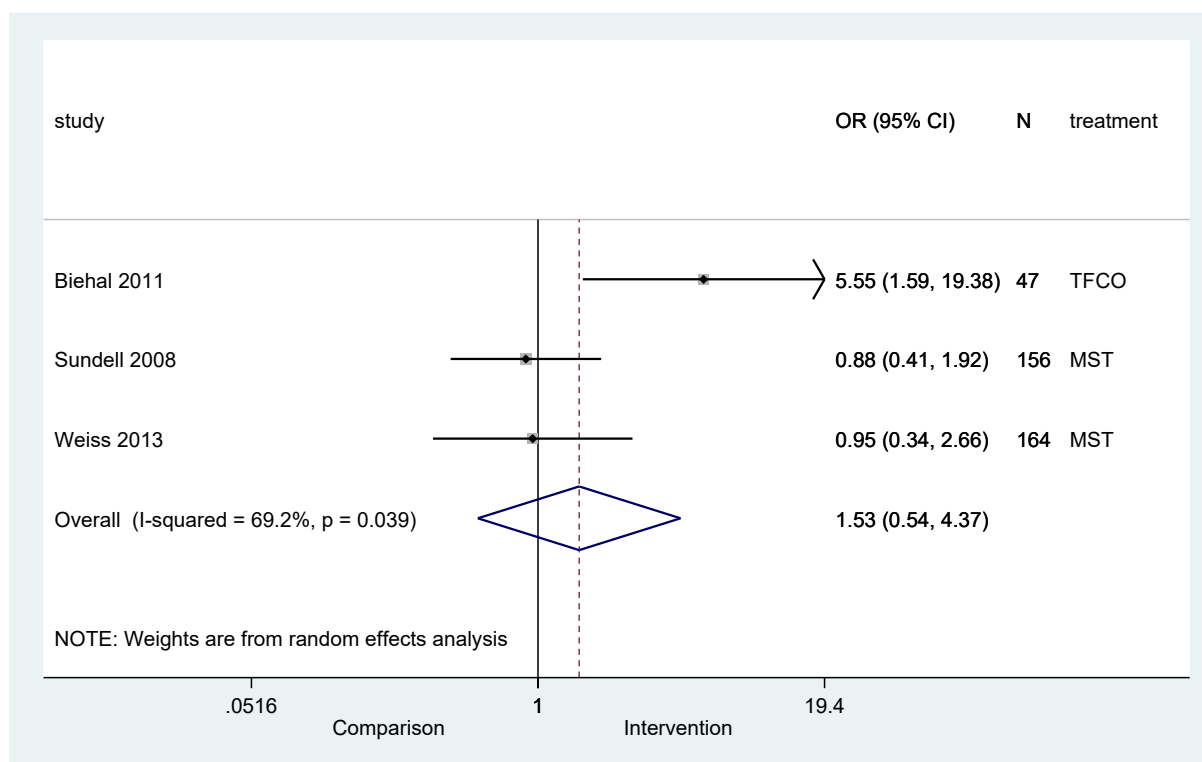
Figur 2: Forestplot som viser effekt for hver av de tre ulike tiltakene (FFT, MST, TFCO)



### Utfall 2: I utdanning eller opplæring

Tre primærstudier rapporterte antall ungdommer som var i utdanning eller opplæring etter tiltak (MST og TFCO) (Figur 3). For å unngå at utfallet skulle bli påvirket av ungdommer som ikke hadde mulighet til å komme seg i utdanning, kom disse tallene kun fra ungdom som enten ikke var institusjonalisert ved i oppfølging, eller som allerede var i utdanning ved prosjektoppstart. Samlet ser man ikke en effekt av tiltakene, slik at NNT er stor: i gjennomsnitt m tte 23 ungdommer få ett av tiltakene istedenfor vanlig behandling for at 1 ungdom skulle være i utdanning.

Figur 3: Forestplot som viser resultater fra de studiene som målte utfall knyttet til utdanning



### Utfall 3: Å ha “pro-sosiale” venner

Basert på data fra én primærstudie, som undersøkte effekten av TFCO, kunne vi undersøke effekten av tiltaket på det å ha pro-sosiale venner (Biehal 2011). Studien ga ingen definisjon av «pro-sosiale» eller «ikke kriminelle» venner, men de var sammenlignet med «pro-kriminelle» eller «anti-sosiale» venner. Studien hadde 47 ungdommer og forskerne fant ikke forskjell mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe for dette utfallsmålet. Dvs. at for utfallsmålet «pro-sosiale» venner fant man ikke effekt av tiltaket (TFCO).

### Effekt av familiebaserte tiltak over tid

*Problemstilling: Vedvarer bedringen i atferd over tid? Opplever barn/unge tilbakefall?*

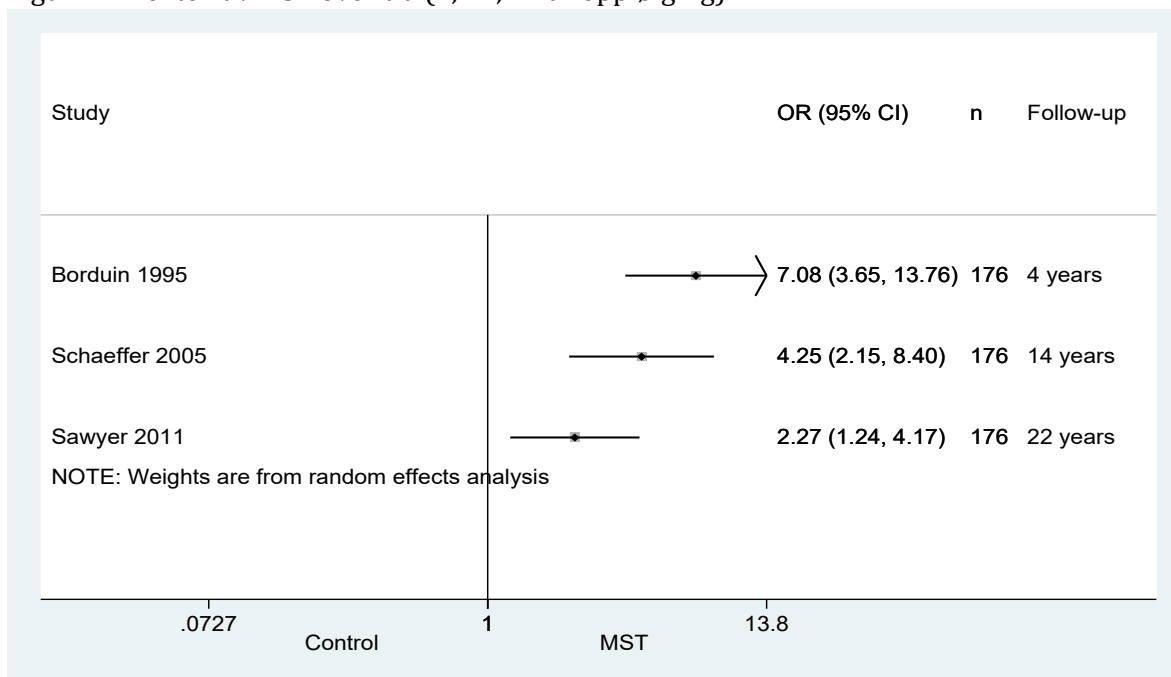
#### Effekt av MST over tid (4-22 år)

Tre primærstudier i Dopp 2017 rapporterte data fra de samme ungdommene, med tre oppfølgingsperioder. Slik rapportering gjorde det mulig for oss å vurdere effekt av tiltaket over tid (Figur 4). Dopp m.fl. rapporterte antallet ungdommer som ikke hadde noen pågripelser. Vi regnet NNT separat for hvert tidspunkt. Data kan ikke kombineres til én NNT, fordi ungdommene var de samme. Resultatene viste at:



- 4 år etter MST var effekten stor. I gjennomsnitt måtte 2 ungdommer få MST istedenfor vanlig behandling for at 1 ungdom skulle unngå å begå kriminalitet innen fire år etter behandling.
- 14 år etter MST var effekten noe mindre. I gjennomsnitt måtte 3 ungdommer få MST istedenfor vanlig behandling for at 1 ungdom skulle unngå å begå kriminalitet innen 14 år etter behandling.
- 22 år etter MST viste tiltaket fortsatt en effekt, men i gjennomsnitt måtte 5 ungdommer få MST istedenfor vanlig behandling for at 1 ungdom skulle unngå å begå kriminalitet innen 22 år etter behandling.

Figur 4: Effekten av MST over tid (4, 14, 22 år oppfølging)



Oppsummert viste resultatene varierende effekt av tiltakene på unges atferd, avhengig av både tiltak, utfallsmål som ble undersøkt, og oppfølgingstiden for utfallsmålene. MST viste sterk effekt på utfallsmålene som ble undersøkt fire år etter tiltak, og effekten holdt seg over lang tid (22 år etter tiltak), selv om den var noe dalende.

## Diskusjon

En fordel med utfallsmål som NNT er at det er konkret. Vi fant at 18 ungdommer må få ett av de omtalte tiltakene (MST, FFT, TFCO) for at 1 ungdom skal unngå kriminalitet. Halvparten av

ungdommene unngikk imidlertid kriminalitet selv om de ikke fikk ett av de omfattende tiltakene (MST, FFT, TFCO), men i stedet mottok et standard tjenestetilbud (alle kontrollgruppene fikk et aktivt tiltak). Men heller enn å konkludere med at disse tiltakene er lite effektive mht. kriminelle handlinger må man se på utfallsmålene: å unngå eller begå kriminalitet er et strengt og lite nyansert mål. Antall kriminelle handlinger er muligens mer nyttig å måle, enn kun *om* en ungdom har begått minst én kriminell handling eller ikke. Men antall kriminelle handlinger lar seg ikke omtale i NNT. NNT er også lettere å forstå enn standardiserte gjennomsnittsforskjeller som rapportert i Berg mf. (2020). Vi anbefaler å se på forskjellige måter å måle utfall som ligner hverandre.

I dette del-kapitlet rapporterte vi de dikotome utfallsmålene fra studiene som inngikk i oversikten til Dopp m.fl. De fleste var ulike varianter av «begått nye kriminelle handlinger». Dette er et vanlig utfallsmål, men det er likevel greit å huske på at utfallsmålene som her er rapportert for kriminalitet innebærer at ungdommen er blitt oppdaget i å begå nye kriminelle handlinger. Det er naturlig å tenke seg at det kan være store mørketall her, og det er ikke sikkert disse er jevnt fordelt mellom tiltaks- og kontrollgruppene, da de kan være påvirket av flaks/uflaks eller andre forhold utenfor ungdommen selv. Imidlertid viste resultatene fra studier med lang oppfølgingstid at ungdommene som hadde mottatt MST hadde effekt av tiltaket når det gjaldt nettopp oppdagede kriminelle handlinger fire år senere. Kanskje kan denne typen utfallsmål trenge en viss oppfølgingstid for å kunne vise en eventuell effekt. Effekten holdt seg også 14 og 22 år senere, selv om den var noe dalende.

Det er også viktig å huske at ungdommer kan oppleve fordeler av et tiltak uten at de oppnår det ønskede utfallet. En studie som undersøkte effekten av TFCO fant at dette ikke hadde effekt på utfallsmålet «pro-sosiale» venner. Men det kan tenkes at ungdommene som fikk TFCO opplevde å bedre sin sosiale kompetanse – som kan ha betydning for deltakelse i skole, at de unngikk å inngå i relasjoner som kan lede inn i nye kriminelle handlinger osv - uten at de oppga å ha en «pro-sosial» venn. Flere av studiene som inngikk i oversikten til Dopp m.fl. viste positive resultater for en del andre utfallsmål enn de dikotome som er rapportert i dette del-kapitlet.

### **Oppsummering av forskningsspørsmål 1**

Den samlede meta-analysen viste at uten ett av de undersøkte tiltakene (MST, FFT, TFCO) – dvs. med vanlig behandling – unngikk 1 av 2 ungdommer å begå nye kriminelle handlinger. I gjennomsnitt måtte 18 ungdommer få ett av tiltakene istedenfor vanlig behandling for at 1 ungdom ikke skulle begå nye kriminelle handlinger. Fra studiene som hadde lang oppfølgingstid så vi at MST hadde en sterk effekt over tid. Fire år etter tiltak viste disse studiene at 2

ungdommer måtte få MST for at 1 ungdom ikke skulle begå nye kriminelle handlinger. Studiene viste fortsatt effekt av MST opptil 22 år senere, men effekten var noe dalende.

---

## **Forskningsspørsmål 2: kost-nytte av tiltakene**

---

*Problemstilling: Beskriv kost-nytte av de tiltakene som viste pålitelige, merkbare effekter.*

### **Metode**

I vurdering av studier for et annet prosjekt der Bufdir er oppdragsgiver, som omhandler forekomst av barn og unge med atferdsvansker, fant vi to rapporter (Rambøll Management Consulting 2012; Oslo Economics 2017) som inneholdt kost-nytte-analyser av tiltak for barn og unge med atferdsvansker. Vi leste disse og vurderte dem opp mot de tiltakene som ble vurdert som relevante for dette oppdraget (se tabell 3 i metode-kapitlet). Vi rapporterer kost-nytte-analyser fra de to rapportene om relevante tiltak. Til sist i kapitlet oppsummerer vi funnene kort.

### **Resultater**

Vi fant to rapporter (Rambøll Management Consulting 2012; Oslo Economics 2017) med kost-nytte-analyser av noen av tiltakene som var inkludert i oversikten av Berg m.fl. (2020). Kostnadsanalysene for de enkelte tiltakene er oppsummert i tabell 5.

Tabell 5. Kost-nytte-analyser av tiltak for barn og unge med atferdsvansker

Tiltak	Kostnad per behandlet deltaker <sup>a</sup>	Kostnadsforskjell sammenliknet med ordinær behandling	Antatt effekt for kost-nytte-beregning	Nettogevinst for samfunnet per behandlet deltaker
<b>De Utrolige Årene</b>	30.000 DKK (2012)	Ikke beregnet	15 % oppnår en forbedring i forventet livsløp	158.000 DKK (2012)
<b>Funksjonell familierapi</b>	134.300 NOK (2017)	+ 21.700 NOK	Redusert kriminalitet opp til 2 år etter behandlingen	mellom 15.600 NOK og 65.000 NOK (2017)
			Forbedring i psykisk helse, atferd, sosial kompetanse, rusmiddelbruk, kriminalitet	Ikke beregnet
<b>Treatment Foster Care Oregon</b>	912.500 DKK (2012)	-112.500 DKK	Redusert behov for plassering og forbedring i forventet livsløp	700.000 DKK (2012)
<b>Multisystemisk terapi</b>	140.000 DKK (2012)	Ikke beregnet	30 % har redusert behov for plassering	245.000 DKK (2012)
	385.800 NOK (2017)	-166.000 NOK	Redusert behov for plassering opp til 3 år etter behandlingen	776.000 NOK (2017)
<b>Parent Management Training Oregon</b>	61.600 NOK (2017)	+ 27.200 NOK	Forbedring i barnets helse	56.340 NOK (2017)
			3 skoletimer som ikke gikk tapt for 25 elever	26.400 NOK (2017)

Rambøll Management Consulting vurderte i oppdrag av Social- og Integrationsministeriet (Rambøll Management Consulting 2012) de økonomiske konsekvensene av et utvalg av tiltak: De Utrolige Årene (DUÅ) for personer som hadde mottatt forebyggende tiltak mot atferdsvansker hos sårbare barn og unge, multisystemisk terapi (MST) for unge som tidligere har vært plassert og Multidimensional Treatment Foster Care (som nå går under navnet Treatment Foster Care Oregon, TFCO) for unge som tidligere har vært plassert eller dømt for kriminalitet. Både DUÅ, MST og TFCO er rettet mot foreldre og har som mål å styrke deres kompetanse i møte med barn eller ungdom med atferdsvansker og risiko for plassering.

Tiltakene som Oslo Economics la til grunn for sin kost-nytte-vurdering (Oslo Economics 2017) er i bruk i behandling av barn og ungdommer med atferdsproblemer i Norge: Parent Management Training Oregon (PMTO) for barn 3-12 år med alvorlige atferdsvansker, MST og funksjonell familierapi (FFT) for ungdom opp til 18 år med risiko for eller med alvorlige atferds- og psykiske vansker, skoleproblemer, rusmisbruk og kriminalitet.

Den danske rapporten (Rambøll Management Consulting 2012) la potensielle forbedringer i mottakernes fremtidige livsforløp (det gjennomsnittlige økonomiske nettobidrag til samfunnet) til grunn for sine kostnadsanalyser. Den norske rapporten beregnet kost-nytte effekt av intervensjoner for et avgrenset tidsrom etter mottatt behandling (Oslo Economics 2017). Begge rapportene sammenliknet tiltakene med «treatment as usual», dvs. ordinære hjelpe- og behandlingstiltak, f.eks. plassering eller forebyggende tiltak, som ville bli anvendt istedenfor de målrettede programmene (Rambøll Management Consulting 2012; Oslo Economics 2017).

Begge rapportene konkluderte med at de spesialiserte tiltakene som ble undersøkt var økonomisk lønnsomme for det danske (Rambøll Management Consulting 2012) og det norske samfunn (Oslo Economics 2017). Dette forutsatt at disse brukes i behandling av målgruppen tiltakene er utviklet for.

### **De Utrolige Årene (Incredible Years)**

DUÅ er en velutprøvd og grundig analysert programserie som har positive effekter på foreldrenes kompetanse og barnets atferdsvansker (Rambøll Management Consulting 2012). Berg mf. (2020) konkluderte i sin oversikt at gruppebasert foreldreveiledning som DUÅ eller liknende tiltak trolig fører til reduksjon i atferdsvansker hos barn.

En gjennomsnittlig kostnad på 30.000 DKK per barn<sup>1</sup> med DUÅ gir en positiv avkastning for samfunnet, selv om det forutsettes at kun 15 % vil oppnå en reell forbedring i forhold til deres forventede livsforløp. Samlet gir DUÅ en økonomisk nettogevinst på 158.000 DKK per barn. I dette ligger et samlet økonomisk potensial for det danske samfunnet på 1,6 milliarder DKK om man gjennomfører tiltaket for 10.000 barn mellom 4 og 6 år.

### **Funksjonell familieterapi**

Funksjonell familieterapi er et terapeutisk tiltak gitt foreldre og barn. Berg mf. (2020) konkluderte med at FFT, sammenlignet med ingen tiltak, trolig gir en liten reduksjon i atferdsvansker hos unge som har atferdsvansker og rusmisbruk. Virkningen av funksjonell familieterapi til å forbygge at unge begår nye lovovertrедelser var uklar sammenliknet med vanlig behandlingspraksis.

Funksjonell familieterapi har en kostnad på 134.300 NOK i gjennomsnitt, men gir en reduksjon på cirka 21.700 NOK per deltaker i forhold til realistiske alternativer (Oslo Economics 2017). Redusert kriminalitet fører til besparelser for samfunnet på mellom 15.600 og 65.000 NOK per ungdom over en periode på 2 år. Bedre psykisk helse og sosial kompetanse hos ungdommen, bedre psykisk helse for mor, forbedring i atferd, mindre rusmiddelbruk og kriminalitet i tillegg til forebygging av plassering er trukket frem i Oslo Economics-rapporten, men kost-nytte-analyser for disse effekter er ikke utført.

### **Multidimensional Treatment Foster Care / Treatment Foster Care Oregon**

TFCO er basert på de samme prinsipper og metoder som MST, men er et vesentlig mer omfattende tiltak som medfører plassering av ungdom i en såkalt prøvefamilie i en periode, mens det arbeides intensivt med den unge og de biologiske foreldre (Rambøll Management Consulting 2012). Resultatene oppsummert av Berg mf. (2020) viste at familiebaserte tiltak, slik som TFCO trolig gir en vedvarende, liten reduksjon i antisosial atferd (f.eks. lovbrudd og arrestasjoner) hos unge under 18 år som har begått alvorlige lovbrudd.

Rambøll konkluderte at TFCO er økonomisk lønnsomt for det offentlige. Investeringen var med 912.500 DKK per deltaker dyrere enn de fleste andre former for plasseringer. Vurdering av effekt tilsa imidlertid at unge ville ha bedre effekt av TFCO enn ved tradisjonell plassering og derfor ha et bedre livsforløp på sikt. Man forutsatte en tilleggskostnad på 112.500 DKK per

---

<sup>1</sup> I 2012 var valutakurs for 1 NOK cirka 1,01 DKK

behandling i forhold til den plasseringen man ellers ville ha anvendt. Samlet gir det et økonomisk potensial på omtrent 700.000 DKK per deltager.

### **Multisystemisk terapi**

Berg mf. (2020) viste at psykososiale tiltak som f.eks. MST trolig gir en vedvarende reduksjon i atferdsvansker hos barn og unge sammenlignet med kontroll. Videre gir MST trolig en vedvarende liten reduksjon i kriminalitet hos ungdommer som har begått alvorlige lovbrudd.

Rambøll anslo en kostnad på cirka 140.000 DKK per MST forløp i 2012 (Rambøll Management Consulting 2012). Under antakelsen at MST virker bedre enn plassering for 30 % av deltagerne, gir analysen et samfunnsøkonomisk potensial på cirka 245.000 DKK per deltaker. Forfatterne av rapporten bemerket at de reelle effektene av MST var mer tvetydige enn analysene av de øvrige programmene (Rambøll Management Consulting 2012).

Oslo Economics beregnet at utgiftene for MST er på cirka 64.300 NOK per måned per ungdom (Oslo Economics 2017). Dette tilsvarer 385.800 NOK for en vanlig behandlingsperiode på 6 måneder og en reduksjon på cirka 166.000 NOK per deltaker over det samme tidsrommet, sammenliknet med annen relevant behandling. Det er grunn til å tro at realistiske alternativer er dyrere enn MST på grunn av et større omfang av plassering og institusjonsbehandling. Besparelsen i form av forebygget plassering eller institusjonsbehandling etter MST er 776.000 NOK over perioden 7 til 36 måneder etter oppstart av behandlingen.

### **Parent Management Training Oregon**

Med en kostnad på 61.600 NOK per behandling per barn er PMTO 27.200 NOK dyrere enn alternativ behandling (Oslo Economics 2017). PMTO gir raskere effekter enn sammenliknbar behandling (Oslo Economics 2017), noe som veier opp for større behandlingskostnader. Over en periode på 18 måneder etter avsluttet behandling er det antatt en midlertidig, gjennomsnittlig helsegevinst for barnet på 56.340 NOK. En antatt samfunnsøkonomisk gevinst på 26.400 NOK per barn resulterer eksempelvis fra ikke tapte skoletimer som barnet uten PMTO ville ha forårsaket.

### **Oppsummering av forskningsspørsmål 2**

Forutsatt at de målrettede tiltakene brukes i behandling av målgruppen de er utviklet for, viste kost-nytte-analysene utviklet og publisert i to rapporter i Danmark (Rambøll Management Consulting 2012) og Norge (Oslo Economics 2017) at De Utrolige Årene, Funksjonell familierapi, Multisystemisk terapi, Treatment Foster Care Oregon og Parent Management

Training Oregon var økonomisk lønnsomme sammenliknet med ordinær behandling og istedenfor plassering av barn og unge med atferdsvansker. Kostnad for behandling var anslått mellom 30.000 DKK (DUÅ) og 912.500 DKK (TFCO) per barn/ungdom. Nettogevinst for samfunnet var anslått med henholdsvis 158.000 DKK (DUÅ), 245.000 DKK (MST) og 700.000 DKK (TFCO) per deltaker i 2012 og 15.600 NOK (FFT), 26.400 NOK (PMT0) og 776.000 NOK (MST) per deltaker i 2017 (se også tabell 5 over).

---

### **Forskningsspørsmål 3: kontekstene for studiene**

---

*Problemstilling: Beskriv hvilke kontekster de tiltakene som viste pålitelige, merkbare effekter er utført i (hvor praksisnært).*

#### **Metode**

Vi søkte etter informasjon i de inkluderte systematiske oversiktene og i primærstudiene som vi hadde tilgang til, som kunne si oss noe om kontekstene rundt tiltakene som viste pålitelige merkbare effekter, samt informasjon om kontekst rundt hvordan studiene var utført. Se kapitlet om metode. På grunn av ulik grad av rapportering i de systematiske oversiktene, og at vi kun leste noen av primærstudiene som oversiktene bygger på, er mengden informasjon vi fant noe ujevnt fordelt.

#### **Resultater**

Vi rapporterer den informasjonen vi fant med utgangspunkt i hver av de fem systematiske oversiktene som hadde resultater som viste pålitelige, merkbare effekter. Tiltakene som gjennomgås i dette kapitlet er dermed de som i Berg mf. (2020) viste pålitelige, merkbare effekter. Fordi vi valgte å presentere funnene med utgangspunkt i de systematiske oversiktene, så fins det noe gjentakende informasjon om enkelte tiltak. Dette skyldes at flere av oversiktene undersøkte samme tiltak. Til sist i kapitlet oppsummerer vi funnene kort.

#### **Epstein 2015**

Epstein og kolleger undersøkte effekten av psykososiale tiltak for barn og unge med atferdsvansker. Tiltakene som gjennomgås i dette avsnittet er foreldretiltak og såkalte multisystemiske tiltak, dvs. tiltak som er rettet mot både foreldre og barn, og eventuelt andre aktører, slik som lærere. Tabell 6 gir en oversikt over resultatene, antall studier, PICO samt hvilke tabeller i rapporten til Berg mf. (2020) vi tok utgangspunkt i.



Tabell 6: PICO mm. for inkluderte studier fra Epstein 2015

<b>Epstein 2015</b>
<b>Resultat 1:</b> 14 studier (13 RCT-er) n= 1617 (tabell 8 i Berg mf. 2020) <b>P:</b> Førskolebarn med atferdsvansker <b>I:</b> Psykososiale tiltak rettet kun mot foreldre <b>C:</b> Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste <b>O:</b> Atferdsvansker (disruptive behavior)
<b>Resultat 2:</b> 9 studier (9 RCT-er) n= 401 (tabell 8 i Berg mf. 2020) <b>P:</b> Førskolebarn med atferdsvansker <b>I:</b> Psykososiale tiltak rettet mot både foreldre og barn <b>C:</b> Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste <b>O:</b> Atferdsvansker (disruptive behavior)
<b>Resultat 3:</b> 11 studier (8 RCTer) mangler info om n (tabell 9 i Berg mf. 2020) <b>P:</b> Barn i skolealder med atferdsvansker <b>I:</b> Psykososiale tiltak rettet kun mot foreldre <b>C:</b> Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste <b>O:</b> Atferdsvansker (disruptive behavior)
<b>Resultat 4:</b> 13 studier (12 RCTer) mangler info om n (tabell 10 i Berg mf. 2020) <b>P:</b> Tenåringer med atferdsvansker <b>I:</b> Psykososiale tiltak rettet mot både foreldre og barn/ungdommer <b>C:</b> Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste <b>O:</b> Atferdsvansker (disruptive behavior)

I Epstein og kollegaers rapport får vi oppgitt noe informasjon om hvor tiltakene i studiene er gitt/studiene er utført. Vi gir en kort presentasjon av informasjonen vi fant i oversikten.

#### Tiltak gitt familier med barn i førskolealder og småskolealder (0-12 år)

Tiltakene som er undersøkt i oversikten til Epstein og kolleger for aldersgruppen 0-12 år er:

#### *Foreldretiltak*

- Incredible Years (IY, De Utrolige Årene) – Parent training (IY -PT)
- Triple P
- Parent Management Training – Oregon (PMTO)
- Andre (ikke navngitte foreldretiltak)

*Tiltak gitt både foreldre og barn/andre aktører (multisystemiske tiltak)*

- Parent Child Interaction Therapy
- Incredible Years (IY)
- Coping Power Program
- SNAP Under 12 Outreach Project
- Andre multisystemiske tiltak

Ved gjennomgang av alle relevante studier presentert i Epstein og kollegaers rapport for familier med barn i førskole- og småskolealder fant vi kortfattet informasjon om at tiltakene som ble undersøkt i studiene stort sett ble gitt på ulike behandlingssentre i kommunen el.l. Noen få studier var utført på forskningsklinikker tilknyttet universitet, og i en del studier var tiltaket som ble undersøkt selv-ledede tiltak, der foreldrene gjennomgikk et kurs el.l. på nett, eller ved hjelp av materiell el.l., i eget hjem.

*Ulike sentre, klinikker m.m. som gir hjelp til familier:*

For tiltakene gitt familier med barn i førskole- eller småskolealder er de fleste gitt på sentre eller klinikker som jobbet med familier med ulike utfordringer og ga tilpasset behandling eller veiledning for denne gruppa (*outpatient clinics, health service organizations*). Eksempler fra studier om familier med førskolebarn:

”One RCT compared an IY intervention delivered by center social staff in social service centers for economically disadvantaged children in the United Kingdom with a waitlist control group.”  
(Epstein 2015 s. 24).

“Another trial conducted in Irish community service centers enrolled 149 children between the ages of 32 and 88 months who were referred to health services organizations for problem behaviors and who scored above the clinical cut off on a parent rated ECBI. The IY intervention was delivered by center staff.” (Epstein 2015s. 24).

For litt eldre barn:

“An RCT conducted in Sweden examined 4 to 8 year old children referred for outpatient child and adolescent psychiatry services meeting diagnostic criteria for ODD.” (Epstein 2015 s. 40)

“One RCT randomized 2 to 10 year old children (85% boys) referred for disruptive behaviors to an outpatient clinic in the United Kingdom to receive intensive outpatient treatment or standard treatment.” (Epstein 2015 s. 44).

“An RCT conducted in the United Kingdom examined 2 to 9 year old children referred to outpatient services for conduct problems and scoring above the clinical cutoff on the ECBI Problem subscale.” (Epstein 2015 s. 40).

“One RCT randomized 4 to 8 year old children (80% boys) referred to two child psychiatry outpatient clinics in Norway due to oppositional or conduct problems to IY-PT, IY-PT plus IY-CT, or to a waitlist control group.” (Epstein 2015 s. 46).

#### *Forskningssklinikker tilknyttet et universitet:*

Noen få studier (n=2) er utført på forskningssklinikker tilknyttet et universitet:

“One RCT randomly assigned 4 to 8 year old children (75% boys) referred to an outpatient university research clinic in the United States with conduct problems to receive IY-CT, IY-PT, combined IY-CT + IY-PT, or to a waitlist control condition.” (Epstein 2015 s. 46).

“One RCT examined the effect of IY-PT + IY-CT + IY-TT when delivered together in comparison to other combinations of IY components, to individual IY components, and to a waitlist control condition in 4 to 8 year old children (90% boys) with ODD who were referred by their families to an outpatient university research clinic in the United States.” (Epstein 2015 s. 46)

#### *Selv-ledede tiltak i familiens eget hjem*

Flere av studiene som undersøkte foreldretiltak gitt foreldre med førskolebarn undersøkte selv-ledede (*self directed*) versjoner av ulike foreldretiltak (Triple P og PMTO). De selv-ledede foreldreprogrammene ble gjennomført av foreldrene i sitt eget hjem, ved hjelp av tilsendt materiell, og i noen tilfeller oppfølging over telefon eller online. Flere studier sammenlignet ulike versjoner av tiltaket.

“One RCT comparing a 10-week, self-directed iteration of Triple P implemented by parents in rural areas of Australia to a waitlist control group reported improvements in behavioral outcomes in the intervention group.” (Epstein 2015 s. 26)

“Another RCT in a rural population compared a similar self-directed version of Triple P plus weekly phone conferences [n = 14, mean age: 47.21 (10.19) months] with self-directed Triple P

alone [n = 15, mean age: 47.27 (9.84) months] and with a waitlist control arm [n = 12, mean age: 46.17 (13.29) months]." (Epstein 2015 s. 27)

"One RCT evaluated three variations of Triple P in 3-year old children compared with a waitlist control group (n = 77): self-directed alone (n = 75); self-directed plus 10 hours of therapist-led skills training with observation and feedback (n = 77); and self-directed plus 14 hours of skills training that included training in partner support and observation and feedback (n = 76)." (Epstein 2015 s. 27-28)

"One RCT compared an online version of Triple P (n = 60) with internet use as usual (n = 56) among parents of children ages 2 to 9 [mean: 4.7 (1.76)] years with elevated ECBI scores. As in the other studies of Triple P, problem behaviors on the ECBI were significantly reduced in the intervention group compared with control at the 6-month follow up." (Epstein 2015 s. 40)

"One RCT compared a practitioner-directed parent management training program (PMT-P) with a self-directed parent management training program (PMT-S) and waitlist control group in a population of 3 to 10 year old children (60% boys) referred to outpatient clinics in Sweden for disruptive behaviors." (Epstein 2015 s. 43)

Oppsummert viser studiene at foreldreveiledning for foreldre med barn i alderen 0-12 år har effekt på barns atferd, uavhengig om tiltaket ble gitt på vanlig tjenestested eller på en forskningsklinikk. Også selv-ledede tiltak, der foreldre får tilsendt materiell og gjennomgår dette på egen hånd i eget hjem, viste effekt sammenlignet med å ikke få noe tiltak. Selv-ledede tiltak med noe oppfølging av en veileder viste bedre effekt enn å ikke få noe veiledning.

#### Tiltak gitt familier med ungdom/tenåringer med atferdsproblemer (atferd, rus, kriminalitet m.m.)

Tiltakene som er undersøkt i Epstein og kollegaers rapport for denne aldersgruppa er:

- Brief Strategic Family Therapy (BSFT)
- Parenting with Limits and Love
- Andre familiebaserte tiltak
- Multisystemisk terapi (MST)
- Andre multisystemiske tiltak

Tiltakene var enten familietiltak eller såkalte multisystemiske tiltak, dvs. tiltak som inkluderte både foreldrene og barna/skolen/andre aktører. Vi får ikke oppgitt informasjon i Epsteins rapport om kontekst rundt studiene av familietiltakene, men denne typen tiltak er nokså omfattende tiltak, og tilpasses ofte den enkelte familie og ungdoms behov. Det tiltaket som var

undersøkt i flest studier var MST (n=5) og MST er et tiltak som i stor grad skreddersys den enkelte familie, og ofte gis i familiens eget hjem. Nasjonalt Utviklingssenter for Barn og Unge, som er ansvarlig for implementering av metoden i Norge, beskriver MST slik på sine hjemmesider:

«I MST møter terapeuten familien hjemme på tidspunkter som passer familien.

Behandlingstilbudet skreddersys den enkelte familie. Sammen med terapeuten setter foreldrene og ungdommen behandlingsmål og gjør løpende evaluering av behandlingsforløpet.

Behandlingskomponenter kan f.eks. være arbeid med kommunikasjon, konflikthåndtering, samarbeid med skole og øke aktiv deltagelse i fritidsaktiviteter. Arbeidet er intensivt og i visse perioder det være flere hjemmebesøk i uken, samt møter med skole og støttepersoner.

Familien har mulighet til å ta kontakt med terapeuten hvis de har behov for det 24 timer i døgnet, syv dager i uken. Behandlingen varer vanligvis fra tre til fem måneder, men avsluttes tidligere hvis målene for behandlingen er nådd.» (nubu.no)

Vi mener at familiebaserte og multisystemiske tiltak av natur ofte er tvunget til å være praksisnære, i den forstand at de ofte tilpasses den enkelte familie og deres behov og også ofte foregår i familienes eget hjem.

### Oppsummering

Vi fant at de fleste av tiltakene gitt familier med de yngste barna er gitt på det som ser ut til å være vanlig tjenestested, slik som kommunale helsetjeneste-sentre, eller sentre for oppfølging av familier med spesielle behov. Dette tolker vi som å være praksisnært. Vi fant kun to studier (av 34) som var utført på såkalte forskningsklinikker tilknyttet et universitet, som i motsatt fall kan tolkes som å være mindre eller lite praksisnært. Vi fant ingen forskjell i effekt i studiene som var utført på forskningsklinikker sammenlignet med de andre studiene.

Flere av tiltakene som var undersøkt for familier med yngre barn var også selv-ledede tiltak med eller uten veiledning, som foregikk i familienes eget hjem. Dette må sies å være praksisnært. Studiene som undersøkte selv-ledede tiltak fant også effekt av disse sammenlignet med venteliste, men effekten var størst for de selv-ledede gruppene som fikk noe oppfølging.

Studiene som har undersøkt effekt av tiltak for ungdommer har undersøkt omfattende familiebaserte tiltak og såkalte multisystemiske tiltak. Dette er tiltak som ofte skreddersys den enkelte families behov og ofte gis i familienes eget hjem eller på andre arenaer som skolen. Dette må sies å være praksisnært.

## **Hartnett 2017**

Hartnett og kollegaer undersøkte effekt av ett tiltak: Funksjonell familieterapi (FFT). Tabell 7 gir en oversikt over studiedesign, PICO, samt hvilken tabell i rapporten til Berg mf. (2020) vi tok utgangspunkt i.

Tabell 7: PICO m.m. for inkluderte studier fra Hartnett 2017

<b>Hartnett 2017</b>
1 relevant analyse/resultat, 3 studier (3 RCTer) n=165 (tabell 12 i Berg mf. 2020)
<b>P:</b> Unge under 18 år som har atferdsvansker og/eller rusmisbruk
<b>I:</b> Funksjonell familieterapi
<b>C:</b> Ingen tiltak eller venteliste
<b>O:</b> Atferdsvansker

Hartnett og kollegaer oppgir ingen informasjon om kontekst rundt studiene som inngår i deres rapport. Fra NUBUs hjemmesider leser vi følgende beskrivelse av FFT:

«I FFT møter familien enten på terapeutens kontor eller terapeuten kan komme hjem til familien. Behandlingstilbudet skreddersys den enkelte familie ut fra de problemene som familien står overfor. Behandlingen er intensiv med familiemøter minst en gang i uken med terapeuten, og terapeuten deltar ved behov i møter med skole, relevante instanser og støttepersoner. Omfanget av behandlingen er på 10–30 terapitimer over en periode på 3–6 måneder.» (nubu.no)

I likhet med andre multisystemiske tiltak gitt familier med ungdommer med atferdsproblemer, som MST, er FFT et omfattende tiltak som i stor grad tilpasses den enkelte families behov og ofte foregår i familiens eget hjem eller på andre arenaer som familien/ungdommene trenger hjelp til å håndtere, som skole el.l. Dette må sies å være praksisnært.

Vi søkte etter de tre relevante primærstudiene som inngikk i Hartnett og kollegaers oppsummering og fikk tak i den ene. Under gir vi noe informasjon hentet fra denne studien vedrørende landkontekst, tjenestested og hvordan tiltaket ble gitt.

### *Fra amerikansk til irsk kontekst:*

“This study had two specific goals. The first was to assess the effectiveness of FFT in ameliorating adolescent psychological problems and family adjustment. The second goal of this study was to evaluate the effectiveness of FFT in an Irish context and thus demonstrate the model’s applicability in cultures other than the one in which it was developed. As such, this study had the

potential to help us to better understand if evidence-based treatment interventions developed largely in a U.S. context are exportable to other cultures and treatment systems. This issue was important from an Irish perspective, as few evidence-based family therapy programs have been established to address adolescent behavioral problems in Ireland.” (Hartnett 2016 s. 288)

*Tjenestested:*

“This study was conducted at Archways Families First, a community-based counseling agency established in 2007 in Dublin Ireland. This center was set up to implement FFT and other evidence-based interventions to support socially disadvantaged families of children and adolescents with behavioral problems at risk for a range of mental health disorders. The study was a randomized-controlled trial (RCT) with FFT and waiting list control group arms.” (Hartnett 2016 s. 289)

*Hvordan var tiltaket levert:*

“Participants referred to the trial were screened for suitability with the SDQ during home-visits or at the Archways Families First Center. Those scoring at or above the clinical cut-off of 17 on the total difficulties scale of the parent-completed version of the SDQ were randomized to FFT or control groups. Each case in the FFT group was treated by a single therapist over about 20 sessions spanning 4–6 months, with initial sessions being offered weekly and later sessions being offered less frequently, for example, fortnightly. FFT sessions were convened in clients’ homes or at the center, depending on client preferences and practical considerations.” (Hartnett 2016 s. 291)

Studien er utført praksisnært ved at den tester et amerikansk tiltak i en lokal irsk kontekst. Videre er tiltaket gitt ved et kommunalt senter som er opprettet for å gi kvalitetssikrede tjenester til ressurssvake familier. I studien fremkommer det videre at tiltaket (FFT) ble gitt enten hjemme hos familiene eller på senteret, avhengig av familienes preferanser og forbehold.

Oppsummering

Funksjonell familieterapi er et tiltak som i stor grad tilpasses den enkelte familie/ungdom, og forgår ofte i familienes eget hjem. Vi vurderer dette som praksisnært.

**Leijten 2019**

Leijten og kollegaer undersøkte ulike foreldreveiledningsprogrammer og inkluderte 154 studier i sin oversikt. Pga. den store mengden primærstudier hadde vi ikke tid til å innhente alle disse. Vi oppgir kun informasjon tilgjengelig i Leijten og kollegaers systematiske oversikt. Tabell 8 gir en

oversikt over antall studier, PICO, samt hvilken tabell i rapporten til Berg mf. (2020) vi tok utgangspunkt i.

Tabell 8: PICO m.m. for inkluderte studier i Leijten 2019

<b>Leijten 2019</b>
1 relevant analyse/resultat, 154 studier (tabell 16 i Berg mf. 2020)
<b>P:</b> Barn 2-12 år som har atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser
<b>I:</b> Foreldreveiledning
<b>C:</b> Ingen tiltak eller annet tiltak
<b>O:</b> Atferdsvansker (disruptive behavior)

I Leijten og kollegaers oversikt oppgis hverken navn på de ulike tiltakene som undersøkes eller spesifikk informasjon om hvordan tiltaket er levert i studiene. Men hele 28 studier overlappet mellom Leijten og Epsteins oversikter, og for denne aldersgruppa så vi fra Epsteins rapport at de fleste studiene, etter vår vurdering, så ut til å være gjennomført praksisnært. Leijtens rapport inneholder langt flere studier, antakelig fordi de også har inkludert universelle foreldreveiledningstiltak (dvs. tiltak rettet mot foreldre flest som ledd i en strategi for tidlig innsats). De finner riktignok liten effekt av de universelle tiltakene, men i likhet med Epstein og kollegaer finner de effekt av de mer målrettede tiltakene.

### Oppsummering

Vi får ikke oppgitt informasjon i Leijten og kollegars oversikt som kan si oss noe om konteksten tiltakene er gitt i, men vi mener det er sannsynlig at mange av disse er utført praksisnært, basert på overlapp i studier inkludert i Epstein 2015.

### Dopp 2017

Dopp og kollegaer undersøkte familiebaserte tiltak for ungdom som har begått kriminelle handlinger. Tabell 9 gir en oversikt over antall studier, PICO, samt hvilken tabell i rapporten til Berg mf. (2020) vi tok utgangspunkt i.

Tabell 9: PICO m.m. for inkluderte studier i Dopp 2017

<b>Dopp 2017</b>
1 relevant analyse/resultat, 28 studier (tabell 19 i Berg mf. 2020)
<b>P:</b> Unge under 18 år som har begått alvorlig kriminalitet
<b>I:</b> Familiebaserte tiltak



**C:** Vanlig praksis (eller ingen tiltak eller annet tiltak)

**O:** Antisosial atferd

Tiltakene som er undersøkt i Dopp og kollegaers oversikt er:

- Multisystemisk terapi (MST)
- Funksjonell familieterapi (FFT)
- Treatment Foster Care – Oregon (TFCO)

MST og FFT er nevnt over i forbindelse med oversiktene av Epstein 2015 og Hartnett 2017 (se over). Fra NUBUs hjemmesider kan vi lese om Treatment Foster Care – Oregon (TFCO):

«Ungdommen bor i et behandlingshjem i 9–12 måneder. Behandlingshjemmene er vanlige hjem som både får daglig veiledning og støtte, samt ukentlig felles veiledning. De har mulighet til å ringe TFCO-teamet hele døgnet ved behov. Ungdommen går ukentlig i individualterapi og ferdighetstrening, og møter foreldrene i familieterapi. Gradvis tilbringer ungdommen mer tid hjemme hos foreldrene.»

(nubu.no)

I likhet med MST og FFT er vår vurdering at TFCO i praksis må kunne sies å være et praksisnært tiltak i seg selv, fordi det gjennomføres på så mange ulike arenaer og blant annet også (i likhet med MST) innebærer oppfølging av familiene (biologiske- eller fosterfamilier) i eget hjem og ved behov på telefon døgnet rundt.

### Oppsummering

Felles for MST, FFT og TFCO er at de er omfattende tiltak som i stor grad tilpasses familiene og ungdommenes behov, og i mange tilfeller foregår i familienes eget hjem eller fosterhjemmene, eller på andre arenaer der ungdommene/familiene oppholder seg og mottar oppfølging. Dette var også tilfellet i de aller fleste studiene som undersøkte effekten av disse tiltakene. Vår vurdering er at studiene var praksisnære.

### **ter Beek 2018**

ter Beek og kollegaer undersøkte effekten av ulike behandlingstiltak for ungdommer (12-18 år) som har begått seksuelle overgrep. Tabell 10 gir en oversikt over antall studier, PICO, samt hvilken tabell i rapporten til Berg mf. (2020) vi tok utgangspunkt i.

Tabell 10: PICO m.m. for inkluderte studier i ter Beek 2018

ter Beek 2018
1 relevant analyse/resultat, 23 studier (tabell 23 i Berg mf. 2020)
<b>P:</b> Unge gutter 12-18 år som har begått seksuallovbrudd
<b>I:</b> Ulike behandlingstiltak
<b>C:</b> Ingen tiltak eller annet tiltak
<b>O:</b> Psykososial fungering

Tiltakene som undersøkes i ter Beek og kollegaers rapport er:

- Kognitiv atferdsterapi
- MST
- FFT

På grunn av populasjonen i studiene (ungdom som har begått seksuelle overgrep) er mange av tiltakene som er undersøkt gitt i institusjon (14 av 23). Det er noe mangelfull informasjon om dette i ter Beek m.fl. (2018), men mange av de amerikanske studiene er muligens ulike typer ungdomsfengsler. Blant annet er kognitiv atferdsterapi (individ- eller gruppeterapi) ett av de hyppigst benyttede tiltakene gitt i institusjon. Fordi tiltakene var gitt i institusjonen der ungdommene oppholdt seg og mottok oppfølging, er vår vurdering at studiene var praksisnære.

De resterende tiltakene ble gitt «*outpatient*» (9 av 23). Vi får ikke oppgitt informasjon utover dette, men kjenner til at flere av tiltakene som gis «*outpatient*» er ulike former for kognitiv terapi, individ- eller familie-rettet (n=5), mens fire av studiene har undersøkt effekten av MST. Både individrettet terapi, familierettet terapi (gitt i institusjon eller *outpatient*) og MST viste positive effekter. Som nevnt tidligere vurderer vi MST som et praksisnært tiltak av natur.

Eksempel fra en av studiene som undersøkte effekten av MST:

“Standard MST intervention and quality assurance procedures were followed in this study. Four therapists with caseloads of 4–6 families and an on-site MST supervisor comprised the MST team. Therapists delivered interventions primarily in families’ homes and elsewhere as needed (e.g., schools), and families had 24-hour/7 day-a-week access to their therapist or another team member. Individualized assessments were conducted with youth, family members, and other important members of youths’ social ecologies (e.g., probation officers) to develop treatment goals and identify the factors considered most relevant to initiation and/or maintenance of the problem sexual behavior. Individualized treatment plans were developed and well-validated treatment strategies were employed to address the factors associated with sexually abusive and other antisocial behaviors. Caregiver participation was a critical component of all treatment plans and improved parenting was shown to mediate favorable outcomes with these youth.”  
(Letourneau 2009 s. 8)

De sterkeste effektene av tiltakene fant man der ungdommene fikk både individrettet terapi og en annen form for terapi, enten gruppeterapi eller familierapi.

### Oppsummering

Studiene som inngår i ter Beeks oversikt er etter vår vurdering utført praksisnært. Hele 13 av studiene undersøker tiltak som gis i institusjon. Betingelsene for tiltak som gis ungdom i institusjon er uansett noe unaturlige, men muligens så praksisnære som de får blitt, gitt de betingelsene ungdommene lever under. Flesteparten av de resterende tiltakene er omfattende familiebaserte tiltak som i stor grad tilpasses familiene og ofte gis i familienes hjem, noe som må sies å være praksisnært.

### **Oppsummering av forskningsspørsmål 3**

Vår vurdering er at tiltakene som er undersøkt i de relevante studiene for dette forskningsspørsmålet i stor grad kan sies å være praksisnære.

- I Epstein og kollegaers (2015) rapport finner vi for tiltak for foreldre med barn 0-12 år korte beskrivelser av hvor tiltakene er gitt, og i de aller fleste tilfellene fremstår dette som å være gitt innenfor det vanlige tjestapparatet for denne gruppen – mao. praksisnært, bortsett fra i to studier der tiltakene er gitt på forskningsklinikk tilknyttet et universitet. I flere av studiene undersøkes selvstyrte foreldreprogrammer der foreldrene gjennomgår materiell online eller hjemme i eget hjem. For tiltak gitt familier med ungdommer er mange av tiltakene som er undersøkt MST og lignende omfattende tiltak som i stor grad tilpasses den enkelte familie og ungdoms behov og ofte gis i familienes eget hjem.
- I Hartnett og kollegaers (2017) systematiske oversikt er tiltaket som undersøkes Funksjonell Familierapi. Dette er et tiltak som i stor grad tilpasses den enkelte families behov, og ofte gis i familiens hjem. Det fremkommer i den ene primærstudien inkludert i Hartnetts oversikt at tiltaket nettopp ofte ble levert i familiens hjem.
- I Leijten og kollegaers (2019) systematiske oversikt får vi ikke oppgitt informasjon som forteller oss noe om konteksten tiltakene er gitt i, men vi vet at flere av studiene som inngår i Leijtens oversikt sammenfaller med studier inkludert i Epsteins rapport.
- Dopp og kollegaer (2018) undersøker effekten av tre ulike, men omfattende tiltak: MST, FFT, TFCO. Tiltakene er omfattende av flere grunner, men også fordi de har som utgangspunkt at de skal tilpasses den enkelte families behov – noe som innebærer at behandlere og terapeuter er tilgjengelige for eksempel på telefon når medlemmer av familien trenger dette, og ofte foregår veiledning og terapi i familienes egne hjem.
- ter Beek og kollegaer (2018) undersøker behandlingstiltak og multisystemiske tiltak for ungdom som har begått seksuelle overgrep. Mange av behandlingstiltakene (CBT) er gitt

i institusjon. De andre tiltakene er i hovedsak omfattende tiltak (MST, FFT) som i stor grad tilpasses de ulike familienes behov og ofte foregår i familienes eget hjem.

---

## **Forskningsspørsmål 4: fagpersoners kompetansebehov**

---

*Problemstilling: Beskriv hvilken kompetanse fagpersoner trenger eller burde ha, når de skal gi tiltakene som viste pålitelige, merkbare effekter.*

### **Metode**

For å besvare dette spørsmålet leste vi nøye de inkluderte systematiske oversiktene og alle innhentede primærstudier, med henblikk på informasjon om kompetanse hos de som ga tiltakene. I tillegg søkte vi i Google etter informasjon om kompetansekrav o.l. for de ulike aktuelle tiltakene. Mengden informasjon vi fant for de ulike tiltakene er noe ujevnt fordelt nedenfor. Dette skyldes at det var ulik grad av rapportering i de systematiske oversiktene, vi leste kun primærstudiene fra noen av oversiktene, og vi fant varierende informasjon om kompetansekrav for de ulike tiltakene i Google søkene.

### **Resultater**

Vi rapporterer den informasjonen vi fant med utgangspunkt i hver av de fem systematiske oversiktene som hadde resultater som viste pålitelige, merkbare effekter. Tiltakene som gjennomgås i dette kapitlet er dermed de som i Berg mf. (2020) viste pålitelige, merkbare effekter. Fordi vi valgte å presentere funnene med utgangspunkt i de systematiske oversiktene så fins det noe gjentakende informasjon om enkelte tiltak. Dette skyldes at flere av oversiktene undersøkte samme tiltak. Til sist i kapitlet oppsummerer vi kort funnene.

### **Epstein 2015**

Epstein og kollegaer (2015) undersøkte effekten av psykososiale tiltak for barn og unge med atferdsvansker. Tiltakene vi gjennomgår i dette kapitlet er foreldretiltak og såkalte multisystemiske tiltak, dvs. tiltak som er rettet mot både foreldre og barn, og eventuelt andre aktører, som lærere. Tabell 11 gir en oversikt over analysene, antall studier, PICO samt hvilke tabeller i rapporten til Berg mf. (2020) vi har tatt utgangspunkt i.

Tabell 11: PICO m.m. for inkluderte studier fra Epstein 2015

<b>Epstein 2015</b>
4 relevante resultater
<b>Resultat 1:</b> 14 studier (13 RCTer) n= 1617 (tabell 8 i Berg mf. 2020) <b>P:</b> Førskolebarn med atferdsvansker <b>I:</b> Psykososiale tiltak rettet kun mot foreldre <b>C:</b> Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste <b>O:</b> Atferdsvansker (disruptive behavior)
<b>Resultat 2:</b> 9 studier (9 RCTer) n= 401 (tabell 8 i Berg mf. 2020) <b>P:</b> Førskolebarn med atferdsvansker <b>I:</b> Psykososiale tiltak rettet mot både foreldre og barn <b>C:</b> Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste <b>O:</b> Atferdsvansker (disruptive behavior)
<b>Resultat 3:</b> 11 studier (8 RCTer) mangler info om n (tabell 9 i Berg mf. 2020) <b>P:</b> Barn i skolealder med atferdsvansker <b>I:</b> Psykososiale tiltak rettet kun mot foreldre <b>C:</b> Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste <b>O:</b> Atferdsvansker (disruptive behavior)
<b>Resultat 4:</b> 13 studier (12 RCTer) mangler info om n (tabell 10 i Berg mf. 2020) <b>P:</b> Tenåringer med atferdsvansker <b>I:</b> Psykososiale tiltak rettet mot både foreldre og barn/ungdommer <b>C:</b> Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste <b>O:</b> Atferdsvansker (disruptive behavior)

Tabell 12 gir kortfattet informasjon om tiltakene og hvilke tiltak som flest studier undersøkte, hentet fra Epsteins rapport.

Tabell 12: Tiltakene som er undersøkt hyppigst i Epstein og kollegaers rapport

“The most commonly included named intervention was the **Incredible Years (IY)** program (12 studies). The IY program is a therapist-led, videotape modeling discussion program. The IY program includes child (IY-CT), parent (IY-PT), and teacher training (IY-TT) programs, which may be delivered individually or in combination with each other. The IY-PT program, for example, trains parents general ways of interacting and communicating with children and operant techniques for handling behavior problems.

The next most commonly included named intervention was **Parent Child Interaction Therapy (PCIT)** (7 studies). PCIT is used primarily with young children with emotional and behavioral disorders emphasizes the quality of the parent-child relationship and parent-child interaction patterns.

The third most commonly included named interventions (5 studies each) were the Positive Parenting Program (Triple P) and Multisystemic Therapy (MST). **Triple P** provides parenting and family support to prevent and treat behavioral and emotional problems in children and teenagers. The program uses a multilevel approach and draws on social learning, cognitive behavioral and developmental theory to teach parenting strategies to develop positive relationships, attitudes and conduct. **Multisystemic Therapy (MST)** is family-based treatment approach for improving the antisocial behavior. MST is conducted in the youth's home, school, or community. The focus of MST is to teach parents how to be more effective at managing their child's activities and develop positive support systems.

**Brief Strategies Family Therapy (BSFT)** was the active intervention in three included studies. BSFT is a short-term office-based model focused on the family to reduce mild to moderate behavior problems in adolescents.

The 34 remaining included studies did not include more than two studies of any other named intervention. Interventions such as **Parent Management Training Oregon Model (PMTO)**, the **Coping Power Program**, **Helping the Noncompliant Child**, and the **Stop Now and Plan Under 12 Outreach Project (SNAP Under 12)** program are representative examples” (Epstein 2015 s. 20)

Epstein og kollegaer (2015) tar for seg tiltak for familier med barn i alle aldre – fra de aller minste, til ungdommer opp til 18 år. Vi oppgir den informasjonen vi har funnet for de tiltakene som ble undersøkt i flest studier.

#### Tiltak gitt familier med barn i førskolealder og småskolealder (0-12 år)

Tiltakene som er undersøkt i Epstein og kollegaers (2015) rapport for denne aldersgruppa er:

### *Foreldretiltak*

- Incredible Years (IY, De Utrolige Årene) – Parent training (IY -PT)
- Triple P
- Parent Management Training – Oregon (PMTO)
- Andre (ikke navngitte foreldretiltak)

### *Tiltak gitt både foreldre og barn/ andre aktører (multikomponent-tiltak)*


- Incredible Years (IY)
- Parent Child Interaction Therapy
- Coping Power Program
- SNAP Under 12 Outreach Project
- Andre multikomponent-tiltak

### *Incredible Years (De utrolige årene)*

Tiltaket som undersøkes i flest studier (n=12) for barn 0-12 år er Incredible Years. I våre Google-søk fant vi på tiltakets offisielle hjemmesider en oversikt over kvalifikasjoner som kreves av personell som skal gi ulike versjoner av dette tiltaket (tabell 13). Ifølge informasjon vi fant på disse hjemmesidene kreves det ulik grad av kompetanse hos de som skal gi tiltaket avhengig av hvilken rolle man skal ha i programmet. Generelt så krever programmet at personer må ha utdanning innenfor sosialt arbeid eller psykologi, eller være utdannet sykepleier eller lærer. For å være sertifisert trener eller mentor kreves det utdanning på høyere nivå (master- eller doktorgrad) for å oppfylle de formelle kravene

(<http://www.incredibleyears.com/about/frequently-asked-questions>).

Tabell 13: Kompetanseprofiler for ulike veiledere/gruppeledere o.l. i Incredible Years

 <b>Incredible Years® - Profiles of (IY) Group Leaders, Mentors &amp; Trainers</b>				
<p><b>IY Group Leader</b></p> <p>A person who facilitates groups using the IY standard materials, methods, processes and protocols. Aims to become a certified/accruited Group Leader.</p> <p><b>IY Training Experience</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Has attended an authorized three (3) day IY training workshop.</li> <li>Has studied therapist manuals, books and videotapes.</li> <li>Has on-going peer review, consultation and supervision.</li> </ul> <p><b>Background</b></p> <p>Typically, a degree and experience in either teaching, nursing, social work, psychology or psychiatry. Has attended courses in child development.</p>	<p><b>IY Certified* Group Leader</b></p> <p>A Group Leader who has been <b>certified/accruited</b> after demonstrating competency in facilitating groups using the IY standard materials, methods, processes and protocols.</p> <p><b>IY Training Experience</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Has led two or more complete IY groups using the recommended session protocols.</li> <li>Has participated in consultation workshops (at least one) with trainers, supervision with mentors and peer review.</li> <li>Has successfully completed the requirements for certification.</li> </ul> <p><i>Certification is based on positive participant evaluations, positive trainer or mentor evaluations of videotape review, positive peer review and satisfactory completion of session protocols.</i></p> <p><b>Background</b></p> <p>A degree and experience in either teaching, nursing, social work, psychology or psychiatry. Has attended courses in child development.</p>	<p><b>IY Certified* Coach</b></p> <p>A Coach who has been certified/accruited after demonstrating competency as a peer coach using the IY coaching methods and processes.</p> <p><b>IY Training Experience</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Is a certified Group Leader.</li> <li>Has led 6 complete IY groups using the recommended session protocols.</li> <li>Has participated in peer coaching workshops (at least 2 days) with trainers and has supervision from mentors or trainers.</li> </ul> <p><i>Certification is based on positive evaluations of coaching received from group leaders and trainer or mentor evaluations of DVD reviews of coaching provided.</i></p> <p><b>Background</b></p> <p>A masters degree in counseling, psychology, social work or psychiatry. Extra courses and experiences would be considered as an alternate to a masters degree.</p>	<p><b>IY Certified* Mentor</b></p> <p><i>Nominated by a current mentor or trainer:</i> A certified IY Mentor provides authorized IY training workshops in his or her agency as well as ongoing mentoring &amp; supervision to group leaders who s/he has trained.</p> <p><b>IY Training Experience</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Is a certified Group Leader and Coach.</li> <li>Has led numerous (approx 8+) IY groups with fidelity &amp; continues to deliver groups and participate in peer review.</li> <li>Has obtained ongoing consultation from IY trainers for groups and supervision from mentors, including additional video reviews.</li> <li>Has been trained to deliver authorized workshops using standard protocols.</li> <li>Has observed mentors &amp; trainers giving supervision and conducting workshops.</li> <li>Has mentored new group leaders by co-leading groups with them and providing video feedback.</li> </ul> <p><i>Certification based on positive trainer, mentor and group leader evaluations of workshop, positive evaluations by group leaders of mentoring received, and excellent group leadership skills. (Follow complete process on Incredible Years website.)</i></p> <p><b>Background</b></p> <p>Generally, the same as the IY Group Leader &amp; Coach categories. Graduate degree in teaching, nursing, social work, psychology or psychiatry.</p>	<p><b>IY Certified* Trainer</b></p> <p><i>By executive appointment:</i> A certified IY Trainer provides international training and consultation services. Possesses outstanding leadership skills based on consistent high workshop supervision and evaluations. Has a long-standing commitment towards evidence-based programs with fidelity and leadership skills.</p> <p><b>IY Training Experience</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Is a certified IY Mentor.</li> <li>Possesses extensive experience with delivering the IY program and mentoring other therapists.</li> <li>Has broad supervision experience</li> <li>Has extensive knowledge of the IY research, and other research regarding evidence-based mental health programs for children.</li> </ul> <p><b>Background</b></p> <p>A Masters, Ph.D. or MD degree - with extensive clinical &amp; research experience.</p>

*The terms "certified" and "accruited" are used interchangeably*

Fem av studiene som er oppsummert i Epsteins rapport har undersøkt effekten av IY-PT for foreldre med førskolebarn. De fleste studiene sammenligner familier som mottar IY-PT med en gruppe som står på venteliste (ikke får et aktivt tiltak), og her viser alle studiene positive effekter av tiltaket. En studie sammenligner to ulike grupper som mottar IY-PT, der den ene gruppa ledes av en sykepleier (*nurse-led*) og den andre gruppa ledes av en psykolog (*psychologist-led*). Forskerne finner ikke en signifikant forskjell mellom disse to gruppene. Mao.: Incredible Years – Parent Training ser ut til å ha effekt for denne gruppa (barn i førskolealder med atferdsvansker), og det kan se ut som om det ikke spiller noen rolle hvorvidt tiltaket ledes av en sykepleier eller en psykolog.

Syv studier undersøkte effekten av IY-PT for foreldre med barn i skolealder (<13 år). I studiene sammenlignes grupper som får enten kun foreldretrening (IY-PT) med venteliste, eller grupper som får kun foreldretrening (IY-PT) med en multikomponent-versjon av tiltaket der tiltaket i tillegg rettes mot barna (IY-CT) eller mot lærere (IY -TT). Studiene finner litt ulike resultater avhengig av hvilke grupper som sammenlignes og hvilke utfallsmål som måles ol., men stort sett viser studiene at tiltakene har effekt målt mot ventelistegruppene. Vi får ikke informasjon om personell som leverer tiltakene.



### Parent Child Interaction Therapy (PCIT)

Tiltaket som undersøkes i nest flest studier for barn 0-12 år er PCIT (n=7). Vi foretok et Google-søk etter kompetansekrav for å gi tiltaket PCIT, og fant informasjon som tyder på at det er tydelige kompetansekrav for å kunne jobbe som PCIT-terapeut. Ifølge «Therapist training guidelines» som er tilgjengelig på programmets hjemmesider er det et krav å ha enten a) mastergrad innen psykologi/mental helse *og* lisens som terapeut innen mental helse, familierterapi o.l., eller b) være Phd-student i psykologi og ha fullført klinisk praksis med veiledning. I tillegg må man ha gjennomført 40 timer med trening i å være PCIT-terapeut for å bli sertifisert som PCIT-terapeut ([www.PCIT.org](http://www.PCIT.org)).

Av studiene som inngår i Epstein og kollegaers oppsummering finner seks av syv studier en signifikant effekt av tiltaket. Studien som ikke finner signifikante forskjeller mellom gruppene som sammenlignes undersøker bla. en kulturelt tilpasset versjon av tiltaket. Vi får ikke informasjon i Epsteins oversikt om hvorvidt populasjonen som inngikk i denne studien, som var utført i USA, kan ha hatt mange familier med minoritetsbakgrunn, men siden de undersøker en kulturelt tilpasset versjon av PCIT er det trolig at dette er tilfellet. I så fall kan det tenkes at dette kan ha hatt noe å si for resultatene. Her kan det tenkes at spesifikk kompetanse innen språk og kultur er nødvendig, i tillegg til gode tolker (jamfør den svenske studien av MST). Vi får ikke informasjon om personell som leverer tiltakene i Epsteins rapport.

### Positive Parenting Program (Triple P)

Tiltaket som undersøkes i tredje flest studier (n=5) for barn i denne aldersgruppa er Triple P. Vi har foretatt google-søk men ikke funnet noe informasjon om kompetansekrav for veiledere av tiltaket Triple P.

Studiene som er oppsummert i Epstein mf. (2015) sammenligner ulike versjoner av Triple P (som standard eller selv-ledet) med venteliste. Alle versjonene av Triple P – både de med veiledning og de selv-ledede gruppene der familier gjennomgikk materiell (bøker, hefter o.l.) og oppgaver på egen hånd over ti uker – viste bedre effekt enn de gruppene som sto på venteliste (som ikke mottok tiltak). Men gruppene som fikk veiledning av en Triple P-veileder hadde bedre effekt enn gruppene som ikke hadde veiledning. En studie undersøkte effekten av tiltaket gitt online, og denne gruppen skåret signifikant bedre enn ventelistegruppen.

### Tiltak gitt familier med ungdom/tenåringer med atferdsproblemer (atferd, rus, kriminalitet)

Tiltakene som er undersøkt i Epstein og kollegaers rapport for denne aldersgruppa er:

- Brief Strategic Family Therapy (BSFT)
- Andre familie-tiltak
- Multisystemisk terapi (MST)
- Andre multikomponent-tiltak

Nesten alle studiene som har undersøkt tiltak for familier med tenåringer med atferdsproblemer har undersøkt ulike familiebaserte tiltak eller andre multisystemiske tiltak.

#### Brief strategic family therapy (BSFT)

Tre studier undersøkte effekten av familietiltaket BSFT. Vi søkte i Google og fant noe informasjon på <https://brief-strategic-family-therapy.com>. Her fremkommer det at terapeuter som skal gi tiltaket må vært trent i BSFT-modellen, være i stand til å jobbe med familier med maladaptive samhandlingsmønstre og være i stand til å skape nær kontakt med mennesker både kognitivt, atferdsmessig og emosjonelt. For å bli en BSFT-terapeut er det ønskelig at vedkommende har en mastergrad i psykologi/mental helse-fag, sosialt arbeid eller familieterapi, men en person med bachelorgrad i tilsvarende fag og i tillegg tre års klinisk erfaring kan også bli kvalifisert.

Studiene i Epstein og kollegaers rapport som har undersøkt effekten av BSFT finner at tiltaket har effekt både sammenlignet med placebo og sammenlignet med et annet aktivt tiltak (gruppeterapi). I studien som sammenligner to aktive tiltak har begge gruppene effekt av tiltaket, men ungdommene som har mottatt BSFT har bedre effekt enn ungdommene som fikk gruppeterapi. Vi får ikke oppgitt noe informasjon i Epstein om kompetanse hos de som leverte tiltaket.

#### Multisystemisk terapi (MST)

Fra hjemmesidene til Nasjonalt Utviklingssenter for Barn og Unge (NUBU) finner vi denne informasjonen om kompetansekrav til MST-terapeuter i Norge:

«Den som skal ansettes som MST-terapeut må ha mastergrad i helse- og sosialfag eller profesjonsstudiet i psykologi. Personer med treårig høyskoleutdanning i helse- og sosialfag og med klinisk videreutdanning kan også søke. Ved ansettelse blir det gitt opplæring i MST, under faglig ledelse fra Nasjonalt Utviklingssenter for Barn og Unge.» (nubu.no)

Som del av en kontinuerlig opplærings- og kvalitetssikringsprosess, mottar terapeutene ukentlig gruppeveiledning og -konsultasjon, samt at det holdes fire vedlikeholdsseminarer hvert år. «For at behandlingen av ungdom med atferdsvansker skal lykkes, er det avgjørende at MST-terapeutene holder høy behandlingsintegritet i forhold til metoden» (<https://www.nubu.no/>).

Fem studier inkludert i Epsteins rapport undersøkte effekten av MST. Alle studiene sammenlignet ungdommer som fikk MST med ungdommer som fikk andre aktive tiltak/vanlige tjenestetiltak (*treatment as usual/usual services*). Studiene var utført i USA (n=2), Nederland, Storbritannia og Sverige. Alle studiene fant at MST hadde bedre effekt enn vanlige tjenestetiltak, bortsett fra den svenske studien. Studiene av MST som inngår i Epsteins rapport inngår også i Dopp og kollegaers oppsummering. Fordi vi har lest primærstudiene som inngår i Dopp sin oversikt vet vi at den svenske studien (Sundell 2008) har en mer krevende populasjon i at nesten halvparten av ungdommene (47 %) har foreldre med minoritetsbakgrunn, og de kommer fra hjem der det ikke snakkes svensk hjemme. De oppgir i studien at de hadde problemer med å skaffe kompetente tolker, og det er lett å tenke seg at tiltaket, som i stor grad involverer foreldrene, ikke er blitt gitt med samme kvalitet som i de andre studiene der det trolig ikke har vært språkbarrierer i samme grad. Fagfolk som skal levere denne typen tiltak, som i stor grad involverer foreldre, til familier med minoritetsbakgrunn bør muligens ha noe tilleggskompetanse, og man bør ha tilgang på gode tolker.

Når det gjelder den manglende effekten av MST i den svenske studien må vi også huske på at effekten i en kontrollert studie ses i forhold til en kontrollgruppe. I studiene av MST som inngår i både Epstein og Dopps oppsummeringer har kontrollgruppene mottatt vanlige tjenester. Det kan tenkes at når den svenske studien ikke finner effekt av MST for denne gruppa kan det også handle om at det vanlige tilbudet for denne gruppa i Sverige er bedre enn for eksempel i Storbritannia eller USA.

Vi får ikke oppgitt informasjon om kompetanse hos de som leverte tiltakene i Epstein og kollegaers rapport. Tabell 14 gir en forkortet versjon av Epsteins egen oppsummering av resultatene for de ulike tiltakene.

Tabell 14: Epstein og kollegaers egen resultatoppsummering for de ulike tiltakene

#### Preschool Children

- In three of five studies assessing only the parent-training component of the IY intervention, outcomes on the ECBI and CBCL were significantly improved in the treatment versus control arms. Outcomes did not differ between groups in two studies.
- In all five studies assessing the Triple P intervention, outcomes on the ECBI were significantly improved in the treatment compared with the control arms.
- In all seven studies assessing PCIT, problem behavior outcomes were significantly improved in the treatment group compared with the control arms. In the two studies comparing adapted versions of PCIT, differences in effects of PCIT versions were not significant.

#### School-Age Children

- Studies assessing IY-PT or PMTO interventions consistently reported greater improvements in child disruptive behaviors in the treatment versus control arms.
- A majority (10 of 17) of the studies examining multicomponent interventions assessed more than one of the IY intervention components delivered together (n = 4), the Coping Power Program (n = 2), a modular intervention (n = 2), or SNAP Under 12 ORP (n = 2). The seven other studies each assessed a different intervention.
- The IY and SNAP Under 12 ORP interventions consistently resulted in greater improvements in child disruptive behaviors than controls.

#### Teenage Children

- A majority (8 of 14) of the studies examined one of two interventions: MST (n = 5) and BSFT (n = 3).
- Four of the five studies assessing MST reported significantly greater reductions in child disruptive behaviors for the treatment versus control arms.
- Each of the three studies assessing BSFT reported significantly greater reductions in child disruptive behavior compared with the control arms.

#### Meta-Analysis

- Results from our Bayesian multivariate, mixed treatment (network) meta-analysis indicated that the probability of having the largest effect was the same for multicomponent interventions (43%) and interventions with only a parent component (43%), followed by interventions with only a child component (14%). All interventions categorized as multicomponent interventions included a parent component and at least one of a child, teacher, family together, or other component. Each of these intervention categories was associated with better outcomes than control arms.

## Oppsummering

For de rene foreldreveiledningstiltakene for foreldre med barn i alderen 0-12 år, som IY-PT, Triple P og PMTO, ser det ut til at versjoner av disse kan gis av personell som ikke nødvendigvis har en veldig lang utdanning (som master eller Ph.d), men som har utdanning som lærer eller sykepleier el.l. og har fått opplæring i å gi tiltaket. Versjoner av tiltakene Triple P og PMTO er også selv-ledede tiltak, med eller uten veiledning, og også disse viser positiv effekt sammenlignet med å ikke få tiltak. Men de selv-ledede gruppene som fikk noe veiledning viste bedre effekt enn de selv-ledede gruppene som ikke fikk noe veiledning.

For mer omfattende tiltak, som omfatter både foreldre og barn – som PCIT eller multisystemiske tiltak som MST eller FFT – som gis familier med ungdommer med atferdsproblemer, ser det ut til de som gir tiltakene gjennomgående har en grad (som regel mastergrad) i fag som psykologi eller sosialt arbeid og har erfaring med å jobbe med barn og/eller ungdom, i tillegg til å ha fått grundig opplæring i metodikken for de respektive tiltakene.

## Hartnett 2016

Hartnett og kollegaer (2016) sammenstilte studier som har undersøkt effekten av Funksjonell familieterapi. Tabell 15 gir en oversikt over analysene, antall studier, PICO samt hvilke tabeller i rapporten til Berg mf. (2020) vi tok utgangspunkt i.

Tabell 15: PICO m.m. for inkluderte studier fra Hartnett 2016

<b>Hartnett 2016</b>
1 relevant analyse/resultat, 3 studier (3 RCTer) n=165 (tabell 12 i Berg mf. 2020)
<b>P:</b> Unge under 18 år som har atferdsvansker og/eller rusmisbruk
<b>I:</b> Funksjonell familieterapi
<b>C:</b> Ingen tiltak eller venteliste
<b>O:</b> Atferdsvansker

Vi får ingen informasjon i den systematiske oversikten til Hartnett og kollegaer om kompetanse hos de som leverer tiltaket i studiene. Vi fant heller ikke relevant informasjon om kompetansekrav på ulike nettsider i våre Google-søk. Men vi har nøyest den ene av tre primærstudier som inngikk i den relevante analysen fra Hartnetts oversikt. I denne primærstudien fremkommer det at terapeutene i studien har en grad i fag innen mental helse, at de var erfarne FFT-terapeuter (ingen var nybegynnere), og at de hadde fullført FFTs kliniske treningsprogram. Terapeutene i studien ble målt på hvor tett opp til programmet de jobbet (metodeintegritet) og alle skåret middels på dette. Studien fant at FFT-terapeuter som har høy

metodeintegritet har bedre resultater enn terapeuter som ikke følger programmet så nøye (Hartnett 2016):

“There were five therapists in the study. Four were female and one was male. All had primary degrees or postgraduate qualifications in mental health professions. Therapists varied in their experience of FFT, which ranged from 2 to 7 years. All had completed the systematic FFT Clinical Training Program (Sexton, 2011). Each therapist demonstrated moderate model adherence with cases in the study as measured by the Therapist Adherence Measure (TAM; Sexton, Alexander, & Gilman, 2004). All had mean ratings of 3 or 4 on the 7-point TAM. These mean ratings were based on 7–27 unique adherence ratings made by the FFT expert supervisor during the time of the study, demonstrating that in this trial FFT was implemented with a moderate degree of fidelity. This degree of fidelity was previously found to be sufficient to have a significant impact on the FFT outcome. Graham et al. (2014) found that the outcome for cases treated by therapists with TAM scores of three or greater were significantly better than those scoring lower than three on the TAM.” (Hartnett 2016 s. 291-293)

### Oppsummering

FFT-terapeutene i studiene hadde bachelor- eller mastergrad el.l. i fag relatert til psykisk helse. De skåret middels på metodeintegritet.

### Leijten 2019

Leijten og kollegaer (2019) sammenstilte 154 studier som undersøkte effekt av ulike foreldreveiledningsprogrammer. Tabell 16 gir en oversikt over antall studier, PICO samt hvilke tabeller i rapporten til Berg mf. (2020) vi tok utgangspunkt i.

Tabell 16: PICO m.m. for inkluderte studier fra Leijten 2019

<b>Leijten</b>
1 relevant analyse/resultat, 154 studier (tabell 16 i Berg mf. 2020)
<b>P:</b> Barn 2-12 år som har atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser
<b>I:</b> Foreldreveiledning
<b>C:</b> Ingen tiltak eller annet tiltak
<b>O:</b> Atferdsvansker (disruptive behavior)

Leijten og kollegaer (2019) oppsummerte resultater for både universelle, selektive og indikerte tiltak, i tillegg til behandlende foreldretiltak. De universelle tiltakene viser liten effekt, men de tilpassende og målrettede tiltakene viser effekt på barns atferd. Leijten og kollegaer ser videre på ulike metoder/komponenter i tiltakene som ser ut til å ha bedre effekt enn andre (se

oversikten til Leijten 2019 eller Berg 2020 for mer info). Vi får ikke informasjon om kompetanse hos de som gir tiltakene i Leijten og kollegaers oversikt, men vi vet at det er en del overlapp av studier med studiene i Epsteins rapport som undersøkte effekt av foreldretiltak – som Incredible Years med flere.

### Oppsummering

Vi får ikke informasjon om kompetansen hos de som gir tiltakene som er oppsummert i Leijtens oversikt. Pga. overlapp i primærstudier i Epsteins rapport viser vi til resultater oppsummert der.

### **Dopp 2017**

Dopp og kollegaer (2017) undersøkte effekten av familiebaserte tiltak for ungdom som har begått kriminelle handlinger. Tabell 17 gir en oversikt over antall studier, PICO samt hvilken tabell i rapporten til Berg mf. (2020) vi tok utgangspunkt i.

Tabell 17: PICO m.m. for inkluderte studier fra Dopp 2017

<b>Dopp</b>
1 relevant analyse, 28 studier (tabell 19 i Berg mf. 2020)
<b>P:</b> Unge under 18 år som har begått alvorlig kriminalitet
<b>I:</b> Familiebaserte tiltak
<b>C:</b> Vanlig praksis (eller ingen tiltak eller annet tiltak)
<b>O:</b> Antisosial atferd

Tiltakene som undersøkes i Dopp et al. er:

- Multisystemisk terapi (MST)
- Funksjonell Familieterapi (FFT)
- Treatment Foster Care – Oregon (TFCO)

### Multisystemisk terapi (MST)

De fleste studiene som er inkludert i Dopp og kollegaers oversikt har undersøkt effekten av MST (19 av 28 studier). Fra studiene som har oppgitt informasjon om terapeutenes utdanning mm. ser vi at terapeutene som ga MST-tiltakene i studiene har mastergrad i psykologi, klinisk psykologi, eller sosialt arbeid, og de fleste har flere års erfaring med å jobbe klinisk med ungdom. Studiene av MST som er inkludert i Epstein og kollegaers rapport (n=5) er overlappende med studiene i Dopp og kollegaers rapport (n=19), dvs. at MST-terapeutens kompetanse er lik for studiene som inngår her.

De fleste studiene av MST finner positive effekter av tiltaket, selv om dette kan avhenge av hvilke utfallsmål som måles i studiene (jamfør de dikotome utfallsmålene om kriminalitet som ble undersøkt i kapittelet om forskningsspørsmål 1), men som nevnt tidligere er det en svensk studie som ikke finner effekt av tiltaket (Sundell 2008). Forfatterne av den svenske studien diskuterer kompetansen hos MST-terapeutene som leverte tiltaket i deres studie og konkluderer med at disse hadde lavere utdanning og mindre erfaring enn det som er gjennomgående i andre studier av tiltaket. I tillegg skåret de nokså lavt på metodeintegritet, dvs. at MST-terapeutene i den svenske studien ikke fulgte metodikken i tiltaket så godt. Studier som har undersøkt effekt av metodeintegritet for andre lignende tiltak, som FFT, har vist at dette har noe å si for hvor godt tiltaket virker (Hartnett 2016). Videre ble det i den svenske studien gjennomført to bølger av tiltaket, der terapeutene var helt ferske som MST-terapeuter i første bølge. De så bedring i resultatene av tiltaket for bølge nummer to, når terapeutene var mer trent.

### Funksjonell Familieterapi (FFT)

To studier i Dopps oversikt har undersøkt effekten av FFT. Vi får ikke oppgitt informasjon i den systematiske oversikten til Dopp og kollegaer om kompetansen til de som ga tiltaket, men i den ene primærstudien oppgis følgende:

“A preliminary analysis suggested that the participating therapists varied widely in regard to prior training and experience, although none of the participating therapists had prior experience in FFT. The therapists had on the average 3 years of counseling experience, whereas 48% had 3 years of family therapy experience, and 15% had 2 years of experience in both counseling and family therapy. Twenty-one of the therapists were Master’s degree clinicians (78%) and 6 were Bachelor’s level. Most held licenses or certifications, (63% held a current Mental Health license, 4% held a non-Mental Health license), and 33% did not have any professional licenses. The therapists’ general clinical experience ranged from 1 to 40 years, and they received group-based FFT training throughout the project” (Sexton & Turner 2010 s. 5).

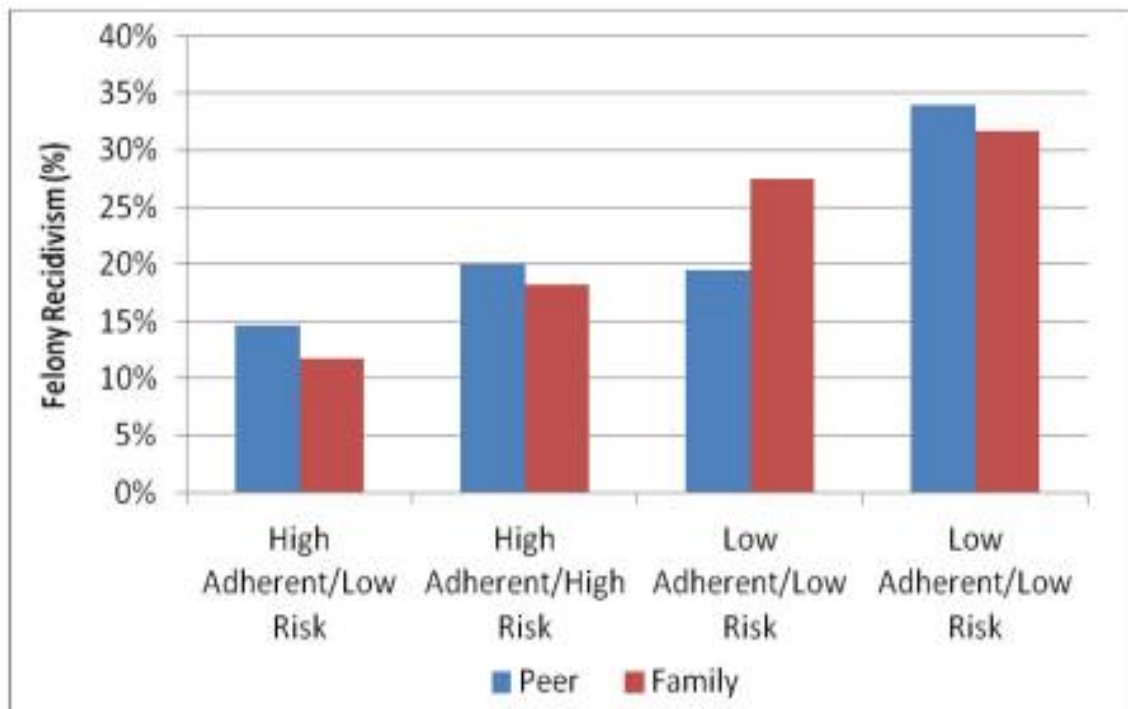
I kapittelet om forskningsspørsmål 1 så vi at FFT ikke viste så stor effekt for de utfallene som ble behandlet der (dikotome utfallsmål knyttet til kriminalitet). I studien til Sexton og Turner (2010) undersøker de hvorvidt resultatene varierer avhengig av hvorvidt terapeuten har høy metodeintegritet eller ikke, og hvorvidt ungdommene har nære relasjoner (venner og familie) som er «*high risk*» eller ikke. De finner at begge deler påvirker resultatene. Ungdommer som får tiltaket levert av en terapeut som har høy metodeintegritet (følger metodikken i tiltaket godt) har signifikant bedre resultater enn ungdommene som ikke får dette. Ungdommene som har nære relasjoner som ikke kategoriseres som «*high risk*» har også signifikant bedre resultater enn de som ikke har dette. Ungdommene som både får tiltaket levert av en terapeut med høy metodeintegritet og har sunne nære relasjoner har bedre resultater enn noen av de andre



gruppene. Motsatt kan vi forstå dette som at de mest sårbare ungdommene (de som ikke hadde/ikke fikk til å inngå i sunne nære relasjoner) var de som i størst grad var avhengige av en terapeut med høy metodeintegritet for å få til å endre en påbegynt kriminell kurs. Figur 5 viser prosentandelen ungdommer i studien til Sexton og Turner (2010) som mottok FFT som begikk gjentatte kriminelle handlinger for de ulike gruppene knyttet til FFT-terapeutens metodeintegritet og ungdommens eget nettverk/egne relasjoner. Sitatet under er hentet fra studien til Sexton og Turner (2010) der de diskuterer effekten av terapeutens metodeintegritet.

“The study examined the effectiveness of Functional Family Therapy (FFT), as compared to probation services, in a community juvenile justice setting 12 months post treatment. The study also provides specific insight into the interactive effects of therapist model specific adherence and measures of youth risk and protective factors on behavioral outcomes for a diverse group of adolescents. The findings suggest that FFT was effective in reducing youth behavioral problems, although only when the therapists adhered to the treatment model. High adherent therapists delivering FFT had a statistically significant reduction of (35%) in felony, a (30%) violent crime, and a marginally significant reduction (21%) in misdemeanor recidivisms as compared to the control condition. The results represent a significant reduction in serious crimes one year after treatment, when delivered by a model adherent therapist. The low adherent therapists were significantly higher than the control group in recidivism rates. There was an interaction effect between youth risk level and therapist adherence demonstrating that the most difficult families (those with high peer and family risk) had a higher likelihood of successful outcomes when their therapist demonstrated model specific adherence.” (Sexton og Turner 2010, s. 1)

Figur 5: Prosentvis antall ungdommer som mottok FFT som begikk nye kriminelle handlinger avhengig av faktorene «FFT-terapeutens metodeintegritet» og ungdommens eget nettverk/egne nære relasjoner.



Hentet fra Sexton og Turner 2010

OBS: Det ser ut til å være skrevet feil i siste kolonne. Her skal det nok så: Low Adherent/High risk.

### Treatment Foster Care – Oregon (TFCO)

Fire studier i Dopps oversikt har undersøkt effekten av TFCO. TFCO er et behandlingstilbud for familier og ungdom som har utviklet alvorlige problemer på flere arenaer og der ungdommene i en periode bor i et spesialisert fosterhjem, og hvor både tenåringen, fosterhjemmet og den biologiske familien til tenåringen følges opp av et TFCO-team. Vi får ikke informasjon i Dopp og kollegaers oversikt om kompetanse hos de som gir TFCO. I den ene studien som inngår i Dopp og kollegaers oversikt fremgår følgende:

“A full team comprises the following staff: • a programme supervisor, to oversee the therapeutic work of the team with each young person • a programme manager, to manage the team • a family placement social worker, to recruit and support the foster carers • an individual therapist, to undertake therapeutic work with the young person • a skills worker, to work with the young person on developing social skills • a birth family therapist, to work with parents or follow-on carers • a Parent Daily Report (PDR) caller, to collect the from foster carers” (Biehal 2010 s. 4)

Nasjonalt Utviklingssenter for Barn og Unge, som er ansvarlig for implementering av metoden i Norge, beskriver kompetansen i et TFCO-team slik: «TFCO-teamet består av en

behandlingsleder, en behandlingshjemskonsulent, en individualterapeut, en familierapeut og en ferdighetstrener.» (nubu.no)

### Funn på tvers av tiltakene

Tiltakene som er oppsummert i Dopp et al. er omfattende familiebaserte tiltak gitt familier med ungdommer som har begått kriminelle handlinger. Vi får ikke informasjon om kompetansen til de som gir tiltakene i Dopp og kollegaers oversikt, men det kan tenkes at forfatterne mener dette «goes without saying», fordi tiltakene er internasjonalt kjente tiltak som MST, FFT og TFCO.

Primærstudiene oppgir imidlertid informasjon som viser at de som gir disse tiltakene generelt sett er høyt utdannet (master el.l. eller Ph.d) innen relevante fagdisipliner og har klinisk erfaring med å jobbe med ungdom.

En analyse gjør Dopp og kollegaer likevel som omhandler kompetanse hos fagpersoner på området. Tretten studier inngår i analysen. De gjør en moderator-analyse av effekten av kontrolltiltakene gitt i studiene (dette var stort sett *usual service/treatment as usual*) og finner at kontrolltiltakene har bedre effekt på denne gruppa ungdom når dette er gitt av en person med psykologfaglig kompetanse enn når dette er gitt av en person uten psykologfaglig kompetanse (tabell 18).

Tabell 18: Kompetanse hos de som leverte kontrolltiltakene

Provider occupation: comparison	13	157		$t_{10.5} = 2.59$	.026*
Mental health training	5	77	$d = 0.41 (.21, .62)$		
Not mental health professional	8	80	$d = 0.06 (-.12, .23)$		

Skjermdump fra Dopp (2017)

### Oppsummering

Fagfolk som gir tiltakene i studiene oppsummert i Dopp et al – MST, FFT og TFCO gitt familier med ungdom som har begått kriminelle handlinger – hadde gjennomgående høy utdanning (mastergrad el.l.) og klinisk erfaring med å jobbe med ungdom. Høy metodeintegritet blant de som leverte tiltakene viste bedre effekt av tiltakene, og motsatt, lav metodeintegritet viste mindre/dårligere effekt av tiltakene. I kontrollgruppene, der ungdom fikk vanlig tjenestetilbud, var effekten bedre for de som fikk dette levert av en med psykologfaglig kompetanse.

## **ter Beek 2018**

ter Beek og kollegaer (2018) undersøkte effekten av ulike behandlingstiltak for ungdommer (12-18 år) som har begått seksuelle overgrep. Tabell 19 gir en oversikt over antall studier, PICO samt hvilken tabell i rapporten til Berg mf. (2020) vi tok utgangspunkt i.

Tabell 19: PICO m.m. for inkluderte studier fra ter Beek 2018

<b>ter Beek b</b>
1 relevant analyse/resultat, 23 studier (tabell 23 i Berg mf. 2020)
<b>P:</b> Unge gutter 12-18 år som har begått seksuallovbrudd
<b>I:</b> Ulike behandlingstiltak
<b>C:</b> Ingen tiltak eller annet tiltak
<b>O:</b> Psykososial fungering

Tiltakene som er undersøkt i studiene som inngår i ter Beek og kollegaers (2018) oversikt er:

- Kognitiv atferdsterapi (individualterapi eller gruppeterapi)
- MST
- FFT

De aller fleste studiene har undersøkt effekten av kognitiv terapi/kognitiv atferdsterapi (n=19), gitt i institusjon. Vi får ingen informasjon om kompetanse hos de som gir tiltakene undersøkt i ter Beeks oversikt. Men alle tiltakene er behandlingstiltak, og de fleste er varianter av kognitiv atferdsterapi. For å kunne bli terapeut som gir kognitiv terapi er vår oppfatning at dette krever høyere utdanning innen psykologi eller helsefag. De resterende tiltakene var MST og FFT og disse er kommentert i avsnitt over.

## **Oppsummering**

Fagfolk som gir tiltakene i studiene oppsummert i ter Beek et al – CBT, MST og FFT gitt ungdom, eller familier med ungdom, som har begått seksuelle overgrep – hadde høyere utdanning innen fag som for eksempel psykologi og klinisk erfaring med å jobbe med ungdom.

## **Oppsummering av forskningsspørsmål 4**

Med utgangspunkt i informasjonen vi har oppsummert over er vår vurdering at:

- Foreldreveiledning for foreldre med barn 0-12 år med atferdsvansker, som IY-PT eller Triple P, kan gis av veiledere el. personer uten veldig lang spesialisert utdanning (master eller Phd), men som for eksempel er utdannet lærer eller sykepleier og har opplæring i det spesifikke tiltaket. Foreldreveiledningstiltak online eller der foreldrene gjennomgår

materiell på egen hånd kan også ha effekt for denne gruppa, men effekten er større med noe oppfølging.

- Mer omfattende tiltak, som omfatter både foreldre og barn, som PCIT eller IY, eller tiltak gitt foreldre og ungdommer, som MST, FFT eller TFCO, bør gis av fagfolk med høy utdannelse i relevante fag (som psykologi eller sosialt arbeid), erfaring med å jobbe med barn og unge, og som har opplæring i og erfaring med å gi det spesifikke tiltaket. Terapeutene bør etterstrebe høy metodeintegritet. Spesielt kan dette se ut å gjelde tiltak som er gitt «ekstra sårbare» populasjoner (jamfør ungdom som kun har relasjoner som defineres som «high risk»).
- Dersom tiltak gis familier med minoritetsbakgrunn hvor foreldre (og evnt ungdommene) ikke behersker norsk bør man ha tilgang på gode tolker, og terapeuter bør kanskje ha noe erfaring med å jobbe med «fremmedkulturelle» og «fremmedspråklige».

---

# Referanseliste

- Berg RC, Johansen TB, Jardim PSJ, Forsetlund L, Nguyen L (2020). Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger: en oversikt over systematiske oversikter. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Biehal N (2010). A Report on the Intensive Fostering Pilot Programme. The University of York. <https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/IFpilot.pdf>
- Cates C. (1999). Confidence intervals for the number needed to treat. Pooling numbers needed to treat may not be reliable. *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7200), 1764–1765. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7200.1764c>
- Dopp AR, Borduin CM, White MH, Kuppens S. (2017). Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*;85(4):335-54.
- Epstein R, Fonnesebeck C, Williamson E, Kuhn T, Lindegren ML, Rizzone K, et al. Psychosocial and Pharmacologic Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents 2015;154. <http://www.epistemonikos.org/documents/ea7c564da9415e7ab8583f802552264557266a55>
- Hartnett D, Carr A, Sexton T. (2016). The Effectiveness of Functional Family Therapy in Reducing Adolescent Mental Health Risk and Family Adjustment Difficulties in an Irish Context. *Fam Process*. Jun;55(2):287-304. doi: 10.1111/famp.12195. Epub 2015 Nov 6. PMID: 26542420.
- Hartnett D, Carr A, Hamilton E, O'Reilly G. (2017). The Effectiveness of Functional Family Therapy for Adolescent Behavioral and Substance Misuse Problems: A Meta-Analysis. *Fam Process* ;56(3):607-19.
- Leijten P, Gardner F, Melendez-Torres G, van Aar J, Hutchings J, Schulz S, et al. (2019). Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. 58(2):180-90.
- Letourneau EJ, Henggeler SW, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR, Chapman JE, Saldana L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol*. 89-102. doi: 10.1037/a0014352. PMID: 19203163; PMCID: PMC2710607.
- Oslo Economics (2017). Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak fra barnevernet. OE rapport 2017-1. Hentet fra: [https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Samfunnsokonomisk\\_analyse\\_av\\_hjelpetiltak\\_fra\\_barnevernet.pdf](https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Samfunnsokonomisk_analyse_av_hjelpetiltak_fra_barnevernet.pdf)
- Rambøll Management Consulting (2012). Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge. Rapport. Hentet fra: <https://viden.sl.dk/media/6289/analyse-af-de-ekonomiske-konsekvekser-paa-omraadet-for-udsatte-boern-og-unge.pdf>

Sundell, Knut & Hansson, Kjell & Löfholm, Cecilia & Olsson, Tina & Gustle, Lars-Henry & Kadesjö, Christina. (2008). The Transportability of Multisystemic Therapy to Sweden: Short-Term Results From a Randomized Trial of Conduct-Disordered Youths. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*. 22. 550-60. 10.1037/a0012790.

Sexton T, Turner CW. (2010). The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *J Fam Psychol.* Jun;24(3):339-48. doi: 10.1037/a0019406. PMID: 20545407; PMCID: PMC4172308.

ter Beek E, Spruit A, Kuiper CHZ, van der Rijken REA, Hendriks J, Stams G. (2018). Treatment Effect on Recidivism for Juveniles Who Have Sexually Offended: a Multilevel Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 46(3):543-56.

---

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Ekskluderte systematiske oversikter (n=3)

Systematiske oversikter ekskludert fra videre gjennomgang
Buchanan-Pascall S, Gray KM, Gordon M, Melvin GA. Systematic Review and Meta-analysis of Parent Group Interventions for Primary School Children Aged 4-12 Years with Externalizing and/or Internalizing Problems. <i>Child Psychiatry Hum Dev</i> 2018;49(2):244-67.
ter Beek E, Spruit A, Kuiper CHZ, van der Rijken REA, Hendriks J, Stams G. Treatment Effect on Recidivism for Juveniles Who Have Sexually Offended: a Multilevel Meta-Analysis. <i>J Abnorm Child Psychol</i> 2018;46(3):543-56.
Wilson DB, Brennan I, Olaghere A. Police-initiated diversion for youth to prevent future delinquent behavior: a systematic review. <i>Campbell Collaboration</i> 2018;14(1):1-88.



Utgitt av Folkehelseinstituttet

Oktober 2020

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

[www.fhi.no](http://www.fhi.no)